



HAL
open science

La judiciarisation des avis, écrits et oraux, individuels et collectifs du médecin du travail.

Virginie Genty

► **To cite this version:**

Virginie Genty. La judiciarisation des avis, écrits et oraux, individuels et collectifs du médecin du travail.. Droit. Université de Lille, 2020. Français. NNT : 2020LILUD007 . tel-04391510

HAL Id: tel-04391510

<https://theses.hal.science/tel-04391510>

Submitted on 12 Jan 2024

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

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



Université Lille Nord de France
Pôle de Recherche
et d'Enseignement Supérieur



PRES Université Lille Nord de France

**Thèse délivrée par
L'Université de Lille**

N° attribué par la bibliothèque

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

THÈSE

**Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN DROIT**

Présentée et soutenue publiquement par
Virginie GENTY

Le 11 décembre 2020

**LA JUDICIARISATION DES AVIS DU MÉDECIN DU TRAVAIL ET
ENJEUX EN SANTÉ AU TRAVAIL**

JURY

Directeur de thèse :

Madame Sophie FANTONI QUINTON, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (PU-PH) et Docteur en droit, Lille

Membres du jury :

Monsieur Paul FRIMAT, Professeur de médecine du travail, Lille

Madame Cécile MANAOUIL, Professeur des Universités UPJV, Praticien Hospitalier au CHU d'Amiens

Monsieur Pierre-Yves VERKINDT, Professeur des Universités, Sorbonne-Panthéon, Paris 1

Remerciements

Ce travail de thèse m'a accompagné durant plusieurs années et je suis convaincue qu'il a changé ma manière de penser, autant d'un point de vue professionnel que personnel.

Le Professeur Sophie FANTONI QUINTON m'a accompagné tout au long de la rédaction de cette thèse, et avant cela, dans le cadre de la préparation de mon dossier CIFRE. Elle a toujours été présente à mes côtés avec bienveillance, répondant à l'ensemble de mes interrogations. Elle a cru en mon potentiel avant moi, et m'a permis de construire mon identité professionnelle, m'offrant de nombreuses opportunités, et je tiens à la remercier profondément pour tout cela.

Je remercie également les membres du jury, les Professeurs Paul FRIMAT, Cécile MANAOUIL, et Pierre-Yves VERKINDT, de me consacrer de leur temps en acceptant d'évaluer ma thèse, et de mettre le point final à ce travail.

Je remercie également l'ACMS, l'association qui m'a ouvert ses portes dans le cadre de la CIFRE. J'ai intégré en 2014 une équipe bienveillante, au sein de laquelle je me suis sentie en confiance. Je tiens à remercier Catherine, Magali, Dr Guinel et Dr Locher, les médecins (Soline, Sandrine, Chloé, Allal, Nicolas, Marie-Laure, Georges, Katy, Ariane et Sophie), Fadéla, notre assistante, les infirmiers (Catherine, Paul, Audrey, Dominique et Emilie), et tous les autres, qui sont venus agrandir l'équipe, que je ne peux pas citer de manière exhaustive.

Je remercie également les médecins du travail de terrain et plus globalement les équipes de secteurs, qui par leurs nombreuses interrogations, ont pu enrichir ma réflexion et alimenter cette thèse, et donnent tous les jours un sens à mon travail.

Mes pensées vont également à ma famille : mes parents, qui ont connus des conditions de travail difficiles, leur parcours m'a donné l'envie de m'intéresser à la santé au travail alors que je n'avais pas encore choisi ma voie.

Mes frères et sœur, Seb (à mon tour de faire mentir les statistiques), Bubulle (merci de continuer à m'ouvrir l'horizon par ta manière de penser), Marina et Loïs (à votre tour de voir que votre avenir n'est pas encore déterminé). Merci à tous les quatre, notre complicité m'a toujours donné la force d'avancer.

Mon conjoint, Andy, qui a été au-delà d'un simple travail de relecture en me donnant de nombreux conseils pertinents. Il m'a consacré de nombreuses heures, empiétant sur son temps de sommeil, mais cela m'a permis d'enrichir ce travail. Cette thèse a fait partie de notre quotidien durant six ans et son aboutissement s'est fait, en partie, grâce à lui, et pour cela je le remercie profondément.

Mes enfants, Leela et Ezra, que nous avons eu la chance d'accueillir pendant cette thèse. Ils m'ont surpris par leur force et leur courage et j'espère pouvoir un jour leur transmettre ma fierté d'avoir terminé ce travail, et surtout je souhaite leur dire que peu importe la voie qu'ils choisiront, l'important est qu'ils prennent du plaisir dans ce qu'ils accompliront.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	5
TABLE DES ABRÉVIATIONS.....	8
INTRODUCTION GÉNÉRALE	13
PARTIE 1 :.....	35
LES CONTENTIEUX EN SANTÉ AU TRAVAIL, RÉVÉLATEUR DES FAILLES DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL	35
TITRE 1 : LE RÔLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL CONSUBSTANTIEL AUX OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR EN MATIÈRE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL	38
CHAPITRE 1 : LE MÉDECIN DU TRAVAIL, PIVOT INCONTOURNABLE À TOUTE DÉMARCHE RELATIVE À LA SANTÉ ET À LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL	40
CHAPITRE 2 : L'EMPLOYEUR, SEUL RESPONSABLE DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SALARIÉS.....	112
TITRE 2 : LES FONDEMENTS MULTIPLES DE LA JUDICIARISATION CROISSANTE DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL	175
CHAPITRE 1 : LA CROISSANCE DES CONTENTIEUX COMME REFLET DE LA COMPLEXITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL.....	177
CHAPITRE 2 : LES CAUSES MULTIFACTORIELLES DE LA CROISSANCE DES CONTENTIEUX EN SANTÉ AU TRAVAIL	231
PARTIE 2 :.....	278
LA POSSIBLE RENAISSANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL APRÈS SON ESSOUFFLEMENT FACE AUX ENJEUX DE PROTECTION DE LA SANTÉ DES SALARIÉS	278
TITRE 1 : LA REMISE EN QUESTION DE L'EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL	280
CHAPITRE 1 : LES DÉFAILLANCES DES EMPLOYEURS ET DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL DANS LA PROTECTION DE LA SANTÉ DES SALARIÉS	282
CHAPITRE 2 : L'ÉVOLUTION ATTENDUE DU CONTENTIEUX EN SANTÉ AU TRAVAIL EN LIEN AVEC LES DERNIÈRES RÉFORMES.....	327
TITRE 2 : LES AXES D'AMÉLIORATION DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL	369

CHAPITRE 1 : LA NÉCESSAIRE UNITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL	371
CHAPITRE 2 : UNE APPROCHE DÉCLOISONNÉE DU SUIVI EN SANTÉ AU TRAVAIL	411
CONCLUSION GÉNÉRALE	454
BIBLIOGRAPHIE.....	458
INDEX.....	498
ANNEXES.....	503
TABLE DES MATIÈRES	507

TABLE DES ABRÉVIATIONS

▪ A

ANACT Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

AT Accident du Travail

▪ B

Bull. civ. Bulletin civil de la Cour de cassation

▪ C

CA Cour d'Appel

CARSAT Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

Cass. civ. Chambre civile de la Cour de cassation

Cass. crim. Chambre criminelle de la Cour de cassation

Cass. soc. Chambre sociale de la Cour de cassation

CDOM Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CE Comité d'Entreprise

CES Certificat d'Études Spéciales de médecine du travail

CFDT Confédération Française Démocratique du Travail

CHSCT Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CIFRE Convention Industrielle de Formation par la REcherche

CISME Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise

CNAM Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNIL Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins

COCT Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail

CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPH	Conseil de Prud'Hommes
CSE	Comité Social et Economique
CSSCT	Commission de Santé, de Sécurité et des Conditions de Travail
▪ D	
DARES	Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques
DES	Diplôme d'Études Spécialisées de médecine du travail
DGT	Direction Générale du Travail
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DMP	Dossier Médical Partagé
DMST	Dossier Médical en Santé au Travail
DP	Délégués du Personnel
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DRT	Direction Régionale du Travail
DSN	Déclaration Sociale Nominative
DUERP	Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels
▪ G	
GIE	Groupement d'Intérêt Economique
▪ H	
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HSE	Hygiène Sécurité et Environnement

▪ I

IDEST Infirmier Diplômé d'État en Santé au Travail

IGAENR Inspection Générale de l'Administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche

IGAS Inspection Générale des Affaires Sociales

INRS Institut National de Recherche et de Sécurité

ISTNF Institut de Santé au Travail du Nord de la France

ITI Indemnité Temporaire d'Inaptitude

▪ M

MP Maladie Professionnelle

▪ N

n° Numéro

▪ O

OIT Organisation Internationale du Travail

OMS Organisation Mondiale de la Santé

OPPBTP Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics

▪ P

PISTES Perspectives Interdisciplinaire Sur le Travail Et la Santé

PRESANSE Prévention, Santé, Services, Entreprises

PST Plan Santé Travail

▪ R

RDSS Revue de Droit Sanitaire et Social

RPS Risques Psychosociaux

▪ S

SMS	Surveillance Médicale Simple
SMR	Surveillance Médicale Renforcée
SNPST	Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail
SST	Service de Santé au Travail
SSTI	Service de Santé au Travail Interentreprises
SUMER	Surveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels

▪ T

TGI	Tribunal de Grande Instance
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques
TPE	Très Petite Entreprise
TPS	Troubles Psychosociaux

▪ U

UE	Union européenne
UNEDIC	Union Nationale Interprofessionnelle pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce
UPA	Union Professionnelle Artisanale
URSSAF	Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

▪ V

VIP	Visite d'Information et de Prévention
------------	---------------------------------------

INTRODUCTION GÉNÉRALE

« Le travail, c'est la santé... Mais à quoi sert alors la médecine du travail ? »

Pierre DAC

« Le travail est violence, quotidienne ou accidentelle, physique ou morale »¹. L'Organisation internationale du travail (OIT) souligne que dans le monde, « toutes les 15 secondes, un travailleur meurt d'un accident ou d'une maladie lié au travail » et « 153 travailleurs sont victimes d'un accident lié au travail »². La commission mondiale sur l'avenir du travail de l'OIT a publié, le 22 janvier 2019, un rapport relatif au monde du travail. Les auteurs du rapport estiment que « dans un monde où près de 3 millions de travailleurs continuent de mourir chaque année des suites d'accidents du travail et de maladies professionnelles, il est temps que la sécurité et la santé au travail soient reconnues comme un principe et un droit fondamental au travail »³. Au niveau mondial, des progrès majeurs restent à faire pour que la santé et la sécurité des travailleurs soient assurées de manière effective, et ce, malgré un arsenal conséquent de mesures visant à protéger la santé des travailleurs.

¹ C. MORICEAU, « *Les perceptions des risques au travail dans la seconde moitié du XIXe siècle : entre connaissance, déni et prévention* », Revue d'histoire moderne et contemporaine, 2009/1, n° 56/1, pages 11 à 27.

² OIT, Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail, Actualité, 2 mai 2017 : http://www.ilo.org/africa/media-centre/news/WCMS_552333/lang--fr/index.htm [Consulté le 1er juin 2020]

³ Rapport de la commission mondiale de l'OIT sur l'avenir du travail, « *Travailler pour bâtir un avenir meilleur* », 22 janvier 2019.

Dans sa constitution, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »⁴. La santé au travail, quant à elle, a trait à tous les aspects de la santé des travailleurs en lien avec les conditions de travail et les risques professionnels. Le travail expose les travailleurs à différents risques professionnels, qui peuvent être notamment d'origine physique, chimique, biologique ou organisationnelle. Les risques physiques concernent notamment les manutentions manuelles, les gestes répétitifs, ou encore les contraintes posturales⁵. Les risques chimiques, quant à eux, concernent l'exposition des salariés aux agents chimiques dangereux, tels que l'amiante, le plomb, les poussières de bois, etc⁶. Le risque biologique est dû à l'exposition des salariés à certaines bactéries, virus ou champignons⁷. Enfin, les risques organisationnels ont trait à certains aspects de l'organisation du travail, tels que les horaires et les rythmes de travail, les modes de production et de gestion⁸. L'exposition des travailleurs à différents risques professionnels oblige l'employeur à les prévenir⁹. La prévention des risques professionnels peut revêtir trois formes complémentaires : la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire. La prévention « *consiste à anticiper des phénomènes risquant d'entraîner ou d'aggraver des problèmes de santé* »¹⁰. L'OMS a défini la prévention primaire en 1948 comme l'« *ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut les risques d'apparition de nouveaux cas.* »¹¹ Appliquée dans le domaine de la santé au travail, la prévention primaire consiste à identifier puis évaluer les facteurs de risques professionnels et à mettre en œuvre les mesures destinées à les supprimer ou à les réduire, en fournissant le cas échéant des équipements de protection collective et individuelle aux salariés. L'objectif de la prévention secondaire, toujours selon l'OMS, est de « *diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ainsi, ce stade de la prévention recouvre les*

⁴ Définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé, Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 22 juillet 1946, entrée en vigueur le 7 avril 1948.

⁵ INRS, Dossier « *Risques liés à l'activité physique* », 2018.

⁶ INRS, Dossier « *Agents chimiques CMR* », 2018.

⁷ INRS, Dossier « *Risques biologiques* », 2018.

⁸ INRS, Dossier « *Organisation du travail* », 2018.

⁹ Article L.4121-1 du Code du travail.

¹⁰ Définition de Tissot éditions :

<https://www.editions-tissot.fr/droit-travail/dictionnaire-droit-travail-definition.aspx?idDef=682&definition=Pr> [Consulté le 1^{er} juin 2020].

¹¹ Rapport FLAJOLET, annexe 1, La prévention : définitions et comparaisons.

actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque. »¹² En santé au travail, la prévention secondaire consiste à mettre en place un suivi individuel approprié de l'état de santé du salarié en fonction des risques professionnels et de son état de santé, en mettant en œuvre si besoin des mesures individuelles d'aménagement de poste de travail. Enfin, selon l'OMS, le but de la prévention tertiaire est de « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. »¹³ En santé au travail, la prévention tertiaire intervient lorsque l'état de santé du salarié a été altéré à la suite de l'exposition à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels. Dans ce contexte, des adaptations de postes, voire un reclassement sur un autre poste de travail peuvent alors être envisagés.

Au niveau international, des normes ont été édictées en matière de prévention des risques professionnels afin de protéger la santé des travailleurs. L'OIT, organisation tripartite, rassemblant représentants des employeurs, des travailleurs et de l'État, compte 187 États membres¹⁴. Elle a été créée en 1919 « dans le droit fil de la réflexion selon laquelle une paix universelle et durable ne peut être fondée que sur la base de la justice sociale »¹⁵. Cette organisation est chargée de toutes les questions relatives au travail et l'une de ses missions, consacrée dans le préambule de sa constitution, est « la protection des travailleurs contre les maladies générales ou professionnelles et les accidents résultant du travail »¹⁶. Les normes de l'OIT sont regroupées au sein des conventions et des recommandations ; les premières ont un caractère contraignant pour les États membres qui les ratifient tandis que les secondes « servent de principes directeurs ayant un caractère non contraignant »¹⁷. L'OIT indique qu'elle

¹² Rapport FLAJOLET, annexe 1, La prévention : définitions et comparaisons.

¹³ Rapport FLAJOLET, annexe 1, La prévention : définitions et comparaisons.

¹⁴ OIT, « À propos de l'OIT » : <https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/lang--fr/index.htm> [Consulté le 2 juin 2020].

¹⁵ OIT, « Histoire (Conférence internationale du Travail (CIT)) » : <https://www.ilo.org/ilc/AbouttheILC/history/lang--fr/index.htm> [Consulté le 2 juin 2020].

¹⁶ OIT, « Key document - Constitution de l'OIT » : https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=1000:62:0::NO:62:P62_LIST_ENTRIE_ID:2453907:NO [Consulté le 2 juin 2020].

¹⁷ OIT, « Conventions et recommandations » : <https://www.ilo.org/global/standards/introduction-to-international-labour-standards/conventions-and-recommendations/lang--fr/index.htm> [Consulté le 2 juin 2020].

a adopté plus de quarante conventions et recommandations dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail, telles que la convention n° 155 sur la sécurité et la santé des travailleurs (1981), la convention n° 161 sur les services de santé au travail (1985) ou encore la convention n° 187 sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail (2006)¹⁸. La question du travail, et notamment celle de la santé et de la sécurité au travail, est de plus en plus prégnante dans nos sociétés. D'ailleurs, depuis 2003, l'OIT célèbre une journée mondiale pour la sécurité et la santé au travail. Selon les Nations Unies, « *les journées internationales servent à aborder des aspects essentiels de la vie humaine, des enjeux importants du monde ou de l'Histoire et à sensibiliser le public* »¹⁹. Les Nations Unies célèbrent environ cent quarante journées internationales par an²⁰. Parmi les plus connues, nous pouvons citer la journée internationale des femmes, celle de la paix, celle de la santé ou encore celle contre le travail des enfants. Certaines journées sont également consacrées à des maladies, telles que la journée mondiale de lutte contre la poliomyélite ou encore celle consacrée aux accidents vasculaires cérébraux.

L'Union européenne (UE) a également pris une part importante dans la construction des préoccupations en matière d'hygiène et de sécurité au travail. L'article 153 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne mentionne le fait que « *l'Union soutient et complète l'action des États membres dans [...] l'amélioration [...] du milieu de travail pour protéger la santé et la sécurité des travailleurs ; [...] les conditions de travail* »²¹. Plusieurs directives européennes ont été publiées concernant la protection de la santé des travailleurs contre certaines nuisances telles que le plomb métallique²², l'amiante²³ ou encore le bruit²⁴. En 1986, l'acte unique européen, signé par douze États, dont la France, complète le traité CEE²⁵ en

¹⁸ OIT, « *Sécurité et santé au travail (Sécurité et santé au travail)* » : <https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang--fr/index.htm> [Consulté le 2 juin 2020].

¹⁹ ONU France, « *Journées internationales* » : <https://unric.org/fr/ressources/journees-internationales/> [Consulté le 2 juin 2020].

²⁰ ONU France, « *Journées internationales* », 6 janvier 2015 : <https://www.un.org/fr/sections/observances/international-days/> [Consulté le 2 juin 2020].

²¹ Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (version consolidée), 26 octobre 2012.

²² Directive 82/605/CEE du Conseil, du 28 juillet 1982, concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition au plomb métallique et à ses composés ioniques pendant le travail.

²³ Directive 83/477/CEE du Conseil du 19 septembre 1983 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail.

²⁴ Directive 86/188/CEE du Conseil du 12 mai 1986 concernant la protection des travailleurs contre les risques dus à l'exposition au bruit pendant le travail.

²⁵ Communauté économique européenne.

précisant que « *les États membres s'attachent à promouvoir l'amélioration, notamment du milieu de travail, pour protéger la sécurité et la santé des travailleurs, et se fixent pour objectif l'harmonisation, dans le progrès, des conditions existant dans ce domaine* »²⁶. Le 12 juin 1989, l'Union européenne a signé la directive de référence dans le domaine de la santé au travail ; elle concerne la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail²⁷. Cette directive énonce le principe selon lequel « *l'employeur est obligé d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects liés au travail* ». Elle pose le principe de la responsabilité générale de l'employeur dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail en indiquant que « *l'employeur prend les mesures nécessaires pour la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs, y compris les activités de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens nécessaires.* » L'employeur doit mettre en œuvre ces mesures sur la base d'un certain nombre de principes généraux de prévention édictés par la directive, tels que l'évitement des risques, l'évaluation des risques qui ne peuvent pas être évités, l'adaptation du 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, la planification de la prévention, ou encore la prise de mesures de protection collective par priorité aux mesures de protection individuelle.

Cinq ans après la signature de la directive du 12 juin 1989, l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail est créée. Depuis 31 ans, cette agence a pour mission de « *produi[re], recueilli[er] et fourn[ir] des informations fiables et pertinentes, des analyses et des outils pour approfondir les connaissances, sensibiliser et échanger les informations et les bonnes pratiques en matière de sécurité et santé au travail.* »²⁸ L'Europe sociale s'est développée au fil des années, par le biais de la signature de différents traités, tels que le traité

²⁶ Acte unique européen (Luxembourg, 17 février et La Haye 28 février 1986), Sous-section III – La politique sociale, article 118 A.

²⁷ 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.

²⁸ Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, « *Mission et vision - Santé et sécurité au travail - EU-OSHA* » : <https://osha.europa.eu/fr/about-eu-osha/what-we-do/mission-and-vision> [Consulté le 2 juin 2020].

d'Amsterdam²⁹ ou encore le traité de Lisbonne³⁰, puis en 2017, avec l'instauration d'un socle européen des droits sociaux. Ce dernier permet « *de conférer aux citoyens des droits nouveaux et plus efficaces* » et s'articule autour de trois chapitres dont le second est consacré aux « *conditions de travail équitables* ». Le dernier volet de ce chapitre instaure le principe d'« *un environnement de travail sain, sûr et bien adapté et la protection des données* ». Il est expressément indiqué que « *les travailleurs ont droit à un niveau élevé de sécurité et de protection de la santé au travail* » et qu'ils « *ont droit à un environnement de travail adapté à leurs besoins professionnels, qui leur permette de prolonger leur participation au marché du travail.* »³¹

En droit interne, il appartient à l'employeur de s'occuper de la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs, en s'appuyant sur les compétences de son service de santé au travail (SST). La mission des services de santé au travail en France, qui consiste à « *éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* »³², s'inscrit dans la lignée de ce que prévoit le droit international et européen.

La construction française du droit à la santé au travail est issue des principes forts édictés par le droit international et européen. Malgré cela, la France a longtemps privilégié le principe de réparation des risques au détriment d'une véritable culture de prévention (§1). Pourtant, dès le début du XXe siècle des services médicaux du travail se sont structurés afin d'aider l'employeur pour une meilleure prévention des risques professionnels en entreprise. Malheureusement, ils ne sont pas parvenus à faire face aux enjeux de santé au travail, ce qui a conduit au développement d'un riche contentieux relatif dans un premier temps aux lésions professionnelles puis dépassant par la suite ce cadre (§2). Le développement de ces contentieux en lien avec la santé des travailleurs a nécessité puis déclenché une remise en question de notre système de santé au travail, objet de notre étude (§3).

²⁹ Traité d'Amsterdam modifiant le traité sur l'Union européenne, les traités instituant les communautés européennes et certains actes connexes, signé à Amsterdam le 2 octobre 1997.

³⁰ Traité de Lisbonne modifiant le traité sur l'Union européenne, le traité instituant la Communauté européenne et certains actes connexes, signé à Lisbonne le 13 décembre 2007.

³¹ Commission européenne, « *Les vingt principes clés du socle européen des droits sociaux* » : https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_fr [Consulté le 2 juin 2020].

³² Article L.4622-2 du Code du travail.

§1 – La primauté de la logique de réparation des risques au détriment d’une véritable « culture de prévention »

Sous l’impulsion du droit international et européen, la France a complété sa législation relative à la protection de la santé des travailleurs, en opérant des avancées majeures en termes de réparation des risques professionnels et en impulsant une volonté de prévention de ces risques. Néanmoins, dans les faits, aujourd’hui encore, le « *ratio prévention/réparation est très déséquilibré* »³³.

Dans l’esprit collectif, l’apparition des préoccupations en matière de santé et de sécurité au travail date de l’après seconde Guerre mondiale. Or, la santé au travail est une préoccupation bien plus ancienne, « *le souci de prévention [étant] né chez les hommes en même temps que le travail* »³⁴. D’ailleurs, « *au Moyen-Age, le médecin Arnaud de Villeneuve consacre une bonne part de son œuvre médicale à l’hygiène professionnelle et aux maladies de métiers* »³⁵. En 1700, Bernardino RAMAZZINI, professeur de médecine italien, considéré par certains auteurs comme le « *précurseur de la médecine du travail* », publie le « *Traité des maladies des artisans* »³⁶. Il souligne dans la préface que « *plusieurs arts sont une source de maux pour ceux qui les exercent, et que les malheureux artisans, trouvant les maladies les plus graves où ils espéraient puiser le soutien de leur vie et de celle de leur famille* ». Dans son premier chapitre consacré aux « *maladies auxquelles sont sujets les mineurs* », le médecin souligne que, selon lui, les maladies sont dues à deux causes principales : « *la mauvaise qualité des substances* » et les « *mouvements violents et déréglés, aux situations gênantes et extraordinaires que beaucoup d’ouvriers donnent à leur corps* ». Très tôt, les principaux risques professionnels sont identifiés, mais la prévention et la réparation de ces risques ne constituent pas encore une priorité pour les pouvoirs publics.

Au début du XIXe siècle, les risques professionnels sont encore considérés comme des risques inhérents au travail qui ne peuvent donner lieu à indemnisation en cas de préjudice. En effet,

³³ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », établi par C. LECOCCQ, B. DUPUIS, H. FOREST, avec l’appui de H. LANOUZIERE, juillet 2018, page 52.

³⁴ L. LEONI, « *Histoire de la prévention des risques professionnels* », Cairn.info, 2017/1, n° 51, pages 21 à 31.

³⁵ ACMS, 60 ans d’Histoire, décembre 2005.

³⁶ B. RAMAZZINI, « *De morbis artificum diatriba –Traité des maladies des artisans* », 1700 : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k285867> [Consulté le 19 septembre 2020].

il n'était pas reconnu, pour les ouvriers, de droit à indemnisation en cas d'accident survenu au travail. Par deux arrêts emblématiques rendus par les Cours d'Appels de Lyon et de Toulouse en 1836 et en 1839, les juges décident que « *l'ouvrier blessé n'est fondé à réclamer une indemnité à son maître aux motifs qu'il y a de la part de celui qui consent, à fournir assistance salariée ou officieuse pour un travail quelconque, acceptation des chances de danger qu'il peut présenter* »³⁷. Ainsi, initialement, dans le contrat de louage, l'employeur doit uniquement fournir à l'ouvrier un salaire en échange du travail fourni. En échange de ce salaire, l'ouvrier accepte les risques inhérents aux tâches qui lui sont confiées. L'employeur n'est alors pas considéré comme responsable en cas de dommages causés à ses ouvriers.

La seconde partie du XIXe siècle est marquée par « *un certain activisme de la communauté hygiéniste pour faire reconnaître l'importance et la légitimité industrielle* »³⁸. Les préoccupations en matière de santé et de sécurité au travail ont toujours été pour partie liées à l'activité économique. Comme le souligne le Bureau International du Travail (BIT), « *avec la prise de conscience de l'interdépendance économique du monde est apparue la nécessité de coopérer pour offrir des conditions de travail similaires aux travailleurs des pays en concurrence pour les mêmes marchés.* »³⁹.

En France, plusieurs Lois ont été adoptées en vue de protéger certaines catégories de travailleurs. L'une des premières Lois ayant trait à la sécurité des travailleurs est celle du 22 mars 1841 relative au travail des enfants employés dans les manufactures, usines, ou ateliers. Elle contraint les employeurs à limiter le travail des enfants et à assurer par le biais « *des règlements d'administration publique* » « *les conditions de salubrité et de sûreté nécessaires à la vie et à la santé des enfants* »⁴⁰. Pour « *assurer l'exécution de [cette] loi* », il est prévu que le gouvernement établisse des inspections⁴¹.

³⁷ F. EWALD, « *Formation de la notion d'accident du travail* », Sociologie du travail, 1981, pages 3 à 13.

³⁸ C. MORICEAU, « *Les perceptions des risques au travail dans la seconde moitié du XIXe siècle : entre connaissance, déni et prévention* », Revue d'histoire moderne et contemporaine, 2009/1, n° 56/1, pages 11 à 27

³⁹ OIT, « *Histoire de l'OIT* » : <https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/history/lang--fr/index.htm> [Consulté le 3 juin 2020].

⁴⁰ Loi du 22 mars 1841 relative au travail des enfants employés dans les manufactures, usines ou ateliers, article 8.

⁴¹ Loi du 22 mars 1841 relative au travail des enfants employés dans les manufactures, usines ou ateliers, article 10.

Cette même année, la jurisprudence opère un tournant majeur concernant l'indemnisation des accidents survenus au travail⁴². La Cour de cassation considère désormais que l'ouvrier est habilité à exercer un recours contre son maître sur le fondement de l'article 1382 du Code civil, à savoir « *Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.* »⁴³ Il s'agit d'une avancée pour les ouvriers, car pour la première fois, ils peuvent obtenir réparation du préjudice subi en cas d'accident survenu au travail, mais, dans les faits, il était particulièrement difficile pour les ouvriers d'obtenir une indemnisation, car ils devaient démontrer la réunion de trois conditions nécessaires à l'engagement de la responsabilité civile de l'employeur, à savoir un fait générateur de responsabilités, la présence d'un dommage et un lien de causalité entre la faute et le dommage. Dans ces conditions, il était extrêmement rare qu'un ouvrier obtienne la réparation de son préjudice. Une étude a été réalisée à Nantes entre 1880 et 1894 et « *sur 662 cas répertoriés à la Préfecture de Nantes [...] plus des trois quarts [des accidents du travail] sont qualifiés « accidentels », c'est-à-dire sans responsable désigné* », ce qui n'ouvre pas droit à indemnisation pour l'ouvrier⁴⁴. Au vu des difficultés de reconnaissance de la responsabilité civile de l'employeur, les ouvriers essayaient de faire reconnaître sa responsabilité pénale. Au cours de la dernière décennie du XIX^e siècle, les recours pénaux liés aux accidents du travail sont de plus en plus fréquents : « *Entre 1880 et 1889 les patrons sont 2 % des poursuivis et 55 % de 1890 à 1899* »⁴⁵. Cela a soulevé de nombreux questionnements au sein de la société civile et, à la fin du XIX^e siècle, les pouvoirs publics s'intéressent enfin à la question de la santé et de la sécurité au travail, mais davantage sous l'angle de la réparation que de la prévention, notamment en raison du « *développement de l'industrie* » qui « *entraîne un accroissement du risque accidents du travail et rend le problème plus sensible* »⁴⁶.

Plus de 50 ans après la Loi interdisant le travail des enfants, la Loi du 2 novembre 1892 sur le travail des enfants, des filles et des femmes dans les établissements industriels fixe des

⁴² J. BITTON, « *Histoire du droit du travail : du salarié-objet au salarié-citoyen* », Cairn.info, 2015/2, n° 34, pages 8 à 11.

⁴³ Version en vigueur jusqu'au 1^{er} octobre 2016.

⁴⁴ F. HORDERN, « *Le droit des accidents du travail au XIX^e siècle* », texte extrait des cahiers n° 3 de l'Institut régional du travail de l'Université d'Aix-Marseille II, 1991, Aix-en-Provence.

⁴⁵ F. HORDERN, « *Le droit des accidents du travail au XIX^e siècle* », texte extrait des cahiers n° 3 de l'Institut régional du travail de l'Université d'Aix-Marseille II, 1991, Aix-en-Provence.

⁴⁶ F. HORDERN, « *Le droit des accidents du travail au XIX^e siècle* », texte extrait des cahiers n° 3 de l'Institut régional du travail de l'Université d'Aix-Marseille II, 1991, Aix-en-Provence.

mesures de protection de ces travailleurs et instaure un corps d'inspecteurs du travail « chargés d'assurer l'exécution notamment de [cette] loi » par les employeurs. Le 12 juin 1893, une nouvelle législation voit le jour concernant l'hygiène et la sécurité des travailleurs de l'industrie et mentionne expressément dans son article 2 que « *les établissements [...] doivent être tenus dans un état constant de propreté et présenter les conditions d'hygiène et de salubrité nécessaires à la santé du personnel* ». Les employeurs des industries sont alors tenus à un véritable « *devoir général de prévention* »⁴⁷.

En parallèle et après 18 années de débat, la Loi du 9 avril 1898, sur les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, vient introduire la notion de responsabilité sans faute de l'employeur, permettant une indemnisation automatique des ouvriers industriels en cas d'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail. Cette Loi apporte une définition de la notion d'accident du travail (AT), qui a ensuite évolué au fil de la réglementation et de la jurisprudence⁴⁸. En 1952, la Cour de cassation considérait que « *l'accident du travail était légalement caractérisé par l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant, au cours du travail, une lésion de l'organisme humain* »⁴⁹. Le législateur a apporté en 1985⁵⁰ une définition large de l'accident du travail, telle que nous la connaissons aujourd'hui, à savoir qu'« *est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise.* »⁵¹ En 2003, la Cour de cassation a abandonné sa définition restrictive de l'accident du travail et considère désormais que « *constitue un accident du travail un événement ou une série d'événements survenus à des dates certaines par le fait ou à l'occasion du travail, dont il est résulté une lésion corporelle, quelle que soit la date d'apparition de celle-ci.* »⁵²

La Loi du 9 avril 1898 met en place une réparation automatique pour le salarié en cas d'accident du travail. Bien qu'automatique, l'indemnisation est forfaitaire et ne répare pas les

⁴⁷ L. LEONI, « *Histoire de la prévention des risques professionnels* », Cairn.info, 2017/1, n° 51, pages 21 à 31.

⁴⁸ « *Accident du travail (Définition) - Fiches d'orientation* », Dalloz, septembre 2019.

⁴⁹ Cass. soc., 20 mars 1952, Bull. jur., UCANSS 52-45.

⁵⁰ Décret n°85-1353 du 17 décembre 1985 relatif au code de la sécurité sociale (partie législative et partie Décrets en Conseil d'État).

⁵¹ Article L.411-1 du Code de la sécurité sociale.

⁵² Cass. soc., 2 avril 2003, n° 00-21.768, Bull. civ, 2003, V, n° 132, p.130.

préjudices dans leur globalité. En cas d'incapacité de travail, le salarié percevra des indemnités journalières qui représentent un pourcentage du salaire journalier⁵³ et il bénéficiera également de la prise en charge des soins liés à l'accident⁵⁴. En cas d'incapacité permanente, le salarié percevra une rente ou un capital, en fonction du taux de l'incapacité⁵⁵.

La réglementation relative à la responsabilité sans faute de l'employeur sera ensuite étendue aux autres salariés, par le biais de différentes Lois, puis aux maladies professionnelles (MP)⁵⁶ avec la Loi du 25 octobre 1919⁵⁷. Mais, l'indemnisation forfaitaire des accidents du travail et des maladies professionnelles est source de débats importants dans la mesure où l'ensemble des préjudices ne donnent pas lieu à réparation contrairement aux accidents de droit commun qui ouvre droit à une réparation intégrale. En vue d'obtenir un complément à l'indemnisation forfaitaire prévue en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, le salarié peut rechercher la responsabilité civile de son employeur s'il démontre la faute inexcusable de ce dernier⁵⁸. La définition de la faute inexcusable est d'origine jurisprudentielle et a évolué au fil des années. En 1941, la Cour de cassation a défini la faute inexcusable de l'employeur comme « *une faute d'une gravité exceptionnelle, dérivant d'un acte ou d'une omission volontaire, de la conscience du danger que devait en avoir son auteur, de l'absence de toute cause justificative* »⁵⁹. Dans ces conditions, comme le souligne M. OLLIER « *une telle faute n'a longtemps été admise qu'à titre tout à fait exceptionnel* »⁶⁰. Face au constat selon lequel il existe une « *disparité croissante entre le régime de réparation des accidents du travail [...] et*

⁵³ Article L.433-2 du Code de la sécurité sociale.

⁵⁴ Article L.432-1 du Code de la sécurité sociale.

⁵⁵ Article L.434-1 et L.434-2 du Code de la sécurité sociale.

⁵⁶ En application de l'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale « *Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau.* » Pour être reconnue comme maladie professionnelle, la maladie doit répondre aux critères fixés par les tableaux des maladies professionnelles. Ces tableaux comprennent trois parties, à savoir la désignation des maladies, le délai de prise en charge et la liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies. Lorsque l'ensemble des conditions du tableau ne sont pas réunies, un avis peut être demandé au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), lequel est chargé d'étudier si la maladie contractée par le salarié est d'origine professionnelle malgré le fait que les conditions prévues par le tableau ne soient pas remplies.

⁵⁷ Loi du 25 octobre 1919 étend aux maladies d'origine professionnelle la Loi du 9-04-1898 sur les accidents du travail.

⁵⁸ Article L.452-1 du Code de la sécurité sociale.

⁵⁹ Cass. chambres réunies, 15 juillet 1941, n° 00-26.836, Inédit.

⁶⁰ P. OLLIER, « *La responsabilité de l'employeur en matière d'accident du travail et de maladies professionnelles* », Rapport annuel de la Cour de cassation, 2002.

*le régime de réparation de droit commun [...] [la Cour de cassation] admettait de plus en plus fréquemment l'existence d'une faute inexcusable de l'employeur [même dans des situations où] l'exceptionnelle gravité n'était pas immédiatement apparente »*⁶¹.

En parallèle de l'évolution jurisprudentielle de la faute inexcusable de l'employeur, la Loi du 26 novembre 1912 qui a créé le livre II du Code du travail intitulé « *de la réglementation du travail* » instaure l'obligation de prévention pour tous les employeurs, et non plus seulement pour ceux de l'industrie. La législation comprend des mesures relatives au travail des enfants, à la durée de travail, au travail de nuit, aux repos hebdomadaires, etc. Un titre était également consacré à l'« *Hygiène et sécurité des travailleurs* » prévoyant des « *mesures générales de protection et de salubrité [...] notamment en ce qui concerne l'éclairage, l'aération ou la ventilation, les eaux potables* ». Initialement, seule la prévention des dommages corporels est concernée, mais au milieu du XXe siècle, certains médecins s'intéressent à la santé mentale des ouvriers. Louis VILLERMÉ, médecin chirurgien, publie en 1940 un ouvrage intitulé « *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie* ». La santé mentale des salariés est alors étudiée au même titre que la santé physique, ce qui est précurseur pour l'époque. Louis VILLERMÉ décrit, les conditions de vie et de travail de ces ouvriers par le biais d'une étude de terrain approfondie, tout en dénonçant les inégalités sociales.

Les obligations de l'employeur quant à la prévention des risques professionnels connaissent un tournant majeur avec la Loi du 31 décembre 1991⁶² transposant les dispositions de la directive européenne du 12 juin 1989. Dans la lignée des normes édictées par l'Union européenne, la France a instauré des principes forts visant à protéger la santé et à assurer la sécurité des travailleurs. Parmi les principes généraux de prévention, figure l'obligation pour l'employeur de prendre « *les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs* ». Cela signifie que l'employeur est tenu de prendre l'ensemble des mesures appropriées pour préserver la santé des salariés. Il est précisé que « *ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels* ». Apparaissent alors pour l'employeur un certain nombre d'obligations en matière de prévention des risques professionnels, la

⁶¹ P. OLLIER, « *La responsabilité de l'employeur en matière d'accident du travail et de maladies professionnelles* », Rapport annuel de la Cour de cassation, 2002.

⁶² Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail.

réglementation française reprenant exactement les principes de prévention issus de la directive européenne. L'employeur est alors débiteur d'un véritable devoir général de prévention vis-à-vis des salariés. C'est d'ailleurs sur ce fondement que la faute inexcusable de l'employeur est reconnue en cas de manquement à ses obligations de prévention. Par un arrêt du 28 février 2002⁶³, la Cour de cassation redéfinit les contours de la faute inexcusable en opérant un revirement de jurisprudence. Désormais, la faute inexcusable de l'employeur est caractérisée « *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* ». Cette nouvelle définition assouplit les conditions de reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur ce qui permet, *in fine*, une meilleure indemnisation des salariés victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Si la prévention des risques professionnels et la protection de la santé des travailleurs incombent à l'employeur, il n'en demeure pas moins que ce dernier a, à sa disposition, les compétences du médecin du travail pour l'aider dans cette mission. Depuis le début du XXe siècle, des services médicaux du travail, dont la mission est exclusivement préventive, ont été mis en place, avec pour objectif « *d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* »⁶⁴.

§2 – La mission « impossible » des services de santé au travail, facteur de contentieux en santé au travail

À la fin du XIXe siècle, « *des sociétés d'assurances privées encouragent et aident financièrement les employeurs à créer des dispensaires, [et des] centres d'urgence* »⁶⁵. Par la suite, au début du XXe siècle, dans certains milieux professionnels, des services médicaux du travail ont commencé à s'organiser, mais « *cette organisation des services médicaux dans les entreprises est assez mal accueillie par le milieu ouvrier qui se méfie des initiatives prises par le patronat, craignant la sélection de la main-d'œuvre par le médecin* »⁶⁶. Dès lors, la

⁶³ Cass. soc., 28 février 2002, n° 00-13.177, Inédit.

⁶⁴ Loi n° 46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail, article 1^{er}

⁶⁵ HCSP, « *Santé et travail – Les origines, les acteurs et les indicateurs* », actualité et dossier en santé publique, n° 9, décembre 1994.

⁶⁶ « *Santé et travail – Les origines, les acteurs et les indicateurs* », actualité et dossier en santé publique, n° 9, décembre 1994.

prévention des risques professionnels devient une réelle préoccupation pour les entreprises qui souhaitent conserver une main-d'œuvre en bonne santé. D'ailleurs, plusieurs affiches de prévention publiées dans les années 1920 sont destinées à prévenir des risques professionnels en entreprise⁶⁷. Les accidents du travail sont alors une préoccupation de premier ordre pour les employeurs qui voient leur main-d'œuvre affaiblie. C'est en 1930, à Lyon, qu'est inauguré le premier institut français de médecine du travail. La santé au travail « *est le résultat d'un compromis entre le corps médical, l'État social, le mouvement ouvrier et les entreprises.* »⁶⁸ Au cours de la période d'après-guerre, la mise en place de services médicaux du travail a été rendue obligatoire pour toutes les entreprises, avec la Loi du 11 octobre 1946⁶⁹. À cette époque, les missions des services médicaux sont assurées uniquement par des médecins spécialisés en médecine du travail. Dès l'origine, ces services ont été créés dans un but exclusivement préventif. Face au constat d'une main-d'œuvre « *diminuée quantitativement et qualitativement (blessés et mutilés de guerre)* »⁷⁰, la mission des médecins du travail est de s'assurer de l'aptitude médicale des travailleurs à occuper leur poste de travail. Initialement, leur mission consiste à vérifier que l'état de santé du travailleur est compatible avec le poste de travail, et non d'adapter les contraintes du poste de travail au travailleur, même si l'objectif de la médecine du travail est déjà, comme à l'heure actuelle, « *d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* »⁷¹. Le suivi des travailleurs est alors axé essentiellement sur le suivi individuel via les visites médicales d'embauche et périodiques d'aptitude. La prévention, si elle est au cœur des missions des médecins du travail, est axée davantage sur la prévention tertiaire. Au fil des années, les missions des médecins du travail ont progressivement évolué. La volonté d'accompagnement de l'employeur dans une démarche de prévention primaire des risques professionnels s'est peu à peu développée, notamment avec l'instauration en 1979⁷² de l'obligation pour les médecins du travail de consacrer un tiers de leur temps de travail aux actions sur le milieu de travail. La mission du

⁶⁷ ISTNF, « *La médecine du travail existait-elle avant la loi de 46 ?* », 19 février 2016.

⁶⁸ J. VINCENT, « *Ramazzini n'est pas le précurseur de la médecine du travail* », Genèses, 2012/4, n° 89, pages 88 à 111.

⁶⁹ Loi n° 46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail.

⁷⁰ P. FRIMAT, « *De la médecine du travail à la santé au travail : évolution des concepts* », La revue du praticien, volume 67, septembre 2017.

⁷¹ Loi n° 46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail, article 1^{er}.

⁷² Décret n° 79-231 du 20 mars 1979 modifiant le Code du travail et relatif à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux du travail.

médecin du travail a progressivement évolué vers une approche plus globale de la santé au travail, axée sur une démarche collective complémentaire à la démarche individuelle initiale. Aujourd'hui, le rôle du médecin du travail est d'« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé, ainsi que tout risque manifeste d'atteinte à la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail. »⁷³. Le médecin du travail a pour mission notamment « l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise, l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la santé physique et mentale, notamment en vue de préserver le maintien dans l'emploi des salariés, [etc.]⁷⁴ ». Le champ d'action de la santé au travail est « situé à la rencontre de différents savoirs comme la toxicologie, l'ergonomie, l'épidémiologie, la médecine légale, la statistique, la psychologie, ou encore l'étude de l'organisation du travail ». ⁷⁵ La santé au travail étant au croisement de plusieurs disciplines, les services médicaux du travail ont évolué en services de santé au travail par la Loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002⁷⁶. En 1985, dans la convention n° 161, l'OIT définissait déjà le terme « service de santé au travail » : « l'expression services de santé au travail désigne un service investi de fonctions essentiellement préventives et chargé de conseiller l'employeur, les travailleurs et leurs représentants dans l'entreprise »⁷⁷. En France, ce changement sémantique permet de renforcer l'idée selon laquelle la protection de la santé des travailleurs est le fruit d'un travail de coopération entre plusieurs professionnels issus de disciplines différentes. Le médecin du travail fait partie d'une équipe pluridisciplinaire qu'il anime et coordonne, celle-ci étant composée de plusieurs professionnels aux compétences variées et complémentaires⁷⁸. Outre le médecin du travail, l'équipe est composée d'infirmiers de santé au travail (IDEST), d'intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP)⁷⁹ et, éventuellement, d'assistants de services de santé au

⁷³ Article L.4622-3 du Code du travail.

⁷⁴ Article R.4623-1 du Code du travail.

⁷⁵ J. VINCENT , « Ramazzini n'est pas le précurseur de la médecine du travail », Genèses, 2012/4, n° 89, pages 88 à 111.

⁷⁶ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

⁷⁷ Convention OIT n° 161 sur les services de santé au travail, 1985, article 1.

⁷⁸ Article R.4623-1 du Code du travail.

⁷⁹ Exemples d'IPRP : ergonomes, toxicologues, psychologues du travail, techniciens hygiène, sécurité et environnement.

travail (AST)⁸⁰. Cette équipe est chargée d'aider l'employeur dans sa démarche de prévention des risques professionnels. Par le biais des préconisations individuelles et collectives, le médecin du travail donne à l'employeur les clés lui permettant de protéger la santé de ses salariés. À l'occasion du suivi individuel des salariés, le médecin du travail émet un avis portant sur la compatibilité entre l'état de santé du salarié et son poste de travail, en formulant si besoin des préconisations individuelles d'aménagement de poste ou de reclassement⁸¹. Le médecin peut également émettre des préconisations collectives, à l'employeur, visant à protéger l'ensemble ou un groupe de salariés⁸². De manière générale, l'employeur doit prendre en considération les avis et préconisations individuels et collectifs du médecin du travail. En cas de refus, il a l'obligation légale de justifier les raisons pour lesquelles il ne peut y donner suite. Les avis individuels peuvent faire l'objet d'une contestation, par le salarié ou par l'employeur, devant le Conseil de Prud'hommes (CPH), selon la procédure accélérée au fond⁸³. Ainsi, l'employeur dispose de moyens humains qualifiés lui permettant, en principe, de satisfaire à son obligation de prévention des risques professionnels.

Aujourd'hui, malgré un arsenal législatif et réglementaire fourni, en France, la protection de la santé et de la sécurité des salariés n'est pas encore suffisamment effective comme le démontrent, entre autres, les études réalisées par la DARES relatives aux conditions de travail et comme le dénonce le rapport LECOCQ⁸⁴. Les différents rapports et analyses parus dans le domaine de la santé au travail ces dernières années démontrent une insuffisance dans la prévention des risques professionnels en entreprise, et plus particulièrement en termes de prévention primaire. Le rapport LECOCQ dresse un constat mitigé quant à l'efficacité des mesures de prévention actuelles, au travers notamment de l'analyse des accidents du travail et des maladies professionnelles. Le rapport souligne que le nombre d'accidents du travail a fortement diminué durant plusieurs années, mais que nous avons aujourd'hui atteint un

⁸⁰ Article L.4622-8 du Code du travail.

⁸¹ Articles L.4624-3 (proposition d'aménagement de poste) et L.4624-4 (préconisation de reclassement) du Code du travail.

⁸² Notamment article L.4624-9 du Code du travail (devoir de signalement).

⁸³ Article L.4624-7 du Code du travail.

⁸⁴ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », établi par C. LECOCQ, B. DUPUIS, H. FOREST, avec l'appui de H. LANOUZIERE, juillet 2018.

« pallier »⁸⁵ avec un fort ralentissement de la baisse de la sinistralité, accompagné de disparités selon les régions et les secteurs d'activité. En 2017⁸⁶ ont été recensés 632 918 accidents du travail pour 18 939 650 salariés (indice de fréquence égal à 33,4 accidents pour 1 000 salariés), tandis qu'en 2007, 720 150 accidents ont été recensés (indice de fréquence égal à 39,4 accidents pour 1 000 salariés). Depuis 2013, le taux de fréquence est relativement stable, passant de 33,8 à 33,4 accidents pour 1 000 salariés. Parmi les accidents du travail, les accidents les plus fréquents sont liés à la manutention manuelle (51 %), aux chutes de plain-pied ou de hauteur (28 %) et aux accidents liés à un outillage à main (8 %)⁸⁷. Concernant les maladies professionnelles⁸⁸, en 2017, il en a été recensé 48 522 contre 43 832 en 2007, avec un pic à 55 057 en 2011. Les maladies professionnelles les plus fréquentes concernent les troubles musculo-squelettiques (87 %)⁸⁹. Entre 2002 et 2012, le nombre de maladies professionnelles a augmenté de plus de 72 % et les affections psychiques d'origine professionnelle reconnues ont quasiment quadruplé entre 2012 et 2014⁹⁰. En 2017, les affections psychiques représentent seulement 1,66 % des maladies professionnelles, néanmoins il convient de souligner que par rapport à 2016 le nombre de ces affections a augmenté de 35 %⁹¹. Les affections psychiques représentent également environ 1,6 % des accidents du travail⁹².

Le rapport LECOCQ dénonce un système qui « incite insuffisamment à la prévention »⁹³ en soulignant que seule une part marginale des fonds destinés aux accidents du travail et maladies professionnelles est destinée à la prévention (4 % des dépenses), contrairement à

⁸⁵ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », établi par C. LECOCQ, B. DUPUIS, H. FOREST, avec l'appui de H. LANOUZIERE, juillet 2018, page 38.

⁸⁶ COCT, Ministère du Travail, Direction générale du travail, « Conditions de travail – Bilan 2018 », 2019, pages 169 et 170.

⁸⁷ COCT, Ministère du Travail, Direction générale du travail, « Conditions de travail – Bilan 2018 », 2019, page 174.

⁸⁸ COCT, Ministère du Travail, Direction générale du travail, « Conditions de travail – Bilan 2018 », 2019, page 207.

⁸⁹ COCT, Ministère du Travail, Direction générale du travail, « Conditions de travail – Bilan 2017 », 2018.

⁹⁰ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », établi par C. LECOCQ, B. DUPUIS, H. FOREST, avec l'appui de H. LANOUZIERE, juillet 2018.

⁹¹ COCT, Ministère du Travail, Direction générale du travail, « Conditions de travail – Bilan 2017 », 2018.

⁹² G. SAVORNIN, Dossier « Quelle réalité derrière les chiffres ? », Face au risque, n° 541, avril 2018.

⁹³ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », établi par C. LECOCQ, B. DUPUIS, H. FOREST, avec l'appui de H. LANOUZIERE, juillet 2018, page 52.

d'autres pays européens, tels que l'Allemagne qui y consacre une part deux fois et demie plus importante (10 % des dépenses)⁹⁴.

La France n'est jusqu'alors jamais parvenue à mettre en place un système de prévention des risques professionnels efficace. Historiquement, le système de réparation des risques a focalisé toute l'attention des entreprises en raison des coûts directs et indirects des accidents du travail et des maladies professionnelles. Encore aujourd'hui la prévention est malheureusement trop rarement considérée comme un facteur de performance des entreprises⁹⁵ alors que la sinistralité⁹⁶ est perçue comme un facteur ayant un impact direct sur la santé de l'entreprise. De ce fait, elle attire davantage l'attention des entreprises ; et les différentes mesures mises en place par la législation n'ont pas suffi à enrayer cette logique.

L'arsenal d'outils et d'acteurs de prévention ne fonctionne pas de manière suffisamment performante pour faire face efficacement aux enjeux de santé au travail, ce qui se traduit par un développement rapide du contentieux dans le domaine de la santé au travail. Des décisions de justice emblématiques et médiatiques, telles que les arrêts « amiante » de 2002⁹⁷, l'arrêt « Snecma »⁹⁸ en 2008, et, plus récemment la décision « France télécom » rendue en 2019⁹⁹, ont mis en lumière l'impact des conditions de travail et des risques professionnels sur l'état de santé des salariés. Les médecins du travail se sont parfois retrouvés au cœur des contentieux en santé au travail, avec une recherche de leur responsabilité civile et/ou déontologique comme en témoigne par exemple la décision médiatique du Conseil d'État¹⁰⁰ concernant le manquement déontologique du Docteur HUEZ condamné pour avoir fait le lien dans un certificat médical entre les conditions de travail d'un salarié et son état de santé. Nous assistons ces dernières années à une montée en puissance des contentieux dans le domaine de la santé au travail. Il ne s'agit pas seulement d'une augmentation du nombre de

⁹⁴Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », établi par C. LECOCCQ, B. DUPUIS, H. FOREST, avec l'appui de H. LANOUZIERE, juillet 2018, pages 52 à 53.

⁹⁵ P. CANETTO, INRS, « *Prévention et performance d'entreprise : panorama des approches et des points de vue* », mai 2017.

⁹⁶ Taux d'AT/MP, absentéisme.

⁹⁷ Cass. soc., 28 février 2002, n° 00-13.177, Inédit ; Cass. soc., 28 février 2002, n° 00-11.793, *Bull. civ.*, 2002, V, n° 81, p. 74.

⁹⁸ Cass. soc., 5 mars 2008, n° 06-45.888, *Bull. civ.*, 2008, V, n° 46.

⁹⁹ TGI Paris, 31^e Chambre, 2^e section, 20 décembre 2019, n° 0935790257.

¹⁰⁰ Conseil d'État, 6 juin 2018, 4^e et 1^{ère} chambres réunies, n° 405453.

contentieux¹⁰¹, mais surtout de l'impact qu'ils ont sur le système de santé au travail. Le recours à l'ordre judiciaire est de plus en plus fréquent, notamment pour les problématiques qui, jusqu'à aujourd'hui, y échappaient presque totalement. Par conséquent, nous assistons à une judiciarisation de la culture, de la vie familiale, d'internet, de l'enseignement, de la médecine, etc. La santé au travail ne fait pas exception à cette tendance alors que la médecine et plus particulièrement la médecine du travail avait autrefois peu affaire à la justice.

La judiciarisation peut être définie comme une « *propension à privilégier le recours aux tribunaux pour trancher des litiges qui pourraient être réglés par d'autres voies (médiation, accord amiable)*¹⁰² ». Dans le domaine de la santé au travail, les salariés sont de plus en plus attentifs à leur santé et à leur sécurité au travail et également de mieux en mieux informés à ce sujet, ce qui se traduit par une augmentation du nombre de contentieux dans ce domaine, car l'obligation de prévention des risques professionnels n'est pas à la hauteur des obligations légales. Initialement, les contentieux ayant trait à la santé au travail concernaient presque uniquement la réparation des lésions professionnelles alors qu'aujourd'hui ils se sont largement développés en dehors de ces seuls cas de figure. Cette judiciarisation croissante de la santé au travail reflète en réalité les failles de notre système de santé au travail, et pourrait, à terme, mettre en échec notre système dans son ensemble. Si les contentieux dans le domaine de la santé au travail sont aussi importants, c'est en raison des manquements des employeurs concernant la protection de la santé des salariés, et par ricochet des manquements et insuffisances de la part des services de santé au travail, qui ne sont pas toujours en mesure de répondre aux besoins des employeurs et des salariés. Le système de santé au travail est relativement coûteux, et malgré cela il n'est pas en mesure de démontrer totalement son efficacité, raison pour laquelle le système de santé au travail est actuellement remis en cause, avec une réforme de la santé au travail attendue en 2021.

¹⁰¹ Évolution des pourvois jugés par la chambre sociale de la Cour de cassation : 7879 en 2018 contre 4536 en 2009 (Cour de cassation, rapport annuel 2018, La documentation française, 2019).

¹⁰² Larousse, Éditions, « *Définitions : judiciarisation - Dictionnaire de français Larousse* » : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/judiciarisation/45098> [Consulté le 3 juin 2020].

§3 – Objet de cette étude

L'analyse de la judiciarisation des avis du médecin du travail et des enjeux en santé au travail nécessite une approche pratique, raison pour laquelle nous avons choisi de mener des recherches sur ce sujet de thèse dans le cadre d'une convention industrielle de formation par la recherche (CIFRE) avec l'Association interprofessionnelle des Centres Médicaux et Sociaux de santé au travail de la région Île-de-France (ACMS). L'ACMS est un service de santé au travail interentreprises (SSTI) compétent en Île -de-France, assurant le suivi d'environ un million de salariés. Il compte au 31 décembre 2018 près de mille deux cents salariés parmi lesquels deux cent cinquante-trois médecins du travail, cent trente-quatre IDEST, quatre-vingt-six intervenants en prévention des risques professionnels, quatre-vingt-dix-huit assistants en santé au travail ainsi que trois cent dix-sept secrétaires et assistants médicaux¹⁰³.

Dans le cadre de nos missions à l'ACMS, nous sommes amenés à répondre au quotidien aux questions des médecins du travail concernant toutes les problématiques d'ordre juridique, leur fournissant ainsi un appui dans la gestion des difficultés qu'ils sont amenés à rencontrer. Les rapports d'activités de 2015 à 2018 (cf. annexes n°1 à n°3) mettent en lumière l'augmentation des problématiques d'ordre juridique rencontrées par les médecins du travail. Sur l'année 2015, nous avons été amenées à répondre en direct à 1009 questions, 1328 en 2016 et 1709 en 2017, soit une augmentation de près de 70 % entre 2015 et 2017 (cf. annexe n° 1). En parallèle, nous accompagnons également les médecins du travail dans le cadre des contentieux, par exemple devant le Conseil de l'Ordre des médecins (annexe n°2), ou encore pour les contestations des avis médicaux (annexe n°3). Le nombre important de médecins du travail présents à l'ACMS¹⁰⁴ a permis d'analyser dans une assez large mesure les différents avis émis par ces médecins et les difficultés qu'ils ont rencontrées dans l'exercice de leur mission.

Ces recherches ont pour objet d'analyser de façon empirique et pluridisciplinaire le contentieux lui-même, mais également les circonstances et le contexte précis dans lesquels il surgit afin d'en comprendre tous les ressorts. L'analyse du contexte est essentielle afin d'appréhender le contentieux actuel de la santé au travail et d'anticiper son évolution, voire de le désamorcer en partie en optimisant la logique de santé au travail. L'objectif de cette thèse

¹⁰³ Rapport d'activité 2018 de l'ACMS, résolutions adoptées par l'Assemblée générale du 18 juin 2019.

¹⁰⁴ 253 médecins du travail au 31 décembre 2018, Rapport d'activité 2018 de l'ACMS, résolutions adoptées par l'Assemblée générale du 18 juin 2019.

est d'analyser et de comprendre les contentieux afin de dégager des pistes permettant l'amélioration de l'efficacité des services de santé au travail pour un système de santé au travail plus efficient. La construction actuelle du système de santé au travail est à l'origine d'une partie des contentieux, notamment parce que les acteurs de la santé au travail se heurtent à différents obstacles les empêchant de mener à bien leur mission de protection de la santé des travailleurs en coopération avec l'employeur. Le contentieux en santé au travail est donc révélateur des failles de notre système de santé au travail (PARTIE 1). Depuis quelques années, le système de santé au travail montre un essoufflement face aux enjeux de protection de la santé des travailleurs, ce qui doit conduire à la renaissance de ce système afin d'en garantir la pérennité (PARTIE 2).

PARTIE 1 :

LES CONTENTIEUX EN SANTÉ AU TRAVAIL, RÉVÉLATEUR DES FAILLES DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL

Le système de santé au travail constitue une originalité dans le paysage du système de santé global. Il est piloté par le ministère du Travail ; *« l'implication du ministère de la santé demeure insuffisante, ce qui tend encore à cantonner la santé au travail à la lutte contre certains risques professionnels « historiques » (substances toxiques, travail en hauteur, manutention...) sans pleinement l'intégrer dans une approche plus large de santé publique. »*¹⁰⁵ De plus, la structure de notre système de santé au travail est complexe, car organisée par *« strates successives »*¹⁰⁶ et faisant intervenir une grande diversité d'institutions et d'acteurs (les services de santé au travail, l'INRS, le réseau ANACT, l'OPPBTP, les CARSAT). Malgré les moyens importants déployés par ces acteurs pour aider l'employeur à préserver la santé des salariés, les indicateurs en santé au travail mettent en évidence une insuffisance de prévention des risques aboutissant à une dégradation de l'état de santé des salariés. De ce fait, nous assistons depuis plusieurs années à une judiciarisation croissante des questions relatives à la santé au travail. Nous pouvons alors nous interroger sur l'efficacité du système de santé au travail au regard de la protection de la santé des salariés. Pourtant, les employeurs ont, en principe, à leur disposition des ressources humaines leur permettant de mettre en œuvre une politique de prévention efficace, notamment par le biais de leur interlocuteur de proximité, leur service de santé au travail. Le médecin du travail en est un protagoniste clé dans la mesure où sans ses conseils, l'employeur n'est pas en mesure d'assurer de manière efficace la protection de l'état de santé des salariés. Le rôle du médecin du travail apparaît

¹⁰⁵ Sénat, « *Sur la santé au travail* » : <http://www.senat.fr/rap/r19-010/r19-0102.html> [Consulté le 4 juin 2020].

¹⁰⁶ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », établi par C. LECOQ, B. DUPUIS, H. FOREST, avec l'appui de H. LANOUZIERE, juillet 2018, page 2.

alors comme consubstantiel aux obligations de l'employeur en matière de santé et de sécurité au travail (Titre 1). Pourtant, l'appui du service de santé au travail auprès des employeurs n'a pas démontré une entière efficacité quant à la protection de la santé des salariés, ce qui constitue un terreau fertile au développement de contentieux, lesquels trouvent racines en de multiples causes (Titre 2).

TITRE 1 : LE RÔLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

CONSUBSTANTIEL AUX OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR EN

MATIÈRE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

L'employeur et le médecin du travail ont pour mission commune la protection de la santé des travailleurs, mais leurs obligations respectives vis-à-vis des salariés sont différentes. Alors que l'employeur est débiteur d'une obligation de sécurité de résultat en matière de prévention des risques professionnels vis-à-vis de ses salariés, le médecin du travail est uniquement débiteur d'une obligation de conseil à l'égard des salariés comme des employeurs. Pour mener à bien leur mission, l'employeur et le médecin doivent agir de concert afin de prévenir efficacement les risques professionnels. Le médecin du travail joue le rôle de pivot incontournable à toute démarche relative à la santé et à la sécurité au travail (chapitre 1), mais l'employeur reste en tout état de cause seul responsable de la santé et de la sécurité des salariés (chapitre 2).

CHAPITRE 1 : LE MÉDECIN DU TRAVAIL, PIVOT INCONTOURNABLE À TOUTE DÉMARCHE RELATIVE À LA SANTÉ ET À LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Par définition, la mission du médecin du travail est exclusivement préventive et consiste à « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail »¹⁰⁷. Pour cela, le médecin du travail assure le suivi individuel de l'état de santé des salariés et conduit des actions sur le milieu de travail. Ce médecin, soumis au secret médical, dispose, d'une part, des informations médicales relatives à l'état de santé des salariés et, d'autre part, des caractéristiques propres aux postes de travail (contraintes physiques, psychiques, organisationnelles, etc.). La connaissance à la fois des postes de travail et de l'état de santé des salariés permet au médecin d'émettre un avis éclairé sur la compatibilité entre leur état de santé et leur poste de travail. Il s'agit là d'une représentation idéale des connaissances du médecin du travail, mais en est-il de même en réalité ? Le médecin du travail dispose-t-il réellement de tous les éléments nécessaires pour émettre un avis éclairé ? Plusieurs paramètres viennent perturber la démarche du médecin du travail. D'une part, le salarié peut omettre ou choisir de dissimuler certaines informations médicales au médecin du travail et, d'autre part, dans un contexte de pénurie de temps médical, le médecin du travail se doit de prioriser certaines de ces actions et ce bien souvent au détriment des actions portant sur l'étude des risques inhérents à chaque poste de travail. Nous pouvons, à ce titre, nous demander si les moyens mis à la disposition du médecin du travail sont, à l'heure actuelle, suffisants pour lui permettre de remplir efficacement l'ensemble de ses missions. Ces missions peuvent être regroupées en quatre catégories : les actions en santé au travail, les conseils délivrés aux employeurs, aux salariés et à leurs représentants, le suivi individuel de l'état de santé des salariés, et la traçabilité des expositions professionnelles et la veille sanitaire¹⁰⁸. Ces dernières années, le rôle du médecin du travail concernant le suivi individuel de l'état de santé des salariés a évolué (Section 1). Dans le même temps, les politiques de santé au travail ont continué de faire de la traçabilité des actions du médecin du travail un enjeu majeur, consacrant ainsi l'écrit comme support essentiel de son action (Section 2).

¹⁰⁷ Article L.4622-3 du Code du travail.

¹⁰⁸ Article L.4622-2 du Code du travail.

SECTION 1 : L'ÉVOLUTION DU RÔLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL ET DE SA PLACE DANS LE SUIVI DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES SALARIÉS

Depuis 1946¹⁰⁹, la finalité de la médecine du travail, devenue santé au travail, est restée inchangée, à savoir : « *éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* »¹¹⁰. Dès la création de la médecine du travail, la volonté du législateur est de confier aux médecins du travail un rôle exclusivement préventif et d'orienter leurs actions vers la prévention primaire des risques professionnels. Cette mission, confiée initialement aux seuls médecins du travail, puis étendue à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail, est audacieuse, voire utopique, car l'activité professionnelle expose inexorablement les salariés à divers risques professionnels, en fonction de la nature du poste de travail occupé. Si le médecin du travail peut aider l'employeur dans l'analyse et l'identification des risques professionnels en vue de les réduire, voire de les supprimer, la prévention primaire est aujourd'hui encore trop peu mise en œuvre dans les entreprises et en pratique, les actions du médecin du travail portent davantage sur la prévention secondaire et tertiaire. La mission confiée aux médecins du travail, et plus globalement aux services de santé au travail, est donc complexe ; pour la réaliser au mieux, les médecins du travail et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire doivent disposer de moyens suffisants et adaptés à l'exercice de leur mission.

Au fil des réformes et en vue de centrer davantage les missions du médecin du travail sur les actions sur le milieu de travail, le suivi individuel de l'état de santé des salariés a fait l'objet de transformations importantes, orientant l'activité du médecin du travail vers les situations individuelles plus complexes (§1). Le colloque singulier entre le médecin du travail et le salarié est toujours au cœur des missions du médecin. Le respect du secret médical est un principe fondamental de la relation entre le médecin du travail et le salarié, mais par certains aspects, ce secret peut constituer un frein à la connaissance de l'état de santé des salariés (§2).

¹⁰⁹ Loi n° 46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail.

¹¹⁰ Articles L.4622-2 et L.4622-3 du Code du travail.

§1 – L’orientation du rôle du médecin du travail vers les situations les plus complexes

Par la Loi du 11 octobre 1946¹¹¹, l’adhésion à la médecine du travail est rendue obligatoire pour tous les employeurs, quel que soit le nombre de salariés au sein de l’entreprise. Cette Loi prévoit que les services médicaux du travail seront assurés par des médecins du travail. Comme le souligne le Professeur FRIMAT, initialement, le suivi médical des salariés est « *basé sur une approche essentiellement individuelle* »¹¹². La notion d’aptitude au poste de travail prend alors une place centrale dans le suivi médical des salariés. À l’origine, la visite médicale d’embauche « *avait surtout pour but [...] de lutter contre les maladies contagieuses, dont la tuberculose, d’assurer un minimum de prise en charge de la santé dans la période de l’après-guerre, [et] d’éviter les risques de maladies professionnelles* »¹¹³. Malgré l’introduction en 1979¹¹⁴ de l’obligation pour le médecin du travail de consacrer un tiers de son temps aux actions sur le milieu de travail, la notion d’aptitude est restée « *la notion centrale de la médecine du travail* »¹¹⁵. Pourtant, l’aptitude n’a pas permis de démontrer son efficacité du point de vue de la prévention des risques professionnels¹¹⁶. Ainsi, comme le souligne le Professeur FRIMAT, « *la formulation de l’aptitude, comme moyen de préserver la santé des salariés, apparaît [...] dans bien des cas illusoire* »¹¹⁷. Bien que certains employeurs perçoivent la vérification de l’aptitude comme un outil de sécurisation juridique, d’un point de vue scientifique sa pertinence est plus incertaine, comme le souligne le Professeur FANTONI QUINTON¹¹⁸.

¹¹¹ Loi n° 46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l’organisation des services médicaux du travail.

¹¹² P. FRIMAT, « *Le travail...c’est la santé : la santé au travail...une pratique en question* », Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, 12 janvier 2010.

¹¹³ P. FRIMAT, « *Le travail...c’est la santé : la santé au travail...une pratique en question* », Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, 12 janvier 2010.

¹¹⁴ Décret n° 79-231 du 20 mars 1979 modifiant le Code du travail et relatif à l’organisation et au fonctionnement des services médicaux du travail.

¹¹⁵ P. FRIMAT, « *Le travail...c’est la santé : la santé au travail...une pratique en question* », Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, 12 janvier 2010.

¹¹⁶ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015.

¹¹⁷ P. FRIMAT, « *Le travail...c’est la santé : la santé au travail...une pratique en question* », Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, 12 janvier 2010.

¹¹⁸ S. FANTONI QUINTON, « *Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?* », Droit social, 2 décembre 2013, n° 12, pages 1023 à 1030.

En parallèle du manque de pertinence de la notion d'aptitude, c'est le système de santé au travail tout entier qui se heurte à l'évolution rapide du monde du travail et qui, par conséquent, ne permet pas d'assurer un suivi de santé au travail adapté pour l'ensemble des salariés. La Loi du 20 juillet 2011¹¹⁹ n'a pas permis de remédier de manière efficace à cette situation, alors que la Loi du 8 août 2016¹²⁰ dite Loi « Travail », plus aboutie en termes d'adaptation du suivi individuel des salariés, constitue une opportunité pour la transformation de la santé au travail. Le législateur, en s'appuyant sur le rapport « ISSINDOU »¹²¹ relatif à l'aptitude et à la médecine du travail, a prévu une adaptation du suivi individuel des salariés et a supprimé la notion d'aptitude systématique. Au fil des réformes, le suivi individuel des salariés a été adapté au profit d'une approche pluridisciplinaire de la santé au travail (A), mais le médecin du travail reste toujours le seul acteur habilité à émettre un avis sur la compatibilité entre le poste de travail du salarié et son état de santé (B).

A – Un suivi individuel adapté au profit d'une approche pluridisciplinaire de la santé au travail

Le suivi médical individuel des salariés, réalisé par le médecin du travail, s'est transformé au fil des réformes afin de favoriser l'approche collective de la santé au travail, mais également en vue de remédier à la pénurie de temps médical. Une baisse significative de la démographie médicale des médecins du travail est constatée depuis plusieurs années. Entre 2007 et 2016, l'effectif de médecins du travail en France a baissé de 14,6 %¹²².

¹¹⁹ Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

¹²⁰ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

¹²¹ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015.

¹²² Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2016* », réalisé par Madame LE BRETON-LEROUVILLOIS, sous la direction du Docteur RAULT, pages 242 à 243.

Les différentes réformes du suivi individuel de l'état de santé des salariés ont mené à un espacement progressif des visites médicales périodiques. Ce suivi périodique, initialement annuel, est devenu bisannuel en 2004¹²³.

Par la suite, le décret du 30 janvier 2012¹²⁴ a introduit la possibilité pour les services de santé au travail, par le biais de leur agrément, de prévoir une périodicité excédant les vingt-quatre mois pour les salariés bénéficiant d'un suivi individuel simple¹²⁵, à condition que des entretiens infirmiers et des actions pluridisciplinaires annuelles soient réalisés. D'une part, le médecin du travail n'est plus le seul acteur intervenant dans le suivi individuel des salariés, car les IDEST peuvent réaliser, dans le cadre de protocoles écrits, des entretiens infirmiers en santé au travail¹²⁶. Contrairement aux médecins du travail, les IDEST ne délivrent pas d'avis d'aptitude, mais remettent au salarié une attestation de suivi. Cette attestation ne mentionne aucune indication quant à la compatibilité entre l'état de santé du salarié et son poste de travail. Elle permet simplement au salarié de démontrer qu'il a bénéficié d'un entretien avec un IDEST. D'autre part, la condition préalable à l'espacement des visites était la mise en place d'actions collectives en entreprise réalisées par le médecin du travail ou par un autre membre de l'équipe pluridisciplinaire. Le travail en coopération entre les membres de l'équipe permet d'aborder la préservation de la santé des salariés de manière plus complète et de manière complémentaire. La prévention collective des risques permet d'apporter un appui à l'employeur, avec des compétences diversifiées (médecins du travail, mais aussi ergonomes, psychologues, techniciens HSE, etc.) Ainsi, les risques professionnels en entreprise peuvent être abordés sous différents angles, ce qui permet de délivrer à l'employeur les conseils les plus adaptés en vue de supprimer ou le cas échéant de réduire les risques.

La réforme de 2012¹²⁷ vient cependant renforcer les inégalités de suivi en fonction du territoire, car le suivi périodique des salariés diffère en fonction de ce qui est prévu par

¹²³ Décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail et modifiant le Code du travail.

¹²⁴ Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail ; article R.4624-16 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

¹²⁵ La surveillance médicale simple correspond au suivi médical des salariés qui ne sont pas exposés à un risque particulier. Par opposition à la surveillance médicale simple, l'article R.4624-18 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, listait les salariés bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée.

¹²⁶ Article R.4623-31 du Code du travail.

¹²⁷ Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail.

l'agrément du service de santé au travail¹²⁸. Le service de santé au travail peut demander une dérogation à la périodicité des examens médicaux en fonction notamment de la pénurie de temps médical. En fonction de chaque situation, le Directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) fixe la périodicité des examens médicaux (tous les quatre ans ou cinq ans par exemple). La périodicité des visites est, par conséquent, déconnectée des besoins en santé des salariés.

Malheureusement, les entretiens infirmiers, mis en place par le décret de 2012¹²⁹, n'ont pas permis de pallier efficacement la pénurie de temps médical, et malgré l'espacement des visites, les services de santé au travail ne parvenaient toujours pas à assurer l'ensemble des visites médicales prévues par le Code du travail. De nombreux salariés ne bénéficient toujours pas d'un suivi individuel régulier de leur état de santé et de plus, le suivi est inégal d'une région à l'autre, en fonction des moyens humains dont disposent les services de santé au travail. L'espacement des visites médicales ne constitue donc pas une réponse adaptée à l'impossibilité de réaliser l'ensemble des visites médicales prévues par la réglementation. Par conséquent, nous pouvons constater que la réforme de 2012 n'a pas su se saisir de la véritable problématique liée à la recherche de la protection de la santé des salariés.

Face à ces difficultés, une mission a été confiée à un groupe de travail chargé de proposer des mesures permettant de réformer notre système de santé au travail, ce qui a donné lieu à la parution en mai 2015 du rapport « ISSINDOU »¹³⁰. Prenant acte des difficultés auxquelles sont confrontés les services de santé au travail et les employeurs dans l'organisation du suivi individuel de l'état de santé des salariés, la Loi « Travail »¹³¹ et son décret d'application relatif à la modernisation de la médecine du travail¹³² sont venus confier aux IDEST de nouvelles missions dans le cadre du suivi individuel des salariés. Le but est de permettre aux médecins du travail de centrer leurs actions sur le suivi individuel des salariés exposés à des postes

¹²⁸ Chaque service de santé au travail fait l'objet d'un agrément délivré par le DIRECCTE (article D.4622-48 du Code du travail).

¹²⁹ Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail ; article R.4624-16 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

¹³⁰ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015.

¹³¹ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

¹³² Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail.

présentant des risques particuliers pour leur santé ou leur sécurité, pour celles de leurs collègues ou de tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail¹³³ et des salariés dont l'état de santé justifie une adaptation du suivi¹³⁴.

Le suivi individuel de l'état de santé des salariés est désormais assuré conjointement par le médecin du travail et sous son autorité, par l'IDEST¹³⁵. Certains examens médicaux restent du ressort exclusif du médecin du travail même si la possibilité de délégation aux IDEST a été élargie. Pour les salariés bénéficiant d'un suivi individuel simple ou adapté, le médecin du travail peut déléguer à l'IDEST l'ensemble des visites d'information et de prévention (VIP) initiales et périodiques. Cependant, pour certains salariés, à savoir les travailleurs handicapés, les travailleurs titulaires d'une pension d'invalidité et les femmes enceintes, une VIP avec le médecin du travail doit être réalisée afin de prévoir notamment des aménagements de poste de travail¹³⁶. Pour les salariés bénéficiant d'un suivi individuel renforcé, le médecin du travail reste le seul à pouvoir réaliser les examens médicaux d'aptitude à l'embauche¹³⁷ et les examens médicaux périodiques¹³⁸. Pour ces salariés, les IDEST peuvent, quant à eux, réaliser la visite périodique intermédiaire¹³⁹. Le médecin du travail reste toujours le seul à pouvoir réaliser, pour l'ensemble des salariés, les examens médicaux de reprise¹⁴⁰, de préreprise¹⁴¹, les visites à la demande de l'employeur, du salarié ou du médecin du travail¹⁴². Le médecin du travail conserve ainsi certaines prérogatives et reste toujours seul habilité à émettre un avis sur la compatibilité entre l'état de santé du salarié et son poste de travail.

¹³³ Article L.4624-2 du Code du travail.

¹³⁴ Article R.4624-17 du Code du travail.

¹³⁵ Article L.4624-1 du Code du travail.

¹³⁶ Articles R.4624-19 et R. 4624-20 du Code du travail.

¹³⁷ Article R.4624-24 du Code du travail.

¹³⁸ Article R.4624-28 du Code du travail.

¹³⁹ Article R.4624-28 du Code du travail - La visite intermédiaire est une visite périodique qui ne fait mention d'aucun avis d'aptitude. Elle est effectuée entre deux examens d'aptitude périodiques réalisés par le médecin du travail.

¹⁴⁰ Article R.4624-31 du Code du travail.

¹⁴¹ Article R.4624-29 du Code du travail.

¹⁴² Article R.4624-34 du Code du travail.

B – Le médecin du travail, seul habilité à émettre un avis relatif à la compatibilité entre l'état de santé du salarié et son poste de travail

Malgré le développement de la pluridisciplinarité pour assurer le suivi de l'état de santé des salariés, le médecin du travail reste un protagoniste incontournable de la santé au travail, car il est le seul acteur habilité à émettre un avis sur la compatibilité entre l'état de santé du salarié et son poste de travail. Initialement, la notion d'aptitude médicale était la clé de voûte de la médecine du travail. Cependant, cette notion n'a pas démontré son efficacité quant à la garantie de la protection de la santé des salariés, ce qui a conduit à sa remise en cause en 2016 par la Loi « Travail » (1). Même si l'ensemble des salariés ne fait plus systématiquement l'objet d'une vérification de son aptitude médicale à occuper son poste de travail, le médecin du travail peut toujours proposer des mesures individuelles d'aménagement de poste ou de reclassement lorsque l'état de santé du salarié le nécessite (2).

1/ La remise en cause de la vérification systématique de l'aptitude médicale des salariés à occuper leur poste de travail

La notion d'aptitude n'est pas définie par le Code du travail, et face à cette carence, certains auteurs en ont apporté une définition. Elle « *peut être conçue comme l'adéquation entre un certain état de santé du salarié et les différentes contraintes physiques, psychiques et organisationnelles du poste de travail auquel il est affecté.* »¹⁴³

La notion d'aptitude au poste de travail a été durant plusieurs décennies, de 1946 à 2016, la « pierre angulaire » de la médecine du travail. Jusqu'au 31 décembre 2016, le médecin du travail émettait un avis d'aptitude à l'issue de tous les examens médicaux (à l'exception de l'examen de préreprise¹⁴⁴) et pour tous les salariés, quel que soit le type de suivi. La notion d'aptitude a fait débat durant plusieurs années comme l'indique le rapport ISSINDOU¹⁴⁵,

¹⁴³ S. FANTONI QUINTON, G. LECLERCQ, P.-Y. VERKINDT, P. FRIMAT, « *Un avenir pour la santé au travail sans « aptitude périodique » est possible...* », JCP n° 48, 29 novembre 2011.

¹⁴⁴ L'examen de préreprise ayant lieu durant l'arrêt de travail du salarié, aucun avis d'aptitude ne peut être délivré.

¹⁴⁵ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015.

soulignant le fait que la pertinence médicale et juridique de la notion d'aptitude n'est pas établie.

Le rapport met en exergue le fait que la vérification systématique de l'aptitude médicale se fait « *au détriment d'une surveillance de l'état de santé adaptée aux besoins des salariés et des actions du médecin du travail en milieu de travail* ». En outre, le rapport souligne que « *la notion même d'aptitude est équivoque et peut laisser croire aux intéressés qu'ils ne courent aucun risque [...]; le rôle du médecin du travail pourrait alors être ressenti comme celui d'exposer à un risque plutôt que de le prévenir.* »¹⁴⁶ D'ailleurs, jusqu'au 1^{er} juillet 2017, le médecin du travail devait attester sur la fiche médicale d'aptitude des salariés exposés aux rayonnements ionisants que le salarié ne présentait pas de contre-indication médicale à ces travaux¹⁴⁷. Cette formulation posait question dans la mesure où le médecin était amené à attester que le salarié était apte à être exposé à un risque dangereux, ce qui peut apparaître en contradiction avec sa mission de prévention des risques professionnels.

La notion d'aptitude n'est d'aucune manière garante de la protection effective de la santé des salariés. En outre, la délivrance de l'avis médical d'aptitude suppose que le médecin du travail ait une connaissance parfaite à la fois de l'état de santé du salarié et du poste de travail qu'il occupe. Or, le salarié peut choisir de garder confidentielles certaines informations relatives à son état de santé ou omettre de les mentionner. Dans ce cas, l'avis émis par le médecin du travail est entièrement fondé sur ses propres constatations médicales de l'état de santé du salarié et non sur son état de santé réel. D'autre part, malgré la promotion des actions sur le milieu de travail, le médecin n'a parfois qu'une connaissance partielle des postes de travail, notamment en raison d'une pénurie de temps médical qui impacte directement le temps consacré à ces actions. Par conséquent, l'avis d'aptitude émis par le médecin du travail n'est pas toujours garant de l'adéquation entre l'état de santé du salarié et le poste de travail occupé. Pourtant, comme le souligne le rapport ISSINDOU, « *certaines représentants des employeurs ou des salariés* » considèrent que « *la notion d'aptitude protégerait les premiers d'une mise en cause abusive de leur responsabilité en matière de protection de la santé et de*

¹⁴⁶ Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, « *Orientation de travailleurs vers un poste comportant un risque. Rôle du médecin du travail et réflexions sur l'ambiguïté du concept d'aptitude* », avis n° 80, 4 décembre 2003.

¹⁴⁷ Article R.4451-82 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 1^{er} juillet 2018 (abrogé par le décret n° 2018-437 du 4 juin 2018 relatif à la protection des travailleurs contre les risques dus aux rayonnements ionisants).

la sécurité des travailleurs et les seconds de discriminations pratiquées par les employeurs contre des salariés en raison de l'état de santé. » Mais, selon nous, ces arguments sont inopérants dans la mesure où la sécurisation juridique de l'employeur et la protection contre les discriminations en raison de l'état de santé peuvent être mises en œuvre sans avoir besoin de recourir à la notion d'aptitude.

Fort de ces constats, la Loi « Travail » et son décret d'application relatif à la modernisation de la médecine du travail ont maintenu la notion d'aptitude pour les seuls salariés affectés à un poste présentant des risques particuliers¹⁴⁸. Le maintien de la vérification de l'aptitude médicale pour ces salariés se justifie en raison de la nature des risques professionnels auxquels ils sont exposés. En revanche, pour les autres salariés, la vérification systématique de l'aptitude a été supprimée. Cependant, pour tous les salariés, le médecin du travail peut toujours proposer des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation de poste, ce qui permet au médecin de continuer à remplir sa mission de maintien en emploi.

2/ L'adaptation du travail à l'Homme par le médecin du travail

Le médecin du travail reste le seul acteur habilité à préconiser des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail (a). En cas d'impossibilité de maintenir le salarié à son poste de travail, le médecin peut, en dernier recours, émettre un avis d'inaptitude, et ainsi préconiser des mesures de reclassement (b).

a) Les préconisations individuelles d'aménagement, d'adaptation, de transformation de poste de travail et d'aménagement du temps de travail au cœur des missions du médecin du travail

Le maintien dans l'emploi constitue un enjeu majeur pour les politiques de santé au travail et figure notamment dans le « Plan santé au travail 2016-2020 ». Les services de santé au travail doivent également inclure dans leur projet de service¹⁴⁹ la prévention de la

¹⁴⁸ Article L.4624-2 du Code du travail.

¹⁴⁹ Article L.4622-14 du Code du travail.

désinsertion professionnelle. Ce projet de service définit les priorités d'actions et les moyens mis en œuvre.

Le médecin du travail, acteur central de la santé au travail, joue un rôle majeur en ce qui concerne le maintien dans l'emploi des salariés. Lors des visites, le médecin du travail peut *« 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 »*¹⁵⁰. Afin de renforcer la pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail et avec les organismes extérieurs, la Loi du 17 août 2015¹⁵¹ puis la Loi « Travail » du 8 août 2016¹⁵² prévoient que *« le médecin du travail peut proposer à l'employeur l'appui de l'équipe pluridisciplinaire ou celui d'un organisme compétent en matière de maintien en emploi pour mettre en œuvre son avis et ses indications ou ses propositions »*¹⁵³. Cette nouvelle disposition permet de renforcer la prise en compte de la pluridisciplinarité dans la santé au travail, mais ne fait qu'appuyer une pratique déjà existante au sein des services de santé au travail.

L'une des prérogatives du médecin du travail consiste donc à proposer à l'employeur des mesures individuelles permettant d'adapter le poste de travail des salariés en fonction de leur état de santé ou de leur âge. Cela est conforme à la vision de l'OIT quant au service de santé au travail désigné comme *« un service investi de fonctions essentiellement préventives et chargé de conseiller l'employeur, les travailleurs et leurs représentants dans l'entreprise en ce qui concerne les exigences requises pour établir et maintenir un milieu de travail sûr et salubre, propre à favoriser une santé physique et mentale optimale en relation avec le travail [ainsi que] l'adaptation du travail aux capacités des travailleurs compte tenu de leur état de santé physique et mentale. »*¹⁵⁴ Les propositions du médecin du travail, faites dans le cadre du suivi individuel des salariés, s'imposent à l'employeur dans la mesure où le Code du travail dispose que ce dernier *« est tenu de prendre en considération l'avis et les indications ou les propositions*

¹⁵⁰ Article L.4624-3 du Code du travail.

¹⁵¹ Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi.

¹⁵² Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

¹⁵³ Article L.4624-5 du Code du travail.

¹⁵⁴ Convention OIT n° 161 sur les services de santé au travail, 1985, article 1.

émis par le médecin du travail »¹⁵⁵. En cas de refus, l'employeur doit faire connaître par écrit au salarié et au médecin du travail les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite¹⁵⁶. Les motifs invoqués par l'employeur doivent résulter d'une impossibilité objective ne lui permettant pas de mettre en œuvre les préconisations du médecin du travail.

Si par principe l'employeur est tenu de mettre en œuvre les préconisations émises par le médecin, en pratique, il est difficile de chiffrer précisément le taux d'employeurs respectant scrupuleusement ses préconisations. En effet, seules les situations faisant l'objet d'un contentieux devant le CPH sont analysées. Les juges se montrent sévères vis-à-vis des employeurs ne respectant pas les préconisations du médecin du travail. En ce sens, la Cour de cassation considère que le salarié peut prendre acte de la rupture de son contrat de travail lorsque cela nuit gravement à sa santé¹⁵⁷. Dans ce cadre, la prise d'acte produira les effets d'un licenciement sans cause réelle et sérieuse. Cependant, en réalité les salariés intentant une action devant le CPH pour manquement de l'employeur dans ce domaine sont assez peu nombreux. Les salariés craignent les conséquences d'un litige avec leur employeur devant le CPH et préfèrent parfois continuer à occuper un poste de travail non adapté à leur état de santé.

Pour l'employeur, le respect des préconisations émises par le médecin du travail est un élément essentiel lui permettant de remplir son obligation de prévention des risques à l'égard des salariés. Le médecin du travail doit donc s'assurer, avant d'émettre un avis, de détenir l'ensemble des éléments lui permettant d'émettre un avis éclairé, par le biais notamment de la réalisation ou de la prescription d'exams complémentaires nécessaires « *à la détermination de la compatibilité entre le poste de travail et l'état de santé du travailleur* »¹⁵⁸. Ces exams sont réalisés durant le temps de travail ou sont rémunérés comme du temps de travail effectif lorsqu'ils ne peuvent pas avoir lieu pendant le temps de travail. Le temps et les frais de transport sont également pris en charge par l'employeur¹⁵⁹. En revanche, sauf

¹⁵⁵ Article L.4624-6 du Code du travail.

¹⁵⁶ Article L.4624-6 du Code du travail.

¹⁵⁷ Cass. soc., 7 janvier 2015, n° 13-17.602, Inédit.

¹⁵⁸ Article R.4624-35 du Code du travail.

¹⁵⁹ Article R.4624-39 du Code du travail.

exceptions¹⁶⁰, il appartient au service de santé au travail de prendre en charge le coût de ces examens complémentaires¹⁶¹. Les examens complémentaires demandés par le médecin du travail lui permettent d'avoir une meilleure connaissance de l'état de santé réel du salarié, et ainsi de fonder sa décision médicale sur des éléments objectifs. Dans certains cas, la réalisation d'examens complémentaires peut révéler une incompatibilité entre l'état de santé du salarié et son poste de travail, et lorsqu'aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation de poste n'est possible, le médecin du travail pourra, en dernier recours, émettre un avis d'inaptitude, et éventuellement formuler des préconisations en vue d'un reclassement sur un autre poste de travail.

b) L'avis médical d'inaptitude, la prévention tertiaire en dernier recours

La prévention primaire des risques professionnels constitue la mission première du médecin du travail, mais force est de constater qu'en pratique, ses missions portent encore principalement sur la prévention secondaire, voire tertiaire.

Dans le cadre de la prévention tertiaire des risques, le médecin du travail peut être amené à émettre un avis d'inaptitude à l'égard d'un salarié. Le médecin du travail est le seul médecin habilité à émettre un avis d'inaptitude. Avant la Loi « Travail » du 8 août 2016, le Code du travail n'apportait pas de définition de l'inaptitude. Le Code du travail dispose désormais que le médecin du travail peut émettre un avis d'inaptitude lorsqu'il « *constate qu'aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail occupé n'est possible et que l'état de santé du travailleur justifie un changement de poste* »¹⁶².

Dans ce cadre, afin d'éviter que la santé du salarié ne soit davantage altérée et/ou afin d'éviter que la santé ou la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail ne soit compromise, le médecin du travail peut décider d'extraire le salarié de son poste de travail par le biais d'un avis d'inaptitude.

¹⁶⁰ L'employeur prend en charge les vaccinations pour les travailleurs non immunisés contre les agents biologiques pathogènes (article R.4426-6 du Code du travail), les dépenses entraînées par les vaccinations pour les travailleurs exposés à des risques de contamination dans les établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins ou hébergeant des personnes âgées (article L.3111-4 du Code de la santé publique), les examens complémentaires en lien avec le travail de nuit (article R.4624-37 du Code du travail).

¹⁶¹ Article R.4624-36 du Code du travail.

¹⁶² Article L.4624-4 du Code du travail.

L'inaptitude est une décision lourde de conséquences pour le salarié, car dans plus de 95 % des situations, le salarié déclaré inapte à son poste de travail n'est pas reclassé dans l'entreprise et l'employeur procède, par conséquent, à son licenciement¹⁶³. Les salariés sont alors peu nombreux à retrouver un emploi après leur licenciement. Une étude réalisée entre 2002 et 2004 dans le Vaucluse souligne que moins d'un salarié sur quatre retrouve un emploi après avoir été déclaré inapte à son poste de travail¹⁶⁴. Pourtant, l'objectif premier de l'inaptitude était d'éviter la désinsertion professionnelle du salarié, par le biais d'une obligation à la charge de l'employeur de rechercher un poste de reclassement. Le Professeur FANTONI QUINTON indique que l'outil de l'inaptitude comme prévention tertiaire a été parfois perverti et a mis en échec l'objectif initial¹⁶⁵.

Au vu des effets de l'inaptitude sur l'emploi des salariés, le Code du travail est venu encadrer strictement la procédure préalable nécessaire à la détermination d'un avis d'inaptitude. Jusqu'au 31 décembre 2016, sauf exceptions¹⁶⁶, l'inaptitude du salarié ne pouvait être constatée que si le médecin du travail avait réalisé deux examens médicaux espacés de deux semaines au minimum ainsi qu'une étude de poste et des conditions de travail dans l'entreprise¹⁶⁷. Aujourd'hui, le double examen médical n'est plus nécessaire, le médecin du travail peut ainsi émettre un avis d'inaptitude en un seul examen. Il ne réalise un second examen que lorsqu'il l'estime nécessaire « *pour rassembler les éléments permettant de motiver sa décision* ». Il dispose alors d'un délai maximum de quinze jours après le premier examen pour réaliser le second¹⁶⁸. Avant d'émettre un avis définitif, le médecin doit engager une démarche préalable lui permettant de disposer de tous les éléments nécessaires à la détermination de l'inaptitude. Le médecin peut par exemple demander des examens

¹⁶³ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 4, [10].

¹⁶⁴ C. BUCHET, A. COL, B. de LABRUSSE, H. RIGAUT, A. M. MASSE, M. FAIVRE-DUPAIGRE, « *Devenir des salariés licenciés suite à une inaptitude au poste de travail en Vaucluse de 2002 à 2004* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, mai 2010, volume 71, n° 2, pages 108 à 116.

¹⁶⁵ S. FANTONI QUINTON, « *Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?* », Droit social, 2 décembre 2013, n° 12, pages 1023 à 1030.

¹⁶⁶ Lorsque le maintien du salarié à son poste de travail entraîne un danger immédiat pour sa santé ou sa sécurité ou celles des tiers ou lorsqu'un examen de préreprise a eu lieu dans un délai de trente jours au plus, l'avis d'inaptitude médicale peut être délivré en un seul examen – article R.4624-31 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

¹⁶⁷ Article R.4624-31 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

¹⁶⁸ Article R.4624-42 du Code du travail.

complémentaires ou des avis spécialisés avant de se prononcer. Il peut également consulter le médecin inspecteur du travail avant d'émettre son avis¹⁶⁹. Le médecin du travail a, depuis le 1^{er} janvier 2017, l'obligation d'échanger avec l'employeur et le salarié¹⁷⁰, mais cela ne vient qu'acter une pratique déjà existante pour bon nombre de médecins du travail. Comme le prévoyait déjà l'ancienne procédure d'inaptitude, le médecin du travail doit réaliser une étude de poste ainsi qu'une étude des conditions de travail. Les notions d'étude de poste et des conditions de travail ne sont pas davantage explicitées par le législateur. Selon nous, l'étude du poste porte sur l'ensemble des contraintes liées au poste de travail en lui-même alors que l'étude des conditions de travail concerne d'une manière plus globale, l'environnement de travail des salariés, à savoir par exemple l'ambiance de travail, l'organisation du travail, etc. L'étude des conditions de travail permet au médecin de démontrer qu'il a une connaissance globale de l'entreprise et des risques professionnels qui y sont associés. La nouveauté de la Loi « Travail » réside dans le fait que désormais, le médecin du travail peut faire réaliser ces études par un membre de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail. En pratique, l'étude de poste et des conditions de travail peut également être réalisée conjointement par le médecin du travail et un autre membre de l'équipe pluridisciplinaire, ce qui permettra au médecin d'être éclairé sur certains points techniques dans d'autres domaines de compétence que le sien lors de l'étude de poste.

Le médecin du travail doit consigner dans le dossier médical en santé au travail (DMST) du salarié les motifs de son avis¹⁷¹. Son avis étant lourd de conséquences, il doit être en mesure de délivrer les motifs l'ayant conduit à émettre un avis d'inaptitude.

En vertu de sa mission de conseil, le médecin du travail devra s'assurer que le salarié a bien compris les conséquences de l'avis d'inaptitude. Il pourra également au besoin orienter le salarié vers l'assistance sociale afin de l'aider dans ses démarches. Sauf cas particuliers liés aux postes dits de sûreté ou de sécurité, il est préférable que le médecin du travail obtienne le consentement du salarié avant d'émettre un avis d'inaptitude¹⁷², même si cela n'est

¹⁶⁹ Article R.4624-43 du Code du travail.

¹⁷⁰ Article L.4624-4 du Code du travail.

¹⁷¹ Article R.4624-44 du Code du travail.

¹⁷² Article L.1111-4 du Code de la santé publique : « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.* »

nullement prévu par le Code du travail à l'heure actuelle. Quoi qu'il en soit, le médecin du travail est avant tout le conseiller du salarié, il est donc important que l'ensemble de ses avis soient pris après échanges et informations du salarié sur les conséquences potentielles.

Si à l'avenir le médecin du travail sera certainement amené à réduire le temps consacré au suivi individuel des salariés en déléguant une partie de ses missions aux IDEST, le secret médical reste la clé de voûte de la relation de confiance entre le médecin du travail et les salariés. Malheureusement, ce secret, bien que nécessaire, peut parfois se révéler être un frein pour le médecin dans l'exercice de ses missions.

§2 – Le secret médical, entre nécessité et frein à l'exercice des missions du médecin du travail

Avant de commencer son exercice, chaque médecin prête serment. Le serment d'Hippocrate fait référence au secret médical et impose au médecin de taire les secrets qui lui sont confiés. Le respect du secret médical par le médecin du travail est une nécessité et un devoir au regard de sa fonction de médecin. En ce sens, les salariés confient au médecin du travail des informations concernant leur état de santé, car ils savent que ces informations resteront secrètes. Ces informations médicales sont nécessaires au médecin du travail dans l'exercice de ses missions, car elles lui permettent d'émettre des préconisations précises en fonction de l'état de santé de chaque salarié (A). Néanmoins, dans certaines situations, ce secret peut également constituer un frein pour le médecin et l'empêcher de remplir pleinement sa mission (B).

A – Le secret médical, indispensable à l'exercice des missions du médecin du travail

Le secret médical se trouve au cœur du fondement de la relation de confiance entre un médecin et son patient. La santé au travail ne fait pas exception à ce principe, le médecin du travail étant tenu au secret médical au même titre que l'ensemble de ses confrères. Le secret médical demeure un principe fort au cœur de la santé au travail (1). Il est indispensable

à la relation de confiance entre le médecin du travail et le salarié et permet de garantir la protection de la vie privée de ce dernier (2).

1/ Le secret médical, un principe déontologique au cœur de la santé au travail

Le médecin du travail est le conseiller à la fois des employeurs, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux¹⁷³, et du fait de ces quatre interlocuteurs aux intérêts divergents, sa place dans l'entreprise s'avère délicate.

Le médecin du travail est, comme tout médecin, soumis aux règles édictées par le Code de la santé publique et le Code de déontologie médicale. Il est donc soumis au secret professionnel : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.* »¹⁷⁴ À ce titre, la jurisprudence¹⁷⁵ considère que « *l'obligation de secret professionnel [...] s'impose aux médecins comme un devoir de leur état, qu'elle est générale et absolue et qu'il n'appartient à personne de les en affranchir* ». La Cour de cassation et le Conseil d'État considèrent également que le patient ne peut délier le médecin de son obligation de secret. Ainsi, même dans le cas où le salarié demande au médecin du travail de révéler une information à son employeur, le médecin du travail ne peut accéder à cette demande, sous peine de manquer à son obligation de secret. Comme le souligne C. HERVÉ¹⁷⁶, le secret professionnel « *procède [...] des valeurs, qui doivent être incarnées par le médecin dans le cadre de son travail, de respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité et des principes de moralité, de probité et de dévouement, indispensables à l'exercice de la médecine.* » Le secret professionnel constitue donc la colonne vertébrale des obligations du médecin du travail.

¹⁷³ Article R.4623-1 du Code du travail.

¹⁷⁴ Article 4 du Code de déontologie médicale, article R.4127-4 du Code de la santé publique.

¹⁷⁵ Cass. crim., 22 décembre 1966, n° 66-92.897, *Bull. crim.*, n° 305.

¹⁷⁶ Professeur d'éthique médicale et de médecine légale à la Faculté de Médecine Paris Descartes, Président de la Société Française et Francophone d'Éthique Médicale.

Dès 1810, le Code pénal prévoit des sanctions pour les médecins et les autres professionnels de santé en cas de divulgation d'un secret qu'on leur confie¹⁷⁷. Aujourd'hui, le Code pénal dispose que *« la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »*¹⁷⁸

Au sein des services de santé au travail, tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail sont soumis au secret professionnel. Au même titre que les médecins du travail, les IDEST sont soumis aux règles édictées par le Code de la santé publique et sont, à ce titre, soumis au secret professionnel¹⁷⁹.

La Loi dite « Kouchner »¹⁸⁰ du 4 mars 2002 prévoit un secret médical partagé uniquement au sein des établissements de santé. Cependant, la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016¹⁸¹, vient redéfinir cette démarche de partage d'informations, en prévoyant qu'*« un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. »*¹⁸² Par conséquent, dans les services de santé au travail, le médecin du travail peut échanger des informations avec les autres professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire (IDEST, collaborateurs médecins, internes en santé au travail), dans la mesure où la transmission de ces informations leur est strictement nécessaire. La Haute Autorité de Santé (HAS) considère que *« le DMST est tenu par le médecin du travail. Il peut être alimenté et consulté par les personnels infirmiers du travail collaborateurs du médecin du travail, sous la responsabilité et avec l'accord du médecin du travail, dans le respect du secret professionnel et dans la limite de ce qui est strictement nécessaire à l'exercice de leur mission. »*

¹⁸³ Cela signifie que les IDEST ne peuvent pas avoir accès à l'ensemble des informations

¹⁷⁷ Article 378 du Code pénal (abrogé au 1^{er} mars 1994).

¹⁷⁸ Article 226-13 du Code pénal.

¹⁷⁹ Articles L.1110-4 et R.4312-4 du Code de la santé publique.

¹⁸⁰ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

¹⁸¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

¹⁸² Article L.1110-4 du Code de la santé publique.

¹⁸³ HAS, « *Le dossier médical en santé au travail* », Recommandations de bonne pratique, janvier 2009.

figurant dans ce DMST. De ce fait, lorsque le salarié se confie au médecin du travail, ses dires ne sont pas réputés confiés à l'ensemble de l'équipe. Le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)¹⁸⁴ est venu préciser que « *le médecin du travail ne peut partager les informations médicales du DMST qu'avec les professionnels de santé qui participent à la prise en charge du salarié et uniquement pour ce qui est nécessaire à cette prise en charge, conformément aux principes posés à l'article L.1110-4 du code de la santé publique.* » Ainsi, les échanges entre le médecin du travail et les autres professionnels de santé sont limités et doivent « *avoir pour but de permettre la meilleure prise en charge sanitaire possible* ». Le CNOM ajoute que « *les informations doivent être nécessaires, pertinentes et non excessives.* » Le CNOM prévoit également une obligation d'information à l'égard du salarié en précisant que « *le salarié doit être informé de ces échanges et ne pas s'y être opposé* ».

Le fait que les échanges d'informations médicales ne puissent avoir lieu qu'entre professionnels de santé est indiscutable. Les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire n'ont, quant à eux, pas accès au DMST du salarié. Les intervenants en prévention des risques professionnels et les assistants en santé au travail ne peuvent avoir accès qu'aux éléments techniques relatifs au poste de travail.

En ses qualités de coordinateur et d'animateur de l'équipe pluridisciplinaire, le médecin du travail est garant de la préservation du secret professionnel, et il doit à ce titre « *veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle* »¹⁸⁵.

Le secret médical, au cœur des missions du médecin du travail, permet de garantir la relation de confiance entre le médecin et le salarié.

¹⁸⁴ Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Le dossier médical en santé au travail (DMST)* », Rapport adopté par le CNOM lors de la session des 17 et 18 décembre 2015, Dr F. X. LEY.

¹⁸⁵ Article R.4127-72 du Code de la santé publique.

2/ Le secret médical, indispensable à la relation de confiance entre le médecin du travail et le salarié et garant de la protection de la vie privée du salarié

Le secret médical auquel est soumis le médecin du travail revêt une importance toute particulière dans le domaine de la santé au travail.

Par principe, toute personne peut choisir librement son praticien et son établissement de santé¹⁸⁶. Le CNOM rappelle régulièrement que ce principe fondamental contribue à la confiance que le patient accorde à son médecin. En revanche, le système de santé au travail constitue une exception au libre choix du médecin par le patient. Par conséquent, la relation de confiance entre le médecin du travail et le salarié est donc plus difficile à établir bien qu'elle demeure indispensable pour permettre au médecin du travail de réaliser au mieux l'ensemble de ses missions. En santé au travail, « *le médecin du travail est un peu un confident...imposé, et non librement choisi*¹⁸⁷. » Le serment d'Hippocrate¹⁸⁸ « *est destiné à préserver le principe de base de la relation médecin-malade : la confiance. Sans confiance, le malade ne peut s'exprimer totalement sur les maux dont il souffre. Sans confiance, le médecin ne peut être suffisamment informé pour offrir les soins les plus diligents*¹⁸⁹. » Dans le domaine de la santé au travail, si le médecin noue une relation de confiance avec le salarié, ce dernier sera certainement plus enclin à lui faire davantage de confidences sur son état de santé, ce qui permettra au médecin d'émettre les préconisations les plus adaptées à l'état de santé réel du salarié. À l'inverse, sans confiance de la part du salarié, le médecin du travail ne peut pas avoir une connaissance approfondie de son état de santé, et ne pourra par conséquent, pas émettre un avis éclairé sur la compatibilité entre son état de santé et son poste de travail. De même, il ne sera pas en mesure de conseiller le salarié de manière adéquate sur les mesures de prévention à mettre en œuvre. La relation de confiance entre le médecin et le salarié est donc indispensable à la préservation de la santé du salarié.

Néanmoins, le Docteur DAVID-MANAOUIL considère que « *sur le plan éthique, il paraît discutable de contraindre le salarié à fournir des informations médicales et personnelles au*

¹⁸⁶ Article L.1110-8 du Code de la santé publique.

¹⁸⁷ M. BERNARD, « *Le secret médical existe-t-il entre médecin traitant et médecin du travail ?* », La lettre du pneumologue, volume VII, n° 2, mars-avril 2004, pages 87-88.

¹⁸⁸ « *Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés...* » : « serment d'Hippocrate », www.larousse.fr :

http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/Serment_dHippocrate/143995 [Consulté le 09 juin 2020]

¹⁸⁹ C. HERVE, G. MOUTEL, « *La notion de secret, le secret médical et les secrets professionnels* », Inserm.

médecin du travail. »¹⁹⁰ Les décisions du médecin du travail ont en effet un impact direct sur la relation de travail entre l'employeur et le salarié dans la mesure où l'avis du médecin du travail s'impose aux parties. Le médecin du travail vérifie la compatibilité entre l'état de santé du salarié et son poste de travail, ce qui peut s'apparenter à une mission de contrôle. Or, par principe, le médecin du travail a un rôle exclusivement préventif, comme le précise le Code de la santé publique : « *un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention* »¹⁹¹. Le médecin du travail ne peut donc pas exercer une médecine de contrôle ou de sélection. Pourtant, la notion d'aptitude semble s'inscrire en contradiction avec ce principe. L'ambiguïté du rôle du médecin du travail n'est donc pas propice aux confidences du salarié.

Le secret médical, indispensable à la relation de confiance entre le médecin et le salarié, permet également de garantir la protection de la vie privée du salarié. Le respect de la vie privée est un principe fondamental issu du Code civil¹⁹². En santé au travail, le secret médical permet de garantir le respect de la vie privée du salarié : « *Le secret médical se justifie par l'obligation de discrétion et de respect de la personne d'autrui* »¹⁹³. Le salarié peut choisir de garder secrètes certaines informations concernant son état de santé, au nom du droit au respect de sa vie privée. Comme le souligne le Conseil d'État¹⁹⁴ « *de tous les droits du patient, le droit au secret est l'un des plus essentiels. Il touche à la dignité morale de la personne humaine, libre de révéler ou non son état, mais aussi à des intérêts professionnels ou économiques, l'état de santé pouvant déterminer l'attitude de l'employeur* ». Le Conseil d'État ajoute que « *révélée, la maladie peut être source d'une détresse sociale s'ajoutant au drame personnel* ». Pour cette raison, les données médicales font l'objet d'une protection particulière empêchant ainsi l'employeur d'accéder aux éléments contenus dans le DMST du salarié.

¹⁹⁰ C. DAVID-MANOUIL, *et al.*, « *Le secret professionnel en médecine du travail* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, juin 2000, volume 61, n° 4, page 261.

¹⁹¹ Article R.4127-100 du Code de la santé publique.

¹⁹² Article 9 du Code civil.

¹⁹³ C. HERVE, G. MOUTEL, « *La notion de secret, le secret médical et les secrets professionnels* », Inserm.

¹⁹⁴ Conseil d'État, « *Réflexions sur le droit de la santé ?* », Rapport public, Études et Documents, n°49, La Documentation française, Paris, 1998, pages 311 à 313.

L'articulation entre le respect de la vie privée du salarié et la protection de sa santé se révèle très complexe. Si le salarié décide de garder confidentielles certaines informations médicales le concernant afin de préserver son emploi, cela pourra se faire au détriment de la protection de son état de santé et donc mettre en échec le médecin du travail dans sa mission de prévention primaire.

B – Le secret médical, un potentiel frein à l'exercice des missions du médecin du travail

Le secret médical peut, par certains aspects, nuire à l'efficacité du médecin du travail dans l'exercice de ses missions. En effet, lorsque ce secret lui est opposé, il n'est alors pas en mesure d'obtenir toutes les informations médicales nécessaires pour émettre un avis éclairé. Dans le cas où le salarié ne délivre pas au médecin du travail toutes les informations concernant son état de santé, cela aura des conséquences sur l'avis rendu, lequel aura de fortes chances de ne pas refléter la réelle compatibilité entre l'état de santé du salarié et son poste de travail. Le médecin pourrait par exemple indiquer que le salarié peut occuper son poste alors que son état de santé nécessiterait en réalité des aménagements de poste, voire un reclassement sur un autre poste de travail. En ce sens, le médecin ne sera pas en mesure de délivrer au salarié les conseils de prévention adéquats afin de limiter le risque ni de préconiser à l'employeur les mesures de prévention nécessaires pour préserver la santé du salarié. Or, l'une des missions principales du médecin du travail est bien de préconiser à l'employeur et au salarié des mesures préventives visant à protéger la santé et la sécurité des salariés. L'absence de confiance de la part du salarié sur son état de santé annihile toute chance pour le médecin du travail de remplir pleinement sa mission première de prévention des risques professionnels. De ce fait, le système de santé au travail est susceptible d'être mis en échec.

Par ailleurs, les échanges d'informations entre le médecin du travail et les autres professionnels de santé restent limités en raison du secret médical. Il n'existe pas de secret médical partagé entre le médecin du travail et le médecin traitant ou les éventuels médecins spécialistes du salarié. De fait, le médecin du travail doit recueillir l'accord préalable du salarié s'il souhaite échanger des informations avec le ou les médecins du salarié en question. Sans

son consentement, aucun échange d'informations n'est possible¹⁹⁵. D'ailleurs, le CNOM¹⁹⁶ a rappelé que « *les courriers destinés aux médecins traitants transiteront obligatoirement par le salarié* ». De même, lorsque le médecin du travail prescrit des examens complémentaires au salarié, le CNOM souligne que « *ces demandes doivent également transiter par le salarié* » et « *les résultats ne peuvent lui être communiqués qu'avec l'accord du salarié* ». Ces éléments, protecteurs vis-à-vis du salarié, peuvent néanmoins limiter l'action du médecin du travail. En effet, l'absence de secret médical partagé entre le médecin du travail et les autres médecins du salarié peut constituer un frein aux missions du médecin du travail notamment lorsqu'il s'agit de déterminer la compatibilité entre l'état de santé du salarié et son poste de travail. Par conséquent, si le salarié décide de garder secrètes certaines informations concernant son état de santé, le médecin ne pourra ni le contraindre à se confier ni faire appel aux médecins du salarié en question pour obtenir les informations manquantes, ce qui conduira le médecin du travail à émettre un avis en n'ayant qu'une vision partielle et donc potentiellement erronée de l'état de santé du salarié.

Les raisons pour lesquelles les salariés ne dévoilent pas systématiquement au médecin du travail l'ensemble des informations médicales les concernant sont multiples, mais nous pouvons, à titre principal, citer la crainte des répercussions sur leur emploi. En effet, l'avis émis par le médecin du travail peut avoir des conséquences sur l'emploi des salariés, notamment dans le cadre d'un avis d'inaptitude, qui entraîne dans environ 95 % des situations un licenciement pour impossibilité de reclassement¹⁹⁷. Les préconisations individuelles d'aménagement de poste peuvent également être source d'inquiétude pour les salariés qui craignent d'être discriminés au sein de leur entreprise par leur hiérarchie, mais également par leurs collègues de travail aux yeux de qui les aménagements de poste préconisés par le médecin du travail, qu'ils soient temporaires ou définitifs, peuvent apparaître comme des privilèges accordés au salarié. De plus, dans certains cas ces aménagements peuvent entraîner une charge de travail supplémentaire pour les autres salariés de l'entreprise, ce qui peut également être source de tensions.

¹⁹⁵ Article L.1110-4 du Code de la santé publique.

¹⁹⁶ CNOM, « *Les écrits du médecin du travail et la déontologie médicale* », Rapport adopté lors de la session du CNOM de juin 2015.

¹⁹⁷ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 4, [10].

Afin d'assurer un meilleur suivi de l'état de santé des salariés et afin de préserver leur santé, il serait judicieux que le médecin du travail puisse avoir, au moins en partie, accès à certaines données à caractère médical détenues par le médecin traitant et les médecins spécialistes du salarié. Il paraît en effet évident qu'au cours d'un unique examen clinique, le médecin du travail ne puisse pas détecter toutes les pathologies des salariés. Dès lors, si le médecin n'a pas une bonne connaissance de l'état de santé général du salarié, il ne peut pas lui délivrer les conseils adaptés de prévention des risques professionnels. Et bien que le médecin du travail puisse demander la réalisation d'examens complémentaires, il doit avant tout renforcer le lien de confiance avec le salarié afin que ce dernier lui délivre l'ensemble des informations nécessaires et essentielles pour mener à bien ses missions. Le salarié a donc, malgré lui, un rôle primordial à jouer dans la préservation de son propre état de santé. Sa collaboration permet au médecin du travail de délivrer les conseils adéquats et d'effectuer des actions de prévention individuelle ou collective adaptées. L'ensemble des actions menées par le médecin du travail doit désormais être traçable, le droit positif ayant rendu obligatoire l'écrit du médecin dans certaines situations. De ce fait, l'écrit prend une place de plus en plus prégnante dans les relations entre le médecin du travail et l'employeur, mais également entre le médecin et le salarié.

SECTION 2 : L'ÉCRIT, SUPPORT ESSENTIEL DE L'ACTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL

L'essence de la mission du médecin du travail n'a pas été altérée depuis la création de la médecine du travail en 1946¹⁹⁸ bien que les moyens mis à sa disposition pour la réaliser aient évolué. Au fil des années, le législateur a doté le médecin de nouveaux outils pour mener à bien sa mission, mais, dans le même temps, le droit positif est venu renforcer ses obligations en termes de traçabilité. Le médecin doit désormais tracer l'essentiel des actions qu'il effectue, que ce soit pour le suivi individuel des salariés (§1) ou que cela concerne les actions sur le milieu de travail (§2).

§1 – Le droit positif renforce la traçabilité des actions du médecin du travail dans le cadre du suivi individuel de l'état de santé des salariés

Afin de permettre la traçabilité des actions du médecin du travail dans le cadre du suivi individuel de l'état de santé des salariés, les avis émis par le médecin sont principalement écrits. Ils prennent différentes formes et peuvent être formulés sur différents supports selon leur nature. Dans certaines situations, l'écrit est imposé au médecin du travail pour formuler ses préconisations, mais dans d'autres circonstances, l'indépendance technique du médecin lui permet d'apprécier l'opportunité de rédiger un écrit. Dans le cadre du suivi individuel, le médecin du travail retrace dans le DMST les informations relatives à l'état de santé du salarié et les risques professionnels auxquels il est exposé (A). Ainsi, la traçabilité des actions du médecin permet d'assurer le suivi de la mise en œuvre effective de ses préconisations (B). Enfin, les échanges écrits entre le médecin du travail et les autres médecins du salarié sont strictement réglementés afin de respecter secret médical (C).

A – Le dossier médical en santé au travail, support indispensable à la traçabilité de l'état de santé du salarié et des expositions professionnelles

La Loi, complétée par les recommandations de la HAS, encadre les éléments devant figurer dans le DMST du salarié. Le contenu du DMST est orienté vers la traçabilité des actions

¹⁹⁸ Éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.

et des préconisations du médecin du travail (1), mais la vigilance est de mise lorsqu'il s'agit de la rédaction des écrits en vue notamment d'en éviter l'instrumentalisation (2).

1/ La traçabilité, objectif premier du dossier médical en santé au travail

Le DMST a une assise légale depuis la Loi du 9 novembre 2010¹⁹⁹. L'article L.4624-8 du Code du travail dispose qu'« *un dossier médical en santé au travail, constitué par le médecin du travail, retrace dans le respect du secret médical les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis ainsi que les avis et propositions du médecin du travail* ». Le DMST est ouvert lors de la visite d'information et de prévention initiale, par le professionnel de santé qui réalise la visite. Pour les salariés affectés à un poste présentant des risques particuliers, seul le médecin du travail est habilité à constituer le dossier médical à l'occasion de l'examen médical d'aptitude²⁰⁰.

Le DMST contient diverses informations, réparties en plusieurs catégories : les informations socio-administratives²⁰¹, les informations concernant l'emploi²⁰², les informations inhérentes à la santé des travailleurs²⁰³, et les propositions et avis du médecin du travail²⁰⁴. Le dossier

¹⁹⁹ Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, article 60.

²⁰⁰ Articles R.4624-12 et R.4624-26 du Code du travail.

²⁰¹ HAS, Recommandations de bonne pratique, « *Le dossier médical en santé au travail* », janvier 2009 : informations socio-administratives (tableau n° 2, page 8) : Nom, prénom, « *sexe, date et lieu de naissance* », « *adresse et n° de téléphone* », « *situation familiale* », « *nom et adresse du médecin traitant* », « *qualification de travailleur handicapé ou notion d'invalidité* », « *mention de l'information du travailleur sur ses droits en matière d'accès aux informations médicales le concernant et sur les conditions d'accès à son dossier médical* », « *mention du refus du travailleur sur la poursuite de la tenue du dossier médical par un autre médecin* ».

²⁰² HAS, Recommandations de bonne pratique, « *Le dossier médical en santé au travail* », janvier 2009 : informations concernant l'emploi et les activités professionnelles : par exemple noms des entreprises antérieures, secteurs d'activité antérieurs, professions exercées, postes et expositions professionnelles antérieurs, description du poste de travail actuel, description des activités ou tâches effectuées permettant d'identifier les risques, risques identifiés, etc.

²⁰³ HAS, Recommandations de bonne pratique, « *Le dossier médical en santé au travail* », janvier 2009 : « *identité du médecin du travail* », « *date et motif de l'examen* », « *qualité du demandeur* », « *antécédents médicaux personnels en lien avec un accident du travail, une maladie professionnelle* », « *antécédents médicaux personnels présentant un intérêt pour l'évaluation du lien entre l'état de santé du travailleur et le poste de travail pour le suivi de la santé du travailleur soumis à certaines expositions professionnelles* », « *données actualisées sur les habitudes* », « *sur les traitements en cours* », « *sur le statut vaccinal en lien avec les risques professionnels* », « *existence, motif et durée d'arrêt de travail entre les examens* », « *avis éventuel d'un spécialiste concernant le suivi d'une pathologie spécifique* », etc.

²⁰⁴ Recommandations de bonne pratique, « *Le dossier médical en santé au travail* », HAS, janvier 2009 : « *informations délivrées au travailleur par le médecin du travail* » : « *informations sur les expositions professionnelles, les risques identifiés et les moyens de protection* », « *existence ou absence d'une pathologie en*

médical ne contient par principe que des éléments de nature individuelle, mais il peut également contenir des écrits du médecin du travail alertant l'employeur sur des risques collectifs²⁰⁵, dès lors que le salarié est concerné par ces risques²⁰⁶. Au regard des éléments qu'il contient, le DMST n'est pas la propriété du médecin du travail comme cela a pu être précisé par la Cour de cassation²⁰⁷, même s'il en est néanmoins « *le garant* »²⁰⁸.

La HAS a défini en 2009 le DMST comme « *le lieu de recueil et de conservation des informations socio-administratives, médicales et professionnelles, formalisées et actualisées, nécessaires aux actions de prévention individuelle et collective en santé au travail, enregistrées, dans le respect du secret professionnel, pour tout travailleur exerçant une activité, à quelque titre que ce soit, dans une entreprise ou un organisme, quel que soit le secteur d'activité.* »²⁰⁹ Selon les recommandations de la HAS, les objectifs principaux du DMST sont « *d'aider le médecin du travail à apprécier le lien entre l'état de santé du travailleur [...] et le poste et les conditions de travail [...], proposer des mesures de prévention, faire des propositions en termes d'amélioration ou d'aménagement du poste ou des conditions de travail ou de maintien ou non dans l'emploi* » et de « *participer à la traçabilité des expositions professionnelles, des informations et conseils de prévention professionnels délivrés au travailleur, des propositions en termes d'amélioration ou d'aménagement du poste ou des conditions de travail et de maintien ou non dans l'emploi* »²¹⁰.

Concernant l'appréciation du lien entre l'état de santé du salarié et son poste de travail, le médecin du travail doit noter dans le DMST les éléments justifiant son avis. Cela permet d'abord au salarié d'être informé sur les éléments médicaux ayant conduit à l'avis du médecin,

lien possible avec une exposition professionnelle », « *avis médical* », « *demande d'avis médical complémentaire ou autre avis* », « *proposition [...] d'adaptation de poste* », « *vaccinations* », « *modalités de la surveillance médicale [...] proposée par le médecin du travail* », etc.

²⁰⁵ Article L.4624-9 du Code du travail.

²⁰⁶ Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Le dossier médical en santé au travail (DMST)* », Rapport adopté par le CNOM lors de la session des 17 et 18 décembre 2015, Dr F. X. LEY.

²⁰⁷ Cass. civ. 1^{ère}, 28 octobre 1970, n° 69-11.099, *Bull. civ. I*, 1970, n° 290, p. 237.

²⁰⁸ C. CZUBA, S. FANTONI QUINTON, « *Le point sur le DMST en santé-travail : contenu, propriété et communication* », ISTNF, septembre 2010.

²⁰⁹ HAS, « *Le dossier médical en santé au travail* », Synthèse des recommandations professionnelles, janvier 2009.

²¹⁰ HAS, « *Le dossier médical en santé au travail* », Synthèse des recommandations professionnelles, janvier 2009.

mais cela permet également au médecin du travail d'apporter les éléments justifiant sa décision en cas de contestation de l'avis.

À l'occasion des différentes visites, le médecin du travail va délivrer diverses informations au salarié. Le Code du travail prévoit en effet que lors de la VIP initiale et périodique, le professionnel de santé²¹¹ informe le salarié sur les risques d'expositions au poste de travail, le sensibilise sur les moyens de prévention à mettre en œuvre, et l'informe sur les modalités de suivi de son état de santé et sur la possibilité dont il dispose, à tout moment, de bénéficier d'une visite à sa demande avec le médecin du travail²¹². Pour les salariés affectés à un poste présentant des risques particuliers²¹³, lors des examens médicaux d'aptitude à l'embauche et périodiques, le médecin du travail informe le salarié sur les risques des expositions au poste de travail et sur le suivi médical nécessaire et le sensibilise aux moyens de prévention à mettre en œuvre²¹⁴. Conformément aux dispositions du Code de la santé publique, le médecin du travail doit informer de manière loyale, claire et appropriée le salarié sur son état de santé et sur les risques auxquels il est exposé²¹⁵. Ces informations doivent être retranscrites dans le DMST²¹⁶. La HAS recommande d'ailleurs au médecin du travail de colliger dans le DMST du salarié les conseils donnés, et notamment les « *informations sur les expositions professionnelles, les risques identifiés et les moyens de protection, l'existence ou l'absence d'une pathologie en lien possible avec une exposition professionnelle* »²¹⁷. Cela permet d'assurer la traçabilité des expositions professionnelles du salarié et des conseils de prévention délivrés. Le CNOM rappelle que ces conseils de prévention font partie des éléments communicables du DMST²¹⁸.

La traçabilité permet au médecin de suivre lors des visites successives les conseils qu'il a délivrés, et cela lui permet d'interroger le salarié sur leur mise en œuvre au sein de l'entreprise. D'autre part, en cas de changement de médecin ou de remplacement temporaire, le nouveau médecin du travail peut avoir l'historique des préconisations émises par son

²¹¹ Médecin du travail, collaborateur médecin, interne en santé au travail ou IDEST.

²¹² Article R.4624-11 du Code du travail.

²¹³ Article R.4624-23 du Code du travail.

²¹⁴ Article R.4624-24 du Code du travail.

²¹⁵ Article R.4127-35 du Code de la santé publique ; article L.1111-2 du Code de la santé publique.

²¹⁶ Article L.4624-8 du Code du travail.

²¹⁷ HAS, « *Le Dossier médical en santé au travail* », Recommandations de bonne pratique, janvier 2009.

²¹⁸ Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Le dossier médical en santé au travail (DMST)* », Rapport adopté par le CNOM lors de la session des 17 et 18 décembre 2015, Dr F. X. LEY.

prédécesseur. Toutefois, cela sous-entend, dans une telle hypothèse, que le salarié ne se soit pas opposé à la transmission de son DMST au nouveau médecin. En outre, en cas de contentieux ou si le salarié est victime d'un AT ou d'une MP, la traçabilité des conseils de prévention délivrés permettra au médecin du travail de démontrer qu'il a bien rempli sa mission en délivrant les conseils adéquats.

La traçabilité des expositions professionnelles du salarié tout au long de sa carrière professionnelle permet une meilleure prévention des risques professionnels, mais également une prise en compte du risque professionnel différé. Comme le soulignent les Professeurs S. FANTONI QUINTON et P. FRIMAT, « *une des clés indispensables à la prévention des risques professionnels différés réside dans la traçabilité des expositions que les salariés ont subi toute leur vie professionnelle, en particulier aux cancérogènes.* » La traçabilité des expositions peut permettre de « *déclencher un certain nombre de mécanismes de compensation* ». En effet, « *l'exposition à certains risques professionnels est considérée comme facteur [de risques professionnels] justifiant dans certains cas un mécanisme de compensation qui impose à l'employeur, mais aussi aux Services de santé au travail (SST) de répertorier et de mémoriser les risques professionnels auxquels ont été exposés les salariés au cours de leur vie professionnelle.* » La traçabilité engage donc « *la responsabilité des acteurs de la prévention.* » Lorsque le salarié est victime d'une maladie, il peut également s'appuyer sur les informations notées dans son DMST pour démontrer qu'il a été exposé à un ou plusieurs risques ayant entraîné sa pathologie. En principe, le DMST devrait retracer l'ensemble des risques professionnels auxquels a été exposé le salarié au cours de sa carrière professionnelle ainsi que les éventuelles pathologies qu'il a développées, afin d'en obtenir si nécessaire réparation. Cela suppose que le DMST suive le salarié tout au long de son parcours professionnel et que tous les risques professionnels y soient rigoureusement consignés, ce qui n'est malheureusement pas le cas à l'heure actuelle, point que nous développerons ultérieurement.

Selon la HAS²¹⁹, le DMST doit servir « *de support d'informations nécessaires aux actions de prévention individuelles et collectives et participe à la traçabilité à la fois des expositions, des informations et des conseils de prévention délivrés.* » Néanmoins, comme le soulignent S. FANTONI QUINTON et P. FRIMAT, « *ce qui paraît relativement irréaliste, dans ces dernières*

²¹⁹ HAS, « *Le Dossier médical en santé au travail* », Recommandations de bonne pratique, janvier 2009.

*recommandations, c'est la précision recommandée dans les indicateurs de traçabilité que doit dorénavant contenir le DMST, puisque la HAS liste les risques à identifier : leur nature, les périodes d'exposition, la fréquence et les niveaux d'exposition, la date et les résultats des contrôles d'exposition. »*²²⁰ Cela est difficile, voire impossible à mettre en œuvre, et « *en cas d'absence ou d'insuffisance de démarche de traçabilité, on conçoit aisément que la responsabilité des différents acteurs puisse être mise en cause. »*²²¹ Par conséquent, la responsabilité du médecin peut être recherchée en cas d'absence ou d'insuffisance d'éléments notés dans le DMST, mais également lorsque le médecin n'a pas pris les précautions nécessaires dans la formulation de ses écrits.

2/ La nécessité de vigilance du médecin du travail dans la rédaction du dossier médical en santé au travail

Lors de la constitution du DMST, le médecin du travail doit garder à l'esprit que celui-ci est susceptible d'être transmis au salarié, à ses ayants droit ou à un autre médecin. Depuis la Loi dite « Kouchner »²²², le salarié peut demander la communication de son DMST : « *Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, [...] correspondances entre professionnels de santé »*²²³. Les seules exceptions à la transmission concernent les informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique du patient ou les informations concernant des tiers²²⁴.

En cas de décès du salarié, ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité peuvent aussi demander la communication des informations figurant au sein

²²⁰ S. FANTONI QUINTON, P. FRIMAT, « *La traçabilité des expositions professionnelles : enjeux et responsabilités des acteurs* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, octobre 2011, volume 72, n°5, pages 464 à 472.

²²¹ S. FANTONI QUINTON, P. FRIMAT, « *La traçabilité des expositions professionnelles : enjeux et responsabilités des acteurs* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, octobre 2011, volume 72, n°5, pages 464 à 472.

²²² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

²²³ Article L.1111-7 du Code de la santé publique.

²²⁴ Article L.1111-7 du Code de la santé publique.

du dossier médical, « *dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.* »²²⁵

Enfin, le DSMT du salarié peut être transmis à un autre médecin. Tout d'abord, le salarié peut, à tout moment, demander la communication de son dossier au médecin de son choix. Le DSMT peut également être transmis à un autre médecin du travail dans la continuité de la prise en charge du salarié, sauf en cas de refus de ce dernier. En outre, le médecin inspecteur du travail peut, à sa demande ou en cas de risque pour la santé publique, avoir accès au DSMT du salarié²²⁶.

Parmi les différents éléments composant le dossier médical, peu d'entre eux ne sont pas communicables. Le CNOM précise qu'« *en principe tous les éléments du dossier sont communicables* » et que « *les exceptions à la communication sont peu nombreuses* ». Seuls « *les documents mettant en cause des tiers, en tout ou partie* » et « *les informations susceptibles de dévoiler un secret de fabrique ou des informations confidentielles de l'entreprise* » ne sont pas transmissibles lors de la communication du dossier médical²²⁷. Le médecin du travail peut également prendre des « notes personnelles » qui sont, quant à elles, intransmissibles, car elles « *ne sont pas destinées à être conservées, réutilisées ou le cas échéant échangées* » et « *parce qu'elles ne peuvent contribuer à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou à une action de prévention* », comme le précise l'arrêté du 5 mars 2004²²⁸. Le CNOM précise que « *ces notes personnelles qui n'ont pas à être versées ou renseignées dans le DSMT ne font pas partie du DSMT. Le médecin du travail les conserve par-devers lui sous son unique responsabilité* »²²⁹.

Le médecin du travail doit être vigilant à plusieurs égards lorsqu'il écrit dans le DSMT. Il doit veiller à y tracer l'ensemble des actions qu'il a réalisé (examens cliniques, conseils de

²²⁵ Article L.1110-4 du Code de la santé publique.

²²⁶ Article L.4624-8 du Code du travail.

²²⁷ Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Le dossier médical en santé au travail (DSMT)* », Rapport adopté par le CNOM lors de la session des 17 et 18 décembre 2015, Dr F. X. LEY.

²²⁸ Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès.

²²⁹ Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Le dossier médical en santé au travail (DSMT)* », Rapport adopté par le CNOM lors de la session des 17 et 18 décembre 2015, Dr F. X. LEY.

prévention, expositions professionnelles, etc.) afin de démontrer qu'il a rempli ses missions en cas de mise en cause éventuelle de sa responsabilité civile ou pénale.

En revanche, il ne doit pas pour autant retranscrire l'ensemble des propos tenus par le salarié ni reprendre à son compte les dires de ce dernier, sans avoir au préalable constaté lui-même la véracité des informations, par le biais par exemple d'une étude de poste. Si le médecin choisit d'inscrire dans le DMST les propos du salarié, il est préconisé de les noter entre guillemets ou de mentionner de manière expresse « *M. X me dit que* », conformément aux recommandations du CNOM²³⁰. Si le médecin ne prend pas cette précaution, en cas de plainte émanant d'un employeur, sa responsabilité déontologique pourrait être retenue par le CNOM au motif d'écrits jugés tendancieux. En principe, l'employeur n'a pas accès aux informations contenues dans le DMST du salarié, lesquelles sont soumises au secret médical, mais parfois il peut avoir accès à ces informations dans le cadre d'un litige devant le CPH. En effet, le salarié peut, s'il l'estime nécessaire, produire les éléments de son DMST afin de démontrer un état de santé dégradé en lien avec des risques professionnels auxquels il a été exposé. Afin de respecter l'un des principes directeurs du procès, à savoir le principe du contradictoire²³¹, l'employeur a en sa possession les éléments du DMST fournis par le salarié. Si l'employeur estime que les écrits du médecin du travail sont tendancieux, il pourra, en parallèle du contentieux l'opposant à son salarié devant le CPH, intenter une action devant le CDOM contre le médecin du travail. De ce fait, les éléments du DMST du salarié peuvent également constituer une ressource stratégique dans le cadre d'un contentieux auprès du Conseil de l'Ordre des médecins. Plusieurs plaintes ont d'ailleurs été émises par des employeurs contre des médecins du travail devant le CDOM en raison d'écrits considérés comme « tendancieux ». Il peut en effet être reproché au médecin du travail d'avoir fait un lien direct entre l'état de santé dégradé du salarié et ses conditions de travail, sans avoir au préalable effectué d'étude de poste et des conditions de travail permettant de démontrer ce lien de causalité. Ces plaintes seront développées ultérieurement.

²³⁰ Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Les écrits du médecin du travail et la déontologie médicale* », Rapport adopté lors de la session du CNOM de juin 2015.

²³¹ Dictionnaire juridique de Serge Braudo : « "*Le principe du respect du contradictoire*", on dit aussi "*principe du respect de la contradiction*", s'applique à tous les états de la procédure. Il exige que le demandeur informe le défendeur de sa prétention, que les parties échangent leurs conclusions et leurs pièces [...] ».

Dans l'exercice de leur mission, les médecins du travail sont également amenés à rédiger des certificats médicaux qui sont intégrés au DMST du salarié. Dans un contexte de judiciarisation des avis du médecin du travail, ces écrits doivent faire l'objet de précautions particulières. Le CNOM²³² définit le certificat médical comme « *un document établi sur papier à en-tête du médecin dont l'objet est de consigner, en termes techniques, mais compréhensibles, les constatations médicales que le médecin a été en mesure de faire lors de l'examen [...]* ». Le CNOM souligne qu'« *un tel document doit avoir un caractère purement médical. Tout au plus peut-il transcrire les doléances du patient lorsqu'elles sont nécessaires à la compréhension du certificat, en prenant soin (l'usage du conditionnel et des guillemets est la règle) de préciser qu'il s'agit des déclarations du patient.* » Le CNOM rappelle que « *le certificat est la forme normale et habituelle sous laquelle un médecin témoigne d'un état de santé qu'il a constaté dans son exercice.* » Comme tous médecins, les médecins du travail sont aussi amenés à rédiger des certificats médicaux, le plus souvent à la demande du salarié. Comme pour la rédaction du dossier médical en lui-même, le médecin du travail devra être vigilant quant à la rédaction de ces certificats, car ces derniers peuvent être produits devant le CPH dans le cadre d'un litige opposant l'employeur au salarié. Le médecin devra veiller à mentionner uniquement ses constatations médicales et il devra utiliser le conditionnel s'il est amené à retranscrire les dires du patient. Dans le cas contraire, le certificat du médecin pourrait être considéré comme tendancieux en cas de contentieux devant le CDOM. Or, le Code de la santé publique dispose que « *la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.* »²³³ Ces dernières années, les certificats médicaux rédigés par le médecin du travail ont fait l'objet de plusieurs plaintes devant le CDOM par des employeurs, lesquelles seront abordées ultérieurement.

À l'issue des visites médicales, le médecin du travail doit formaliser son avis sur une fiche d'aptitude/inaptitude ou sur une attestation de suivi, ce qui permet d'assurer la traçabilité de ses préconisations et ainsi d'en suivre la mise en œuvre par l'employeur.

²³² Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Les certificats médicaux* », Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins d'octobre 2006.

²³³ Article R.4127-28 du Code de la santé publique.

B – La traçabilité des avis émis par le médecin du travail, indispensable pour assurer l’effectivité de ses préconisations

Afin de satisfaire à sa mission de préservation de la santé des salariés, le médecin du travail émet un avis écrit à l’issue des examens médicaux en vue de s’assurer de la compatibilité entre l’état de santé du salarié et son poste de travail. L’employeur est tenu de prendre en considération les avis émis par le médecin du travail, lesquels s’imposent à lui (1). Concernant plus spécifiquement le formalisme de la procédure d’inaptitude et des recherches de reclassement par l’employeur, une jurisprudence abondante démontre l’importance de l’écrit dans ce contexte (2).

1/ Les avis émis par le médecin du travail, des écrits qui s’imposent à l’employeur

Les avis émis par le médecin du travail sont encadrés par la réglementation, imposant un formalisme particulier (a). Au fil de sa jurisprudence, la Cour de cassation est venue renforcer le poids des préconisations émises par le médecin du travail (b).

a) L’encadrement règlementaire des avis émis par le médecin du travail

Jusqu’au 31 décembre 2016, à l’issue de chaque examen médical, à l’exception de la visite médicale de préreprise, le médecin du travail émettait un avis quant à l’aptitude du salarié à occuper son poste de travail. Dorénavant, le médecin du travail émet un avis d’aptitude uniquement pour les salariés affectés à un poste présentant des risques particuliers pour leur santé ou leur sécurité, pour celles de leurs collègues ou de tiers évoluant dans l’environnement immédiat de travail²³⁴. Pour les autres salariés, une attestation de suivi leur est remise par le professionnel de santé qui a réalisé la visite²³⁵. Lorsqu’il effectue une visite, l’IDEST ne peut pas émettre d’avis. De ce fait, en cas de problématique particulière, il oriente le salarié vers le médecin du travail²³⁶ qui lui seul peut émettre des préconisations individuelles d’aménagement, d’adaptation, ou de transformation de poste ou émettre un

²³⁴ Article L.4624-2 du Code du travail.

²³⁵ Médecin du travail, collaborateur médecin ou IDEST.

²³⁶ Article L.4624-1 du Code du travail.

avis d'inaptitude. Les avis et attestations de suivi doivent être transmis au salarié et à l'employeur²³⁷ et un exemplaire est versé au dossier médical du salarié. L'employeur doit conserver son exemplaire afin de le présenter à l'inspecteur du travail et au médecin inspecteur du travail, à leur demande²³⁸. La Cour de cassation considère que l'avis émis par le médecin du travail à l'issue des visites est un avis écrit qui s'impose à l'employeur, au salarié, et au juge²³⁹ s'il n'est pas contesté par l'employeur ou par le salarié dans un délai de quinze jours auprès du CPH selon la procédure accélérée au fond²⁴⁰.

La rédaction des avis par le médecin du travail peut être un exercice d'équilibriste dans la mesure où il doit informer l'employeur des éventuelles préconisations médicales tout en respectant le secret médical. Par nature, les fiches d'aptitude/d'inaptitude et les attestations de suivi individuel ne sont pas couvertes par le secret médical, car ce sont des documents médico-administratifs. Le médecin du travail ne doit, par conséquent, y faire figurer aucune information soumise au secret médical. Pour les salariés dont l'état de santé ne nécessite aucune mesure d'aménagement de poste, une fiche d'aptitude ou une attestation de suivi leur est remise, en fonction de la nature du suivi. Cette fiche ne comporte aucune indication relative à l'état de santé des salariés. Pour les salariés dont l'état de santé nécessite des aménagements de poste, le médecin joint à la fiche d'aptitude ou à l'attestation de suivi une attestation mentionnant les mesures individuelles d'aménagement ou d'adaptation du poste de travail. Sur cette attestation, le médecin propose des adaptations, aménagements ou transformations de poste en mentionnant par exemple des contre-indications à certaines tâches (exemples : travail en hauteur prohibé, absence de possibilité de flexion des genoux, etc.). Pour les salariés dont l'état de santé nécessite un changement de poste, le médecin du travail peut émettre un avis d'inaptitude en mentionnant l'ensemble des capacités restantes du salarié en vue de son reclassement. Quoi qu'il en soit, aucune information de nature médicale ne doit figurer sur les fiches et attestations émises par le médecin du travail. Les conclusions du médecin permettent à l'employeur de satisfaire à sa propre obligation de

²³⁷ Article R.4624-14 du Code du travail.

²³⁸ Article R.4624-55 du Code du travail.

²³⁹ Cass. soc., 17 décembre 2014, n° 13-12.277, *Bull. civ.*, 2014, V, n° 310.

²⁴⁰ Articles L.4624-7 et R.4624-45 du Code du travail.

protection de la santé des salariés. L'avis du médecin du travail doit donc être le plus précis possible, tout en respectant le secret médical.

Parmi les prérogatives du médecin du travail, la possibilité de préconiser des aménagements de poste reste l'un de ses principaux leviers pour lutter contre la désinsertion professionnelle des salariés. Si l'employeur est tenu de prendre en considération l'avis du médecin du travail²⁴¹, il peut cependant demander à ce dernier des précisions quant aux aménagements préconisés, ce qui conduit à des échanges, parfois nombreux, quant aux modalités de mise en œuvre de ces aménagements. Le rôle du médecin du travail va donc au-delà de la simple proposition d'aménagement de poste. Les échanges peuvent être verbaux, mais les employeurs ont de plus en plus recours à l'écrit pour des raisons de preuve. Les préconisations du médecin du travail sont parfois difficiles à comprendre et/ou à mettre en œuvre pour l'employeur ce qui a donné lieu à l'ajout par le législateur, depuis le 1^{er} janvier 2017, d'une obligation pour le médecin du travail de procéder à un échange avec l'employeur avant toute préconisation²⁴². Cet échange permet, en principe, de réduire le nombre de situations de désaccord entre l'employeur et le médecin du travail quant à la possibilité d'aménager le poste de travail du salarié. Si l'employeur refuse de mettre en œuvre les préconisations du médecin, il doit faire connaître par écrit au salarié et au médecin du travail les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite²⁴³. L'employeur pourra alors demander au médecin du travail de revoir le salarié afin de réétudier la situation au vu de ses explications. Dans ce contexte, le médecin pourra décider de maintenir ses préconisations s'il estime que le poste de travail peut être aménagé par l'employeur et il sera alors conseillé au médecin de réaliser une étude de poste afin de vérifier la faisabilité de ses préconisations, même si cela n'est prévu par aucun texte. En revanche, si le médecin constate que l'aménagement préconisé ne peut pas être mis en œuvre par l'employeur, il pourra émettre, en dernier recours, un avis d'inaptitude.

²⁴¹ Article L.4624-6 du Code du travail.

²⁴² Article L.4624-3 du Code du travail.

²⁴³ Article L.4624-6 du Code du travail.

b) Les préconisations écrites du médecin du travail renforcées par la jurisprudence

Au fil de sa jurisprudence, la Cour de cassation est venue renforcer le poids des avis émis par le médecin du travail. Avant 2009, les juges permettaient à un employeur d'analyser un avis d'aptitude avec réserves en avis d'inaptitude si les réserves ne permettaient pas de maintenir le salarié sur son poste de travail²⁴⁴. En 2009, la jurisprudence a opéré un revirement en la matière et considère désormais que « *l'avis du médecin du travail sur l'aptitude du salarié à occuper un poste de travail s'impose aux parties* ». Elle précise qu'« *il n'appartient pas aux juges du fond de substituer leur appréciation à celle du médecin du travail* ». Cela signifie que « *le juge n'a pas à modifier la nature de l'avis médical qu'il soit un avis d'inaptitude ou d'aptitude* »²⁴⁵. La Cour de cassation poursuit en indiquant qu'« *en cas de difficulté ou de désaccord sur la portée de l'avis d'aptitude délivré par le médecin du travail, le salarié ou l'employeur peuvent exercer [un] recours [...]* »²⁴⁶. Cela signifie que l'avis du médecin du travail s'impose aux parties, y compris aux juges, s'il n'a pas fait l'objet d'une contestation dans le délai règlementaire²⁴⁷. Même si le médecin du travail émet des réserves importantes, son avis ne peut s'analyser en un avis d'inaptitude par l'employeur ou par les juges²⁴⁸.

De même, si le médecin du travail émet un avis d'inaptitude en indiquant les capacités restantes du salarié, l'employeur ne pourra pas ajouter des restrictions à l'avis du médecin du travail²⁴⁹. La Cour de cassation a renforcé le poids des avis émis par le médecin du travail en considérant que l'employeur manque à son obligation de sécurité de résultat s'il ne suit pas les préconisations du médecin du travail et qu'il n'a pas fait connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. La prise en compte de l'avis du médecin fait donc partie intégrante de l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs dans l'entreprise²⁵⁰. D'ailleurs, un salarié peut prendre acte de la rupture de son contrat de travail si l'employeur ne respecte pas les préconisations émises

²⁴⁴ Cass. soc., 14 juin 2007, n° 06-40.474, Inédit.

²⁴⁵ P. Y. VERKINDT, « *Harcèlement - Des rapports entre l'inaptitude médicale et le harcèlement moral* », La Semaine Juridique Sociale, n° 14, 6 avril 2010, 1139.

²⁴⁶ Cass. soc., 10 novembre 2009, n° 08-42.674, *Bull. civ.*, 2009, V, n° 253.

²⁴⁷ Cass. soc., 16 septembre 2009, n° 08-42.301, Inédit.

²⁴⁸ Cass. soc., 28 janvier 2010, n° 08-42.616, *Bull. civ.*, 2010, V, n° 27.

²⁴⁹ Cass. soc., 20 janvier 2010, n° 08-44.322, Inédit.

²⁵⁰ Cass. soc., 19 décembre 2007, n° 06-43.918, *Bull. civ.*, 2007, V, n° 216.

par le médecin du travail. Dans ce cadre, la prise d'acte produira les effets d'un licenciement sans cause réelle et sérieuse²⁵¹. De même, le non-respect par l'employeur de l'avis émis par le médecin du travail peut constituer un élément complémentaire permettant de démontrer sa faute inexcusable. Dans cette affaire, une salariée gardienne d'immeuble a été victime d'une agression sur son lieu de travail, reconnue en accident du travail. À la suite de cela, la salariée a demandé la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur et la Cour d'Appel de Paris reconnaît que l'employeur a « *pris quelques mesures pour éviter les risques d'agression, [mais] il n'a pas pris les mesures concrètes, nécessaires et suffisantes pour préserver la santé et la sécurité de [la salariée], alors qu'il avait parfaitement conscience du risque d'agression auquel elle était exposée en sa qualité de gardienne d'immeuble et que ce manquement de l'employeur est une cause nécessaire de l'accident, même si elle n'est pas exclusive.* » En outre, à la suite de l'accident, la Cour relève que le médecin du travail avait indiqué que la salariée devait « *reprendre sur un poste différent et éloigné du poste précédent où a eu lieu l'accident du travail* ». Or, l'employeur avait seulement muté la salariée sans lui proposer un autre poste de travail. Au vu de tous ces éléments, la Cour d'Appel de Paris a reconnu la faute inexcusable de l'employeur²⁵².

Pour conclure, l'avis du médecin du travail peut être à l'origine de contentieux entre le salarié et l'employeur lorsque ce dernier ne respecte pas les préconisations du médecin.

2/ Le formalisme de la procédure d'inaptitude et des recherches de reclassement par l'employeur

Depuis plusieurs années, le respect par le médecin du travail du formalisme de l'avis d'inaptitude fait l'objet d'un contentieux important devant le CPH (a). Les juges ont également précisé les contours des obligations de l'employeur en cas d'avis d'inaptitude, renforçant ainsi l'obligation de sécurité de résultat pesant sur lui (b).

²⁵¹ Cass. soc., 7 janvier 2015, n° 13-17.602, Inédit.

²⁵² CA Paris, 22 mai 2020, n° 18/08148.

a) *Le strict formalisme de l'avis d'inaptitude*

En cas de contentieux devant le CPH entre l'employeur et le salarié au sujet d'un avis d'inaptitude rendu par le médecin du travail, les juges sont très attentifs à la forme de ces avis et encadrent strictement les mentions devant y figurer. Lorsque le formalisme de l'avis n'est pas conforme aux dispositions du Code du travail, l'avis ne s'impose ni à l'employeur ni au salarié. De ce fait, les avis d'inaptitude, encadrés rigoureusement par la réglementation, ont fait l'objet de nombreux contentieux. Jusqu'au 31 décembre 2016, le médecin du travail ne pouvait constater l'inaptitude du salarié qu'à la condition d'avoir réalisé une étude de poste et des conditions de travail ainsi que deux examens médicaux espacés d'au moins deux semaines²⁵³. La jurisprudence constante considérait que « *le licenciement prononcé en raison de l'état de santé d'un salarié dont l'inaptitude n'a pas été constatée [...] à l'issue de deux examens médicaux espacés d'un délai minimum de deux semaines est nul* »²⁵⁴.

Auparavant, deux exceptions réglementaires prévoyaient que l'inaptitude puisse être constatée à l'issue d'un unique examen médical. La première exception prévoyait que « *lorsque le maintien du salarié à son poste de travail entraîne un danger immédiat pour sa santé ou sa sécurité ou celles des tiers [...], l'avis d'inaptitude médicale peut être délivré en un seul examen.* »²⁵⁵ L'appréciation du caractère de « danger immédiat » appartient au médecin du travail, le Code du travail n'en apportant pas de définition. La Cour de cassation, à l'occasion d'un grand nombre de contentieux, a encadré cette procédure en imposant au médecin du travail un formalisme tout particulier. Afin que l'avis d'inaptitude pour « danger immédiat » soit opposable au salarié et à l'employeur, la jurisprudence considérait que la situation de danger immédiat devait résulter de l'avis du médecin du travail. Ainsi, le médecin devait soit avoir mentionné la situation de danger immédiat sur l'avis d'inaptitude, soit il devait avoir fait référence expressément à l'article R.4624-31 du Code du travail tout en précisant explicitement qu'une seule visite était nécessaire. Ainsi, la seule mention de l'article R.4624-31 du Code du travail, sans précision supplémentaire, ne suffisait pas pour caractériser

²⁵³ Article R.4624-31 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

²⁵⁴ Cass. soc., 20 septembre 2006, n° 05-40.241, *Bull. civ.*, 2006, V, n° 275, commentaire de P. Y. VERKINDT, « *Inaptitude - Protection du salarié médicalement inapte à son poste de travail* », *La Semaine Juridique Sociale*, n° 46, 14 novembre 2006, 1890.

²⁵⁵ Article R.4624-31 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

le danger immédiat²⁵⁶. La Cour de cassation a également précisé que ces indications devaient être portées sur la fiche d'inaptitude et non dans un courrier séparé, adressé à l'employeur²⁵⁷. La seconde exception, issue du décret du 30 janvier 2012²⁵⁸ prévoyait que « *lorsqu'un examen de préreprise a eu lieu dans un délai de trente jours au plus, l'avis d'inaptitude médicale peut être délivré en un seul examen.* »²⁵⁹. La Cour de cassation n'a pas eu l'occasion de se prononcer sur les contours de cette procédure ni sur les mentions devant figurer sur l'avis d'inaptitude. Depuis le 1^{er} janvier 2017, ces deux exceptions ne sont plus prévues par les textes, car le médecin du travail peut, par principe, constater l'inaptitude du salarié en un seul examen médical. Lorsque le médecin estime qu'un second examen est nécessaire à la détermination de l'inaptitude, cet examen doit avoir lieu au plus tard quinze jours après le premier examen²⁶⁰. D'autre part, dorénavant, le formalisme de l'avis d'inaptitude impose au médecin du travail d'indiquer la date à laquelle la fiche d'entreprise a été actualisée ainsi que la date de l'échange préalable avec l'employeur. Le formalisme de cette nouvelle procédure d'inaptitude fera certainement l'objet de jurisprudences de la Cour de cassation dans les années à venir.

Dans le cadre d'un avis d'inaptitude, le médecin du travail a également un rôle à jouer au sujet de la détermination d'un lien potentiel avec un AT ou une MP. Néanmoins, cela étant lourd de conséquences pour le salarié comme pour l'employeur, le rôle du médecin dans ce domaine reste limité. Lorsqu'un salarié est déclaré inapte à son poste de travail et que la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) estime que cela est en lien avec un AT ou une MP, le salarié peut percevoir une indemnité temporaire d'inaptitude (ITI) versée par la sécurité sociale pour une durée d'un mois, débutant à compter de la déclaration de l'inaptitude. Pour cela, le médecin du travail remet au salarié le formulaire de demande d'ITI lorsqu'il estime que l'inaptitude du salarié est susceptible d'être en lien avec un accident ou une maladie d'origine professionnelle reconnu²⁶¹. Le salarié doit ensuite remettre un volet de

²⁵⁶ Cass. soc., 19 janvier 2005, n° 03-40.765, *Bull. civ.*, 2005, V, n° 7, p. 6 ; Cass. soc. 11 mai 2005, n° 03-45.174, *Bull. civ.*, 2005, V, n° 155, p. 134.

²⁵⁷ Cass. soc., 16 décembre 2010, n° 09-66.954, *Bull. civ.*, 2010, V, n° 300.

²⁵⁸ Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail.

²⁵⁹ Article R.4624-31 du Code du travail.

²⁶⁰ Articles L.4624-4 et R.4624-42 du Code du travail.

²⁶¹ Article R.4624-56 du Code du travail.

l'ITI à son employeur et un autre à la CPAM. Le seul rôle du médecin du travail est de remettre ce document au salarié afin de lui permettre de faire valoir ses droits. En revanche, il ne relève pas des missions du médecin du travail d'indiquer directement à l'employeur s'il estime que l'inaptitude est en lien avec un AT ou une MP. Cette mention ne doit donc pas figurer au sein de l'avis d'inaptitude. Comme le précisent certains auteurs, « *Même si les demandes sont fréquentes, il n'entre a priori pas dans les attributions du médecin du travail de déroger au secret médical pour donner des renseignements à l'employeur afin de lui indiquer si l'inaptitude a pour origine ou non l'AT ou la MP* »²⁶². La décision de la remise du formulaire d'ITI relève de l'indépendance professionnelle du médecin du travail. En pratique, le médecin du travail peut remettre le formulaire d'ITI au salarié même si l'inaptitude ne fait pas directement suite à un arrêt de travail pour AT ou MP. Il suffit que l'inaptitude ait un lien avec un AT ou une MP reconnu.

La nature de l'inaptitude (origine professionnelle ou non) entraîne des conséquences différentes pour l'employeur et pour le salarié. Lorsque l'inaptitude est liée à un AT ou à une MP, l'employeur doit, s'il procède au licenciement du salarié pour impossibilité de reclassement, verser à ce dernier une indemnité compensatrice d'un montant égal à celui de l'indemnité compensatrice de préavis, ainsi qu'une indemnité spéciale de licenciement qui, sauf dispositions conventionnelles plus favorables, est égale au double de l'indemnité légale de licenciement²⁶³. La jurisprudence est venue préciser que « *les règles protectrices applicables aux victimes d'un AT ou d'une MP s'appliquent dès lors que l'inaptitude du salarié, quel que soit le moment où elle est constatée et 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* »²⁶⁴. N'ayant aucune information explicite quant à l'origine de l'inaptitude, l'employeur doit s'appuyer sur différents indices lui permettant d'établir le lien entre l'inaptitude et un AT ou une MP. La remise du formulaire d'ITI par le médecin du travail constitue un indice permettant à l'employeur de déterminer la nature de l'inaptitude. Dans le cadre de la détermination du lien entre l'inaptitude et un AT ou une MP, le rôle du médecin du travail reste donc limité à la remise du formulaire d'ITI. En cas de

²⁶² S. FANTONI QUINTON, A. CHATFIELD, J.M. BRILLET, D. JOSEPH, F. DERENONCOURT, P. FRIMAT, « *La procédure d'inaptitude et son environnement jurisprudentiel* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, décembre 2005, volume 66, n°6, pages 555 à 563.

²⁶³ Article L.1226-14 du Code du travail.

²⁶⁴ Cass. soc., 24 juin 2015, n° 13-28.460, Inédit.

contentieux entre le salarié et l'employeur devant le CPH, il appartient aux juges du fond de rechercher le lien de causalité entre l'inaptitude et un AT ou une MP. La Cour de cassation considère que l'avis des juges « *n'est pas subordonné à la reconnaissance par la caisse primaire d'assurance maladie du lien de causalité entre l'accident du travail et l'inaptitude* »²⁶⁵.

Si le formalisme lié à l'avis d'inaptitude a fait l'objet d'une jurisprudence abondante, il en est également de même concernant les obligations de l'employeur postérieurement à l'avis d'inaptitude rendu par le médecin du travail.

b) La traçabilité de la recherche de reclassement par l'employeur

L'avis d'inaptitude émis par le médecin du travail génère une obligation légale de recherche de reclassement à la charge de l'employeur à l'égard du salarié déclaré inapte. Si cette obligation incombe à l'employeur, le législateur et la jurisprudence accordent une place importante au médecin du travail dans le processus de reclassement du salarié déclaré inapte²⁶⁶.

Tout d'abord, le législateur indique que l'employeur doit prendre en considération « *les conclusions écrites du médecin du travail et les indications qu'il formule sur les capacités du salarié à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise.* »²⁶⁷ L'employeur doit s'assurer que l'avis écrit du médecin du travail est suffisamment précis pour lui permettre de remplir ses obligations. En effet, la Cour de cassation précise que l'employeur doit prendre en considération les propositions du médecin du travail, au besoin en le sollicitant²⁶⁸. Les précisions écrites du médecin du travail quant aux capacités restantes du salarié sont donc indispensables pour permettre à l'employeur de satisfaire à son obligation de recherche de reclassement.

Jusqu'au 31 décembre 2016, si le médecin du travail émettait un avis d'inaptitude à tout poste dans l'entreprise, l'employeur devait tout de même effectuer une recherche de

²⁶⁵ Cass. soc., 18 janvier 2017, n° 15-18.903, Inédit.

²⁶⁶ E. WURTZ, S. FANTONI QUINTON, « *La place du médecin du travail dans le processus de reclassement du salarié déclaré inapte à son poste de travail* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, juin 2015, volume 76, n° 3, pages 279 à 283.

²⁶⁷ Articles L.1226-2 et L.1226-10 du Code du travail.

²⁶⁸ Cass. soc., 9 mai 1995, n° 91-43.749, *Bull. civ.*, 1995, V, n° 149, p. 110 ; Cass. soc., 28 juin 2006, n° 04-47.746, *Bull. civ.*, 2006, V, n° 229, p. 219.

reclassement²⁶⁹. Par la suite, la Cour de cassation est venue préciser que face à un tel avis, si l'employeur consulte de nouveau le médecin du travail sur les mesures envisageables pour reclasser le salarié et que le médecin confirme par retour de courrier qu'aucune proposition de reclassement n'est envisageable, l'employeur sera réputé avoir rempli son obligation²⁷⁰. Depuis le 1^{er} janvier 2017, si le médecin du travail indique expressément dans son avis que « *tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé* » ou que « *l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi* », l'employeur est alors dispensé de recherche de reclassement²⁷¹. Cette mention doit figurer au sein même de l'avis d'inaptitude et nous pouvons anticiper que si la Cour de cassation est interrogée à l'avenir à ce sujet, il y a fort à parier qu'elle considérera que cette mention ne peut pas être apportée par le médecin du travail postérieurement au constat de l'inaptitude.

Comme le souligne le Professeur VERKINDT, « *la précipitation n'est pas de mise* »²⁷² concernant les recherches de reclassement par l'employeur. En effet, la Cour de cassation considère que les efforts de recherche de reclassement sont appréciés à compter de la constatation de l'inaptitude du salarié. En ce sens, les recherches entre la première et la seconde visite, si elles n'ont pas été poursuivies après la seconde visite, sont inopérantes²⁷³. Cela s'explique par le fait que les conclusions écrites et définitives du médecin sont émises lors du second avis ou lors de l'examen unique, le cas échéant. En pratique, comme le souligne le Professeur VERKINDT, « *le délai de deux semaines entre les deux examens peut être mis à profit par l'entreprise pour commencer, parfois avec l'aide du service de santé au travail, le processus d'étude des modifications ou adaptations du ou des postes* »,²⁷⁴ mais cela doit se poursuivre à la suite du constat définitif de l'inaptitude par le médecin du travail.

La jurisprudence a également spécifié que dans le cadre de sa recherche de reclassement l'employeur doit solliciter le médecin du travail lui-même. Il ne peut pas interroger un autre

²⁶⁹ Cass. soc. 20 mars 2013, n° 12-10.101, Inédit ; Cass. soc., 7 juillet 2004, n° 02-47.458, *Bull. civ.*, 2004, V, n° 196, p. 184.

²⁷⁰ Cass. soc., 5 octobre 2016, n° 15-16.429, Inédit.

²⁷¹ Articles L.1226-2-1 et L.1226-12 du Code du travail.

²⁷² P. Y. VERKINDT, « *Licenciement pour motif personnel – inaptitude médicale du salarié et reclassement : la Cour de cassation garde le Cap* », JCP, La semaine juridique, Edition sociale, n° 50, 8 décembre 2015.

²⁷³ Cass. soc., 4 novembre 2015, n° 14-11.879, *Bull. civ.*, 2016, n° 839, *Soc.*, n° 426.

²⁷⁴ P. Y. VERKINDT, « *Licenciement pour motif personnel – inaptitude médicale du salarié et reclassement : la Cour de cassation garde le Cap* », JCP, La semaine juridique, Edition sociale, n° 50, 8 décembre 2015.

médecin afin de l'aider à identifier les postes susceptibles d'être proposés au salarié, en tout cas pas sans avoir au préalable sollicité le médecin du travail. Dans cette affaire, l'employeur s'était « *adjoind les compétences d'un médecin, qui n'était pas le médecin du travail* » afin d'analyser les postes de travail. La Cour de cassation a décidé que « *la consultation d'un médecin autre que le médecin du travail ne pouvait être substituée à celle de celui-ci* »²⁷⁵.

L'obligation de reclassement de l'employeur n'est pas une obligation de résultat, mais une obligation de moyen renforcée, l'employeur devant « *établir la réalité et le sérieux de ses recherches* ». De fait, « *Est donc sans cause réelle et sérieuse le licenciement prononcé par un employeur qui n'apporte aucun élément pour établir ses tentatives de reclassement* »²⁷⁶. La jurisprudence considère que la preuve de l'impossibilité du reclassement incombe à l'employeur²⁷⁷. L'employeur doit donc apporter des preuves « *concrètes et vérifiables* »²⁷⁸ afin de prouver qu'il ne peut pas reclasser le salarié. La Cour de cassation est venue préciser que « *la preuve des recherches de reclassement peut être apportée par tous moyens* »²⁷⁹. En 2015, la Cour de cassation a précisé que « *les réponses apportées, postérieurement au constat régulier de l'inaptitude, par [le] médecin [du travail] sur les possibilités éventuelles de reclassement concourent à la justification par l'employeur de l'impossibilité de remplir cette obligation* »²⁸⁰. Pour des raisons de preuve, l'employeur devra tracer par écrit ses recherches de reclassement afin de démontrer le sérieux dont il a fait preuve dans ses recherches.

Au vu de la jurisprudence, nous pouvons affirmer que le rôle du médecin du travail ne s'interrompt pas après le constat de l'inaptitude. Les précisions apportées par le médecin postérieurement à l'avis d'inaptitude sont indispensables pour permettre à l'employeur de satisfaire à son obligation de reclassement. Dans un souci de traçabilité des échanges, en vue notamment de se prémunir contre un éventuel contentieux, les échanges entre l'employeur et le médecin du travail après la déclaration de l'inaptitude se font par écrit. Par ailleurs, un

²⁷⁵ Cass. soc., 28 juin 2006, n° 04-47.672, *Bull. civ.*, 2006, V, n° 230, p. 220.

²⁷⁶ S. FANTONI QUINTON, « *Etendue et limites de l'obligation de reclassement à l'égard des personnes présentant une inaptitude en France* », PISTES, 12 janvier 2010.

²⁷⁷ Cass. soc., 7 juillet 2004, n° 02-47.686, *Bull. civ.*, 2004, V, n° 194, p.182 ; Cass. soc., 7 juillet 2004, n° 03-43.906, *Bull. civ.*, 2004, V, n° 194, p. 182.

²⁷⁸ S. FANTONI QUINTON, « *Etendue et limites de l'obligation de reclassement à l'égard des personnes présentant une inaptitude en France* », PISTES, 12 janvier 2010.

²⁷⁹ Cass. soc., 19 octobre 2007, n° 06-42.963, Inédit.

²⁸⁰ Cass. soc., 15 décembre 2015, n° 14-11.858, *Bull. civ.*, 2016, n° 841, *Soc.*, n° 596.

écrit est nécessaire dans ce contexte dans la mesure où, comme le précise le CNOM²⁸¹, le salarié doit également être destinataire des précisions apportées par le médecin du travail à l'employeur dans le cadre de la recherche de reclassement.

L'employeur n'est pas le seul interlocuteur du médecin du travail dans le cadre du suivi individuel de l'état de santé des salariés. Le médecin est également amené à échanger par écrit avec certains de ses confrères, même si ces échanges restent limités et sont strictement encadrés.

C – Des échanges écrits strictement réglementés entre le médecin du travail et ses confrères pour garantir le secret médical

Dans le cadre du suivi individuel de l'état de santé du salarié, le médecin du travail peut être amené à échanger avec d'autres médecins à propos d'un salarié. Cependant, ces échanges restent limités en raison du secret médical. Sous certaines conditions, les échanges entre le médecin du travail et le ou les médecins choisis par le salarié sont tolérés par le CNOM (1). Les échanges entre le médecin du travail et le médecin-conseil de la sécurité sociale sont, quant à eux, strictement encadrés par la réglementation (2).

1/ Des échanges limités entre le médecin du travail et les médecins du salarié

Dans le cadre du suivi médical d'un patient, le Code de la santé publique encadre le partage d'informations médicales²⁸². Plusieurs médecins peuvent s'échanger des informations au sujet d'un patient dans la mesure où « *ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations [sont] strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social* ». Le Code de la santé publique ajoute que « *lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins [...] ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.* » En revanche, les professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins ne peuvent pas partager les

²⁸¹ Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Le dossier médical en santé au travail (DMST)* », Rapport adopté par le CNOM lors de la session des 17 et 18 décembre 2015, Dr F. X. LEY.

²⁸² Article L.1110-4 du Code de la santé publique.

informations relatives à un patient sans son accord préalable. Par conséquent, cela exclut le libre partage d'informations entre le médecin du travail et le médecin traitant et/ou le(s) médecin(s) spécialiste(s) du salarié étant donné qu'ils ne font pas partie de la même équipe de soins.

De ce fait, l'accord du salarié est nécessaire s'ils souhaitent échanger des informations médicales et le salarié doit être informé de tous les échanges à son sujet entre le médecin du travail et un autre médecin. D'ailleurs, le CNOM²⁸³ rappelle que « *les courriers [du médecin du travail] destinés aux médecins traitants transiteront obligatoirement par le salarié. Ils se justifient chaque fois que l'éclairage sur un contexte professionnel est nécessaire à la prise en charge thérapeutique.* » En pratique, le médecin du travail remettra au salarié le courrier à destination du médecin traitant et/ou du médecin spécialiste, courrier que le salarié décidera ensuite de transmettre ou non à son médecin.

De même, lorsque le médecin du travail prescrit ou réalise des examens complémentaires pour un salarié, le CNOM²⁸⁴ rappelle que « *ces demandes doivent également transiter par le salarié et il est recommandé que le médecin du travail rappelle à ses confrères que les résultats ne peuvent lui être communiqués qu'avec l'accord du salarié.* » Ces examens complémentaires ont pour objet d'aider le médecin du travail à déterminer la compatibilité entre le poste de travail et l'état de santé du travailleur, dépister une maladie professionnelle ou dépister des maladies dangereuses pour l'entourage du salarié²⁸⁵.

Dans ce contexte, la confiance entre le médecin du travail et le salarié apparaît essentielle. Sans cette confiance, le médecin du travail ne pourra ni échanger avec ses confrères ni recevoir les résultats des examens complémentaires qu'il a lui-même prescrits, ce qui limitera très fortement ses connaissances relatives à l'état de santé du salarié. Ainsi, le médecin du travail ne sera pas toujours en mesure d'émettre un avis éclairé quant à la compatibilité entre l'état de santé du salarié et son poste de travail, ce qui sera nécessairement défavorable à la préservation de l'état de santé du salarié au vu des expositions aux risques professionnels.

²⁸³ Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Les écrits du médecin du travail et la déontologie médicale* », Rapport adopté lors de la session du CNOM de juin 2015.

²⁸⁴ Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Les écrits du médecin du travail et la déontologie médicale* », Rapport adopté lors de la session du CNOM de juin 2015.

²⁸⁵ Article R.4624-35 du Code du travail.

Malheureusement, le médecin du travail est, à ce jour, très peu intégré dans le parcours de santé du salarié. Néanmoins, nous pouvons constater un progrès récent dans ce domaine, car à la suite du déploiement du Dossier médical partagé (DMP), la Loi du 24 juillet 2019²⁸⁶ a prévu que le médecin du travail puisse y verser des éléments médicaux. Cette disposition entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2021, mais il faut préciser que le médecin du travail ne pourra qu'alimenter le DMP, mais il ne sera pas possible pour lui de le consulter.

Dans le cadre de son activité, le médecin du travail peut également être amené à échanger des informations avec le médecin-conseil de la sécurité sociale, mais une fois encore, cela se limite à certaines situations visées par la Loi.

2/ Des échanges entre le médecin du travail et le médecin-conseil de la sécurité sociale strictement encadrés par la Loi

Conformément aux dispositions du Code de la santé publique²⁸⁷, le médecin du travail doit faciliter l'obtention par le salarié des avantages sociaux auxquels il a droit. Il peut donc, sauf en cas d'opposition du salarié, communiquer au médecin-conseil des organismes d'assurance maladie les renseignements médicaux strictement indispensables à la mission de ce médecin. De plus, le médecin-conseil a accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, aux informations médicales concernant un assuré lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de sa mission²⁸⁸. Par conséquent, le médecin du travail peut être amené à délivrer des informations au médecin-conseil de la sécurité sociale après avoir reçu un salarié en visite médicale de préreprise (a) ou dans le cadre de l'instruction d'une maladie professionnelle (b).

a) Les échanges entre le médecin du travail et le médecin-conseil de la sécurité sociale à l'issue de la visite médicale de préreprise

Le médecin conseil de la sécurité sociale peut demander l'organisation d'une visite médicale de préreprise pour les salariés en arrêt de travail depuis plus de trois mois afin d'obtenir l'avis du médecin du travail sur la capacité du salarié à reprendre son poste de

²⁸⁶ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

²⁸⁷ Article R.4127-50 du Code de la santé publique.

²⁸⁸ Article L.1112-1 du Code de la santé publique ; article L.315-1 du Code de la sécurité sociale.

travail. Le médecin-conseil de la sécurité sociale doit informer le salarié et son médecin traitant de son initiative²⁸⁹. Lors de l'examen de préreprise, « *le médecin du travail peut recommander 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* »²⁹⁰. Ces recommandations sont ensuite transmises par le médecin du travail à l'employeur ainsi qu'au médecin-conseil, sauf en cas d'opposition du salarié²⁹¹. Quoi qu'il en soit, le Code de la sécurité sociale précise que le médecin du travail doit communiquer au médecin-conseil « *les éléments pertinents à prendre en compte* » sous vingt jours²⁹². Ces échanges sont formalisés sur un formulaire Cerfa spécifique²⁹³ lorsque la reprise d'activité fait suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. Le médecin du travail doit alors remettre au médecin-conseil de la sécurité sociale le document rempli, sous pli confidentiel. Le médecin émet un avis médical sur la possibilité prévisible du salarié à reprendre son poste de travail et indique les mesures à prendre si nécessaire (aménagement du poste, mise en place d'un temps partiel thérapeutique, contrat de rééducation professionnelle, reclassement, etc.). En revanche, si la visite de préreprise fait suite à une maladie « ordinaire », aucun Cerfa n'est prévu, l'échange d'informations entre le médecin du travail et le médecin-conseil s'effectue de manière informelle, même si l'écrit reste préconisé.

En pratique, après analyse des situations rencontrées par les médecins du travail à l'ACMS, il apparaît que les échanges avec le médecin-conseil de la sécurité sociale dans le cadre d'une visite de préreprise sont d'ordinaire limités aux situations de potentielle interruption des indemnités journalières versées au salarié.

Le médecin du travail est également sollicité par le médecin-conseil de la sécurité sociale lors de l'instruction d'une maladie professionnelle.

²⁸⁹ Article D.323-3 du Code de la sécurité sociale ; article R.4624-29 du Code du travail.

²⁹⁰ Article R.4624-30 du Code du travail.

²⁹¹ Article R.4624-30 du Code du travail.

²⁹² Article D.323-3 du Code de la sécurité sociale.

²⁹³ Cerfa n° 60-3823.

b) Les réponses apportées au médecin-conseil de la sécurité sociale dans le cadre de l'instruction d'une maladie professionnelle

Lorsqu'un salarié estime que la pathologie dont il souffre est susceptible d'être en lien avec un ou plusieurs risques auxquels il est exposé dans le cadre de son activité professionnelle, il adresse à la CPAM une demande de prise en charge, dans un délai de quinze jours à compter de la cessation du travail²⁹⁴. La Cour de cassation rappelle également que « l'action en reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie peut être engagée dans le délai de deux ans qui suit la date à laquelle la victime ou ses ayants droit ont été informés par un certificat médical du lien possible entre la maladie et l'activité professionnelle »²⁹⁵. Le dossier de demande de prise en charge est notamment composé du certificat médical de déclaration de maladie professionnelle²⁹⁶ rempli par le médecin du salarié²⁹⁷. Ce certificat médical peut être rempli par tout médecin, ce qui signifie par conséquent que le médecin du travail est également habilité à le faire. Afin d'instruire le dossier de maladie professionnelle, la CPAM demande un avis motivé au médecin du travail de la ou des entreprises où la victime est ou a été employée. Le médecin émet, dans un délai d'un mois, un avis écrit concernant la maladie et la réalité de l'exposition de la victime à un risque professionnel présent dans l'entreprise²⁹⁸, lequel est transmis au service médical sous pli confidentiel. Le formulaire transmis aux médecins du travail par la CPAM est identique, quel que soit le type de maladie professionnelle. Dans le cadre des maladies susceptibles d'être en lien avec des risques psychosociaux dans l'entreprise, le médecin doit se montrer vigilant quant à la rédaction de ses réponses et il doit notamment veiller à éviter d'établir un lien direct entre la maladie du salarié et les conditions de travail s'il n'a pas personnellement constaté un lien de causalité.

L'écrit constitue le support essentiel des actions du médecin du travail dans le cadre du suivi individuel des salariés. Ces écrits sont indispensables à l'employeur pour lui permettre de satisfaire à son obligation légale de préservation de la santé des salariés via les préconisations individuelles d'aménagement de poste ou de reclassement proposées par le médecin du

²⁹⁴ Article R.461-5 du Code de la sécurité sociale.

²⁹⁵ Cass. civ. 2^e, 19 juin 2014, n° 13-18.116, Inédit.

²⁹⁶ Cerfa n° 6039-50.

²⁹⁷ Article R.441-14 du Code de la sécurité sociale.

²⁹⁸ Article D.461-29 du Code de la sécurité sociale.

travail. En ce qui concerne les relations entre le médecin du travail et le salarié, l'écrit permet au salarié d'avoir accès, par le biais de son dossier médical, à la traçabilité de son état de santé, des expositions professionnelles auxquelles il est ou a été exposé²⁹⁹ ainsi que des conseils de prévention délivrés. Les écrits du médecin représentent le support essentiel pour prévenir les risques professionnels et ainsi éviter la dégradation de l'état de santé des salariés, mais ils constituent également la mémoire de l'exposition professionnelle des salariés et peuvent, à ce titre, fonder le support d'une action contentieuse entre le salarié et l'employeur notamment en cas de maladie en lien avec les conditions de travail et les risques professionnels.

Face au développement des actions sur le milieu de travail, le droit positif a également renforcé les obligations du médecin du travail en termes de traçabilité de ses actions collectives.

§2 – Le droit positif renforce la traçabilité des actions du médecin du travail dans le cadre des actions sur le milieu de travail

Autour du suivi individuel de l'état de santé des salariés, l'approche collective de la santé au travail s'est développée afin d'améliorer la prévention primaire des risques professionnels en entreprise. Les actions sur le milieu du travail ont, en théorie, pris une place de premier ordre en ce qui concerne la préservation de l'état de santé des salariés et sont désormais placées au cœur des missions du médecin du travail. Ces actions sont conduites par les membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, sous l'autorité du médecin du travail : « *La pluridisciplinarité est constituée par l'intervention de plusieurs spécialistes de disciplines différentes* »³⁰⁰. Chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire a des compétences spécifiques, ce qui permet au médecin du travail d'avoir une connaissance plus étendue des risques professionnels spécifiques de l'entreprise et ainsi de proposer à l'employeur des

²⁹⁹ « *La traçabilité peut être définie, selon la norme ISO 8402, comme « l'aptitude à retrouver l'historique, l'utilisation ou la localisation d'un produit ou d'une activité (ou de façon plus large comme l'historique de la « vie » de biens, de services ou de personnes) au moyen d'informations enregistrées* » - A. GORVEL, « *Traçabilité des expositions professionnelles : colloque de l'Institut national de médecine agricole (INMA), Tours, 27 janvier 2012* », INRS, juin 2012, n° 130.

³⁰⁰ « *La pluridisciplinarité* », Les cahiers S.M.T, n° 19, juin 2004.

mesures pertinentes et adaptées destinées à supprimer ou réduire ces risques. Ce travail en équipe a pris une place prépondérante au sein de la logique de santé au travail. En effet, la volonté d'une coopération entre les différents acteurs de la santé au travail a été portée par les différentes réformes relatives à la santé au travail. La notion de pluridisciplinarité dans le domaine de la santé au travail est apparue tout d'abord au sein de la directive-cadre européenne du 12 juin 1989³⁰¹ avant de faire son entrée dans le droit français. La volonté d'une démarche pluridisciplinaire repose avant tout sur l'objectif d'améliorer notre système de prévention des risques professionnels. Même si la notion est ancienne, l'instauration d'une véritable démarche pluridisciplinaire au sein des services de santé au travail est relativement récente et le travail en équipe reste aujourd'hui encore à renforcer pour une efficacité optimale. À ce titre, les services de santé au travail doivent depuis quelques années « *gérer la tension engendrée par la pluridisciplinarité entre le rôle proprement médical et l'intervention sur le milieu de travail, entre les médecins et les autres participants aux services de santé* »³⁰². En ce sens, la Loi du 20 juillet 2011³⁰³ a instauré, pour les services de santé au travail interentreprises, l'obligation de constituer au moins une équipe pluridisciplinaire. Cette équipe assurant les missions du service de santé au travail comprend des médecins du travail, des collaborateurs médecins, des internes en médecine du travail, des IPRP (ergonome, technicien ou ingénieur HSE, psychologue du travail, etc.), et des IDEST. Ces équipes peuvent être complétées par des assistants de services de santé au travail. La Loi du 20 juillet 2011 a également renforcé le rôle du médecin du travail en lui confiant la délicate mission d'animer et de coordonner l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail. L'objectif de cette réforme est de « *favoriser la formation d'une culture pluridisciplinaire et d'une communauté d'objectifs partagée entre les professionnels travaillant dans le service de santé au travail, pour éviter que la pluridisciplinarité ne se réduise à une juxtaposition des compétences* »³⁰⁴. Avec l'appui de l'équipe pluridisciplinaire, le médecin du travail conseille l'employeur et les représentants du personnel sur la prévention des risques professionnels dans l'entreprise³⁰⁵.

³⁰¹ Directive-cadre n° 89/391 CEE 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.

³⁰² P. Y. VERKINDT, « *L'irrésistible ascension du droit de la santé au travail* », La Semaine Juridique, Edition sociale, n° 26, 30 juin 2015.

³⁰³ Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

³⁰⁴ Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail.

³⁰⁵ Article R.4623-1 du Code du travail.

Par conséquent, dans le cadre de sa mission, le médecin du travail sera amené à émettre des préconisations collectives à l'employeur. Ces avis, encadrés par la réglementation et par la jurisprudence, sont principalement écrits. La mission première du médecin du travail est d'identifier et d'analyser les risques professionnels afin de conseiller au mieux l'employeur dans sa démarche de prévention (A). Cette démarche de prévention devant être menée en coopération avec les membres du Comité social et économique (CSE), le médecin participe également aux réunions du CSE afin de leur apporter tous les conseils adéquats en vue de préserver la santé des salariés (B).

A – La traçabilité de l'identification et de l'analyse des risques professionnels par le médecin du travail

Dès la création de la médecine du travail, il était prévu que le médecin du travail puisse se rendre sur les lieux de travail afin de surveiller les conditions d'hygiène du travail³⁰⁶, mais aucun temps minimal n'était instauré pour permettre au médecin du travail de réaliser cette mission. En 1979, le décret relatif au fonctionnement des services médicaux du travail³⁰⁷ prévoit que le médecin du travail doit consacrer le tiers de son temps de travail aux actions sur le milieu de travail. Pour ce faire, le médecin du travail dispose d'un libre accès aux lieux de travail, libre accès qui, depuis le 1^{er} janvier 2017³⁰⁸, a été étendu aux professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire, sous l'autorité du médecin du travail³⁰⁹. Ce dernier peut réaliser des visites à sa propre initiative, à celle de l'employeur ou à celle du CSE³¹⁰. Les actions sur le milieu de travail permettent au médecin du travail d'assister l'employeur dans sa démarche de prévention primaire des risques professionnels. Le Code du travail liste de manière non exhaustive les actions sur le milieu de travail réalisées par l'équipe pluridisciplinaire³¹¹. Cette liste comprend notamment l'élaboration et la mise à jour de la fiche d'entreprise (a), ou encore la visite des lieux de travail et les études de postes en vue de

³⁰⁶ Décret n° 52-1263 du 27 novembre 1952 portant application de la loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail, modifié par le décret n° 53-1086 du 31 octobre 1953 - article 16.

³⁰⁷ Décret n° 79-231 du 20 mars 1979 modifiant le Code du travail et relatif à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux du travail.

³⁰⁸ Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail.

³⁰⁹ Professionnels de santé : médecin du travail, collaborateur médecin, interne en médecine du travail, IDEST.

³¹⁰ Article R.4624-3 du Code du travail.

³¹¹ Article R.4624-1 du Code du travail.

l'amélioration des conditions de travail, de leur adaptation dans certaines situations ou du maintien dans l'emploi (b). En cas de risque pour la santé des travailleurs, le médecin doit effectuer un signalement auprès de l'employeur et lui proposer des mesures visant à réduire ou à supprimer ce risque (c).

a) La fiche d'entreprise, un levier efficace permettant à l'employeur d'élaborer une démarche de prévention des risques professionnels ?

Pour chaque entreprise ou établissement dont il a la charge, le médecin du travail, avec l'appui des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail, établit et met à jour une fiche d'entreprise ou d'établissement sur laquelle figurent, les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés³¹². L'obligation pour le médecin du travail de réaliser une fiche d'entreprise n'est pas récente, mais c'est seulement depuis le 1^{er} janvier 2006 que l'obligation concerne toutes les entreprises, quel que soit leur effectif³¹³. La fiche « est établie dans l'année qui suit l'adhésion de l'entreprise » au service de santé au travail³¹⁴ et doit être mise à jour régulièrement.

Il s'agit d'un document écrit permettant au médecin du travail et aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire de tracer l'identification et l'analyse des risques professionnels propres à une entreprise ou à un établissement. La fiche d'entreprise offre une vision globale des risques inhérents à l'entreprise même si elle « n'est pas, en soi, un outil de prévention des risques professionnels³¹⁵ ». L'employeur peut s'appuyer sur les informations contenues dans cette fiche pour établir son document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). En effet, le médecin inscrit dans la fiche d'entreprise l'ensemble des risques professionnels qu'il a constatés ou qu'un autre membre de l'équipe a constatés au sein d'un établissement. Le constat des risques peut s'effectuer de différentes manières, et nous pouvons notamment citer la réalisation de mesures métrologiques³¹⁶, ce consiste par exemple

³¹² Article R.4624-46 du Code du travail.

³¹³ Auparavant cette obligation ne concernait que les entreprises de plus de dix salariés.

³¹⁴ Article R.4624-47 du Code du travail.

³¹⁵ S. FANTONI QUINTON, V. GENTY, « L'employeur, le médecin du travail et la protection de la santé des travailleurs : deux acteurs aux responsabilités différentes », Semaine sociale Lamy, 26 mai 2015, n° 1678.

³¹⁶ Article R.4624-1 du Code du travail.

à prendre dans l'établissement la mesure du bruit, de la température, de la luminosité, des poussières, etc. En fonction des résultats obtenus, le médecin peut ensuite proposer à l'employeur des mesures destinées à supprimer ou à réduire les risques constatés. En effet, le médecin ne doit pas uniquement énumérer les risques professionnels, il doit surtout être force de proposition à l'égard de l'employeur en lui proposant des mesures visant à supprimer ou le cas échéant à réduire ces risques. Ainsi, la fiche d'entreprise permet de tracer l'ensemble des préconisations collectives émises par le médecin du travail.

Conformément aux dispositions du Code du travail, la trame de la fiche d'entreprise doit suivre le modèle « *fixé par arrêté du ministre chargé du travail.* »³¹⁷ L'arrêté du 29 mai 1989³¹⁸ fixant le modèle de la fiche d'entreprise organise la rédaction de ce document en plusieurs rubriques. Ce modèle permet une harmonisation de la rédaction des fiches d'entreprise établies par l'ensemble des médecins du travail. Aujourd'hui ce modèle bien que désuet reste toujours applicable même si l'équipe pluridisciplinaire peut l'adapter en fonction des risques inhérents à chaque entreprise, l'objectif étant la pertinence de la fiche. La première partie de la fiche d'entreprise contient les renseignements d'ordre général, tels que les coordonnées du service de santé au travail (notamment le nom du médecin du travail), et les informations générales de l'entreprise (notamment la nature de l'activité, la convention collective applicable, les effectifs, la présence d'un CSE, etc.). La seconde partie de la fiche d'entreprise contient l'appréciation des risques professionnels ; il s'agit de l'identification des facteurs de risques, à savoir les risques physiques (ambiances thermique, sonore, lumineuse, rayonnements ionisants, vibrations, etc.), les risques chimiques, les risques infectieux ou parasitaires, les risques et contraintes liés à des situations de travail (gestes, postures, manutention, risques liés à la charge mentale, organisation du travail, travail sur écran, etc.) ou encore les risques d'accident prépondérant (risques de chutes, risques liés aux déplacements, risques liés aux outils, risque électrique, risque d'explosion/incendie). Lorsque l'ensemble des risques professionnels a été recensé, le médecin doit indiquer les actions tendant à la réduction de ces risques. Cette dernière partie représente un levier crucial permettant à l'employeur d'élaborer une véritable démarche de prévention des risques

³¹⁷ Article R.4624-50 du Code du travail.

³¹⁸ Arrêté du 29 mai 1989 pris en application de l'art. R.241-41-3 du Code du travail et fixant le modèle de la fiche d'entreprise et d'établissement établie par le médecin du travail.

professionnels. Dans cette dernière partie, seront inscrites notamment les mesures de prévention collective et/ou individuelle mises en œuvre, la formation du personnel à la sécurité, les informations concernant les fiches de données de sécurité, la diffusion des consignes de sécurité, les mesures prises en cas d'urgence ou encore les mesures concernant les soins et les premiers secours. Le médecin du travail y mentionne également les actions spécifiques qu'il a conduites, seul ou avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail.

Le médecin du travail transmet la fiche d'entreprise à l'employeur, lequel doit ensuite la présenter au CSE³¹⁹ et la tenir à la disposition du DIRECCTE et du médecin inspecteur du travail³²⁰. En revanche, elle n'est pas directement transmissible aux salariés. Pourtant, dans le cadre d'un litige l'opposant à son employeur devant le CPH, le salarié victime d'un AT ou d'une MP pourrait demander au médecin du travail la fiche d'entreprise afin de démontrer que l'employeur avait connaissance d'un risque, mais qu'il n'a pas pris les mesures de prévention nécessaires pour le supprimer³²¹. En effet, le salarié victime d'un AT/MP peut demander la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur s'il prouve que « *l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel [il] était exposé, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver* »³²². Si le médecin du travail a mentionné au sein de la fiche d'entreprise un risque susceptible d'entraîner un AT/MP, cette information peut s'avérer essentielle pour le salarié afin de démontrer la faute inexcusable de l'employeur. Si le médecin du travail ne peut pas communiquer directement la fiche d'entreprise au salarié, en revanche, il peut lui communiquer l'information selon laquelle il a alerté l'employeur quant aux risques le concernant figurant dans la fiche d'entreprise. Le salarié a également accès au DUERP élaboré par l'employeur³²³, document qui doit, en principe, comprendre un inventaire des risques identifiés, ce qui signifie que les risques identifiés par le médecin, recensés dans la fiche d'entreprise devraient en principe être retranscrits dans le DUERP par l'employeur. Malheureusement, en l'état actuel du droit, ces deux documents demeurent indépendants,

³¹⁹ Article R.4624-48 Du Code du travail.

³²⁰ Article R.4624-49 du Code du travail.

³²¹ Courrier reçu d'un salarié par un médecin du travail de l'ACMS, 2015.

³²² Cass. soc., 28 février 2002, n° 00-13.177, Inédit.

³²³ Article R.4121-4 du Code du travail.

même si l'employeur a la possibilité de s'appuyer sur la fiche d'entreprise pour élaborer son DUERP.

Aujourd'hui, force est de constater que toutes les entreprises ne bénéficient pas encore d'une fiche d'entreprise, notamment les plus petites d'entre elles. Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de février 2020 souligne que « *les fiches d'entreprise voient leur réalisation ou leur actualisation progresser, mais leur taux de couverture ne dépasse pas encore 50 % des établissements* »³²⁴. Le rapport d'activité de 2017 de l'ACMS³²⁵ souligne, quant à lui, que seuls 55,2 % des lieux de travail disposent d'une fiche d'entreprise. La progression se poursuit puisque le rapport d'activité de l'ACMS de 2019 souligne que « *plus de 64 % des lieux de travail suivis disposaient d'une Fiche d'entreprise* »³²⁶. Il est intéressant de souligner que selon les chiffres de l'année 2017, 81,7 % des entreprises de 10 salariés et plus disposent d'une fiche d'entreprise tandis que seuls 46,8 % des entreprises comptant moins de 10 salariés en sont dotées. Cela peut s'expliquer en partie par le turn-over des petites entreprises adhérentes et par l'absence de transmission de la fiche d'entreprise au nouveau service de santé au travail en cas de changement de service. En effet, à l'heure actuelle, il n'existe pas de disposition législative ou réglementaire permettant au nouveau service de santé au travail d'obtenir la fiche d'entreprise réalisée par le précédent service. Par conséquent, il serait opportun d'instaurer une obligation de transfert de la fiche d'entreprise au nouveau service de santé au travail afin de permettre une meilleure traçabilité des risques identifiés par le service précédent et en conséquence d'optimiser le travail réalisé par les services de santé au travail.

Le rapport réalisé à la demande du Premier ministre concernant la santé au travail, dit « Rapport LECOCCQ », publié en août 2018³²⁷, préconise la suppression de la fiche d'entreprise. Au soutien de cette proposition, le rapport souligne que l'actuel DUERP et la fiche d'entreprise viennent en doublon, ce qui n'est pas favorable à une politique efficace de prévention des

³²⁴ D. CHAUMEL, B. MAURICE, J. P. VINQUANT, « *Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI)* », IGAS, février 2020, n° 2019-070R1.

³²⁵ ACMS, Rapport d'activité 2017, Résolutions adoptées par l'Assemblée générale du 19 juin 2018.

³²⁶ ACMS, Rapport d'activité 2019, Résolutions adoptées par l'Assemblée générale du 23 juin 2020.

³²⁷ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », établi par C. LECOCCQ, B. DUPUIS, H. FOREST, avec l'appui de H. LANOUZIERE, juillet 2018.

risques. Ce rapport préconise également le remplacement de l'actuel DUERP par un plan de prévention des risques réalisé par l'employeur. Pour l'élaboration de ce plan, les entreprises pourraient se faire accompagner par les services de santé au travail.

En parallèle de la traçabilité de l'analyse globale des risques professionnels dans l'entreprise, le médecin du travail réalise également des études de postes, collectives et individuelles, lesquelles sont indispensables pour adapter le travail à l'Homme.

b) Les études de poste, indispensables à l'adaptation du travail à l'Homme

Le médecin du travail, dont la mission est d'éviter toute altération de l'état de santé des travailleurs du fait de leur travail, réalise des études de postes de travail, individuelles ou collectives, dans le but de conseiller l'employeur, les salariés et leurs représentants sur d'éventuelles mesures d'« *adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la santé physique et mentale, notamment en vue de préserver le maintien dans l'emploi des salariés* »³²⁸. Le médecin du travail peut réaliser des études de postes à son initiative, mais également à la demande de l'employeur ou du CSE. Le Code du travail ne prévoit pas de périodicité particulière pour l'étude des postes de travail, l'intervention du médecin du travail ou d'un membre de l'équipe pluridisciplinaire étant organisée en fonction des besoins de l'employeur et des salariés. Avant d'émettre un avis, le médecin du travail n'est pas tenu de réaliser une étude du poste de travail du salarié, sauf en cas d'avis d'inaptitude. Dans ce contexte, le médecin du travail est tenu de réaliser ou de faire réaliser par un membre de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail une étude de poste avant d'émettre l'avis d'inaptitude définitif³²⁹.

À ce jour, aucun formalisme particulier n'est imposé au médecin du travail pour retranscrire les observations faites dans le cadre des études de poste. Néanmoins, même si les textes ne précisent pas le support de ce compte rendu, l'écrit est fortement préconisé pour des raisons de traçabilité.

³²⁸ Article R.4623-1 du Code du travail.

³²⁹ Article R.4624-42 du Code du travail.

Pour les études de postes individuelles, le médecin du travail pourra noter les informations recueillies directement dans le DMST du salarié, mais il peut également rédiger un document distinct, lequel sera intégré au DMST. Le CNOM précise que parmi les éléments communicables du DMST figurent « *les éléments du poste de travail : définition, tâches effectuées [...] risques et dangers* » ainsi que « *les résultats de l'analyse du milieu du travail du salarié* »³³⁰. Par conséquent, même si cela n'est pas prévu explicitement par les textes, les études de poste réalisées par le médecin doivent être écrites afin d'être transmises au salarié, s'il fait la demande de son DMST. Concernant plus spécifiquement les études de poste réalisées dans le cadre d'une procédure d'inaptitude, elles font également partie des éléments communicables du DMST du salarié. En revanche, aucun texte ne prévoit la transmission de ces études à l'employeur. Il appartient alors au médecin du travail de décider s'il souhaite transmettre le compte rendu de l'étude de poste à l'employeur.

Pour les études de postes collectives, il sera également recommandé au médecin du travail de formaliser son étude de poste par écrit, soit directement au sein de la fiche d'entreprise, ce qui évite la multiplicité de documents, soit sur un document distinct. Les résultats des études de poste sont des éléments transmissibles à l'employeur, dans la mesure où aucun élément médical n'y figure. En effet, le Code du travail dispose que « *le médecin du travail communique à l'employeur les rapports et les résultats des études menées par lui [...] dans le cadre de son action en milieu de travail* »³³¹.

La possibilité de réaliser des études de postes est un outil précieux pour le médecin du travail, lui permettant de repérer les risques pour la santé des salariés et de préconiser à l'employeur des mesures visant à supprimer ou le cas échéant de réduire le risque. Si le médecin constate la présence d'un risque pour plusieurs salariés (à l'occasion de son action sur le milieu de travail ou du suivi individuel), il a le devoir de le signaler par écrit à l'employeur.

³³⁰ Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Le dossier médical en santé au travail (DMST)* », Rapport adopté par le CNOM lors de la session des 17 et 18 décembre 2015, Docteur F. X. LEY.

³³¹ Article R.4624-8 du Code du travail.

c) Le devoir de signalement du médecin, outil de prévention collective des risques professionnels

Dans le cadre de sa mission de prévention des risques professionnels et de son rôle de conseiller à l'égard de l'employeur, le médecin du travail a un devoir de signalement vis-à-vis de ce dernier lorsqu'il constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs³³². Selon le Docteur HUEZ, médecin du travail, il s'agit d'« *un des socles de [l'] action préventive collective* » du médecin du travail³³³. Ce devoir de signalement a été instauré par le législateur avec la Loi du 20 juillet 2011³³⁴ : « *lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver. L'employeur prend en considération ces propositions et, en cas de refus, fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.* »³³⁵

Le décryptage de ce texte nous permet d'appréhender précisément les contours de l'obligation du médecin et de l'employeur ainsi que l'intérêt de cette disposition du point de vue de la prévention des risques.

Tout d'abord, l'utilisation de présent de l'indicatif suggère que le médecin du travail est tenu d'alerter l'employeur lorsqu'il constate la présence d'un risque pour la santé des salariés, il ne s'agit donc pas d'une simple faculté laissée à l'appréciation du médecin du travail. Ensuite, pour exercer son devoir de signalement, le médecin doit avoir constaté la présence d'un risque pour le collectif de travail, c'est-à-dire que le risque doit concerner plusieurs salariés. Afin de respecter le secret médical, le médecin ne devra pas nommer les salariés concernés par le risque, mais il devra néanmoins identifier les établissements, les services ou encore les ateliers concernés par ce risque. La démarche de signalement du médecin comporte deux étapes concomitantes. Tout d'abord, il doit avertir l'employeur du risque par écrit, ce qui signifie qu'il ne peut pas se contenter de l'alerter oralement. Cette alerte écrite suppose que le médecin ait une bonne connaissance de l'entreprise et des risques professionnels, car il devra mentionner les risques qu'il a personnellement constatés, soit lors des visites en entreprise, soit lors des études de poste ou encore lors des examens médicaux. Le Docteur HUEZ précise que « *pour argumenter une alerte collective, le médecin du travail peut s'appuyer sur ses*

³³² Article L.4624-9 du Code du travail.

³³³ D. HUEZ, « *Le devoir d'alerte collective du médecin du travail* », Les Cahiers S.M.T, n° 27, octobre 2013

³³⁴ Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

³³⁵ Article L.4624-9 du Code du travail.

dossiers médicaux où il a noté sa compréhension des difficultés de santé au travail du salarié »³³⁶. Ensuite, en ce qui concerne le courrier d'alerte, le médecin doit proposer à l'employeur, par un écrit « *motivé et circonstancié* », des mesures visant à préserver la santé des travailleurs. Le médecin doit être suffisamment précis pour permettre à l'employeur de comprendre les mesures à mettre en place en vue de protéger la santé des salariés.

L'une des principales difficultés quant à la rédaction de l'alerte collective réside dans l'articulation avec l'obligation de secret professionnel³³⁷. Ce secret inclut à la fois le secret de fabrication³³⁸ et le secret médical³³⁹. Ainsi, le médecin devra alerter l'employeur quant aux risques observés au sein de l'entreprise sans dévoiler d'informations couvertes par le secret professionnel.

Cette articulation est complexe dans la mesure où cela s'inscrit dans un processus de judiciarisation des écrits du médecin du travail. Avant l'introduction officielle de cette nouvelle mission du médecin du travail, le Conseil de l'Ordre des médecins avait reçu des plaintes de la part d'employeurs à l'encontre de médecins du travail pour violation du secret professionnel. Ces plaintes « *s'étaient fondées sur le fait que des médecins du travail avaient alerté l'inspection du travail ou le CHSCT [...] sur des atteintes à la santé subies par des salariés, ou encore communiqué à la CARSAT des informations sur des risques collectifs pour la santé des salariés. Ces affaires avaient été l'occasion de repositionner la mission centrale des médecins du travail, mais également de souligner l'injonction paradoxale qui leur était faite entre dire ou ne pas dire. Dire, afin de remplir leur mission de prévention en santé au travail et courir le risque d'être accusés d'atteinte au secret professionnel ou ne pas dire, par crainte d'être*

³³⁶ D. HUEZ, « *Le devoir d'alerte collective du médecin du travail* », Les Cahiers S.M.T, n° 27, octobre 2013.

³³⁷ S. FANTONI QUINTON, « *Doit-on, peut-on parler de droit ou de devoir d'alerte pour le médecin du travail ?* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, février 2013, volume 74, n° 1, pages 56 à 58.

³³⁸ Article R.4624-9 du Code du travail : « *Il est interdit au médecin du travail et, dans les services de santé au travail interentreprises, aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, de révéler les secrets de fabrication et les procédés d'exploitation dont il pourrait prendre connaissance dans l'exercice de ses fonctions. La méconnaissance de ces interdictions est punie conformément à l'article 226-13 du Code pénal.* »

Le secret de fabrication a été défini par la jurisprudence, comme « *tout procédé technique industriel, même parfois d'exécution ou de détail, original, brevetable ou non, qui, inconnu des professionnels ou de la plupart d'entre eux a une valeur marchande, de telle sorte que sa divulgation, manifestation de confiance trahie et d'espionnage, cause un préjudice appréciable à celui auquel il est dérobé* », S. FANTONI QUINTON, « *Doit-on, peut-on parler de droit ou de devoir d'alerte pour le médecin du travail ?* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, février 2013, volume 74, n° 1, pages 56 à 58.

³³⁹ Article R.4127-4 du Code de la santé publique.

*accusés d'atteinte au secret professionnel, au risque d'encourir le reproche de ne pas pleinement accomplir leur mission. »*³⁴⁰

Aujourd'hui la communication de l'alerte collective du médecin à l'inspection du travail, au CSE ou à la CARSAT ne pose plus de difficulté dans la mesure où la Loi « Rebsamen » du 17 août 2015³⁴¹ est venue modifier les dispositions relatives à la transmission du signalement du médecin du travail. Auparavant, le courrier du médecin était tenu, à leur demande, à la disposition du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), des DP (devenus aujourd'hui CSE), de l'inspecteur ou du contrôleur du travail, du médecin inspecteur du travail ou des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale et des organismes professionnels de santé, de sécurité et des conditions de travail. Dorénavant, le courrier du médecin et la réponse de l'employeur doivent directement être transmis à ces différents acteurs³⁴². Néanmoins, il n'est pas précisé s'il appartient au médecin du travail ou à l'employeur de les transmettre bien que la volonté du législateur soit sans doute de mettre à la charge de l'employeur la transmission des courriers aux différents acteurs, l'employeur ayant déjà des obligations en termes de transmission de documents au CSE³⁴³. En l'absence de précision, aucune disposition n'interdit au médecin du travail de transmettre son courrier au CSE, car le médecin du travail est aussi le conseiller des représentants du personnel. Le Conseil de l'Ordre des médecins a d'ailleurs eu l'occasion de préciser qu'une telle transmission ne constitue pas une rupture du secret professionnel³⁴⁴. La transmission du courrier de signalement émis par le médecin au CSE apparaît indispensable, car ce dernier a un rôle essentiel à jouer dans la prévention des risques professionnels de l'entreprise. À titre d'exemple, le CSE peut faire appel à un expert agréé en cas de risque grave ou en cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail³⁴⁵. Le médecin peut également transmettre son courrier à l'inspecteur du travail et au médecin inspecteur, mais il paraît plus judicieux de le faire uniquement en cas d'inertie volontaire de

³⁴⁰ S. FANTONI QUINTON, « *Doit-on, peut-on parler de droit ou de devoir d'alerte pour le médecin du travail ?* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, février 2013, volume 74, numéro 1, pages 56 à 58.

³⁴¹ Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi.

³⁴² Article L.4624-9 du Code du travail.

³⁴³ Article L.4614-9 du Code du travail.

³⁴⁴ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins, audience du 22 septembre 2011, décision rendue publique le 21 octobre 2011, n° 10964.

³⁴⁵ Article L.2315-94 du Code du travail.

la part de l'employeur, car cette transmission directe pourrait conduire à une altération de la relation entre le médecin du travail et l'employeur, et ainsi paralyser le dialogue avec l'employeur.

Outre la transmission d'alerte aux différents acteurs susmentionnés, le CNOM est venu préciser que les préconisations du médecin du travail adressées à l'employeur dans le cadre de son devoir de signalement font partie des éléments transmissibles du DMST du salarié, dans la mesure où ce dernier est concerné par ce risque³⁴⁶.

Le devoir de signalement du médecin permet de renforcer les actions collectives et ainsi de favoriser la prévention primaire des risques. Cela permet aussi d'assurer la traçabilité des préconisations émises par le médecin et comme le souligne le Docteur HUEZ, « *l'alerte du médecin du travail permet de tracer concrètement le constat d'un processus délétère entre l'activité de travail d'un collectif de travail et leur santé* »³⁴⁷.

L'écrit du médecin du travail renforce également la responsabilité de l'employeur vis-à-vis de ses salariés. Lorsque le médecin du travail signale à l'employeur la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, l'employeur devra le prendre en compte, en vertu de son obligation de sécurité de résultat. S'il ne peut pas y donner suite, il devra faire connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite³⁴⁸. Le refus de l'employeur devra alors être argumenté et justifié. Si l'employeur ne prend pas en considération les préconisations du médecin, en cas de contentieux devant le CPH avec un ou plusieurs salariés, le manquement à son obligation de sécurité de résultat pourra être recherché, de même que sa faute inexcusable. En effet, en cas de survenue d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle postérieures à l'alerte du médecin du travail, le salarié pourra aisément obtenir ce courrier d'alerte, car ce dernier fait partie des éléments communicables de son DMST, dès lors qu'il est concerné par le risque³⁴⁹. Le salarié pourra alors demander la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur au motif que ce dernier avait connaissance du danger et

³⁴⁶ Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Le dossier médical en santé au travail (DMST)* », Rapport adopté par le CNOM lors de la session des 17 et 18 décembre 2015, Dr F. X. LEY.

³⁴⁷ D. HUEZ, « *Le devoir d'alerte collective du médecin du travail* », Les Cahiers S.M.T, n° 27, octobre 2013.

³⁴⁸ Article L.4624-9 du Code du travail.

³⁴⁹ Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Le dossier médical en santé au travail (DMST)* », Rapport adopté par le CNOM lors de la session des 17 et 18 décembre 2015, Dr F. X. LEY.

qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour préserver sa santé. Ainsi, l'accomplissement, par le médecin du travail, de son devoir de signalement peut être lourd de conséquences pour l'employeur, c'est pourquoi le médecin doit être particulièrement vigilant à ne pas lancer d'alerte sans fonder objectivement son écrit sur des indicateurs objectifs issus des visites médicales et des actions sur le milieu de travail.

En pratique, après analyse des situations rencontrées par les médecins du travail de l'ACMS, force est de constater que cette alerte écrite n'est pas systématiquement utilisée. Certains médecins préfèrent, en amont du signalement écrit, échanger oralement avec l'employeur au sujet des mesures à prendre afin de réduire voire de supprimer les risques observés. Cela permet au médecin du travail de maintenir une relation de confiance avec l'employeur. En cas d'inertie de la part de ce dernier, le médecin formalisera ses préconisations par écrit.

L'alerte collective du médecin permet de renforcer la prévention primaire des risques, mais le médecin ne peut à lui seul remplir cette mission. L'ensemble des acteurs de l'entreprise à savoir l'employeur, le CSE, les salariés et le médecin du travail doivent travailler de concert afin de favoriser la prévention primaire des risques. La participation du médecin du travail aux réunions du CSE constitue un autre levier permettant de favoriser ce travail en coopération au bénéfice de l'amélioration des conditions de travail.

B – La participation aux réunions du CSE, vecteur de coopération entre les différents acteurs dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail

Le CHSCT, mis en place dans les entreprises d'au moins cinquante salariés, était une instance ayant notamment pour mission « *de contribuer à la prévention et à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs* », « *de contribuer à l'amélioration des conditions de travail* », « *de contribuer à l'adaptation et à l'aménagement des postes de travail afin de faciliter l'accès des personnes handicapées à tous les emplois et de favoriser leur maintien dans l'emploi au cours de leur vie professionnelle* »³⁵⁰.

³⁵⁰ Article L.4612-1 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017.

L'ordonnance du 22 septembre 2017³⁵¹ a mené à la fusion des différentes instances représentatives du personnel (délégués du personnel, comité d'entreprise et CHSCT) en une instance unique. Ainsi, lors du renouvellement des instances représentatives du personnel et au plus tard au 31 décembre 2019, ces instances ont fusionné pour devenir le CSE. Le Professeur VERKINDT estime que *« la disparition de cette institution représentative du personnel spécialement dédiée à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs et à l'amélioration des conditions de travail ne peut qu'inquiéter tous ceux que préoccupe la santé du travailleur »*³⁵².

Dorénavant, la mise en place du CSE est obligatoire dans toutes les entreprises d'au moins onze salariés³⁵³. Les missions du CSE varient en fonction de l'effectif de l'entreprise. Dans les entreprises dont l'effectif est inférieur à cinquante salariés, le CSE a pour mission de *« promouvoir l'amélioration de la santé, la sécurité et des conditions de travail dans l'entreprise et réalise des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel »*³⁵⁴. Il dispose également d'un droit d'alerte en cas d'atteinte au droit des personnes³⁵⁵ et en cas de danger grave et imminent³⁵⁶. Dans les entreprises d'au moins cinquante salariés, les missions du CSE sont élargies dans le domaine la santé et de la sécurité au travail. En plus des missions précédemment citées, le CSE procède notamment à l'analyse des risques professionnels et propose des actions de prévention du harcèlement moral et sexuel³⁵⁷. L'employeur doit présenter au CSE *« un rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans l'entreprise et des actions menées au cours de l'année »*, notamment en ce qui concerne la *« prévention des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels »*. L'employeur présente également au CSE *« un programme annuel de prévention des risques professionnels »*.

³⁵¹ Ordonnance n° 2017-1386 du 22 septembre 2017 relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise et favorisant l'exercice et la valorisation des responsabilités syndicales.

³⁵² P. Y. VERKINDT, *« La bête noire est morte – à propos de la commission santé sécurité et conditions de travail »*, Semaine Sociale Lamy, 13 novembre 2017, n° 1790.

³⁵³ Article L.2311-2 du Code du travail.

³⁵⁴ Article L.2312-5 du Code du travail.

³⁵⁵ Article L.2312-59 du Code du travail.

³⁵⁶ Article L.2312-60 du Code du travail.

³⁵⁷ Article L.2312-9 du Code du travail.

et d'amélioration des conditions de travail »³⁵⁸. Ces écrits permettent de tracer les actions de l'employeur dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail.

Si le CHSCT a disparu pour laisser place au CSE, dans les entreprises d'au moins trois cents salariés ou dans les entreprises présentant des risques particuliers³⁵⁹, une commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) est mise en place au sein du CSE³⁶⁰. Elle a pour mission d'assurer, en tout ou partie, les attributions du CSE quant aux questions relatives à la santé, à la sécurité et aux conditions de travail, à l'exception du recours à un expert³⁶¹.

Le médecin du travail est membre de droit du CSE³⁶², ce qui signifie qu'il peut assister aux réunions du CSE sur les points de l'ordre du jour relatifs aux questions concernant la santé, la sécurité et les conditions de travail. Depuis la Loi du 17 août 2015³⁶³, le médecin du travail peut donner délégation à un membre de l'équipe pluridisciplinaire du service de santé au travail ayant compétence en matière de santé au travail ou de conditions de travail afin de participer aux réunions du CSE. En réalité, cette Loi est venue appuyer une pratique existante, car les médecins du travail sollicitaient déjà les membres de l'équipe pluridisciplinaire, mais l'employeur pouvait refuser leur présence, ce qui n'est plus permis dorénavant. La pluridisciplinarité continue donc de s'installer progressivement, ce qui constitue une avancée fondamentale dans la mesure où les questions relatives à la santé au travail nécessitent des regards croisés permettant une prise en compte globale des risques professionnels et des conditions de travail.

Au cours des réunions du CSE, le médecin du travail n'est pas habilité à prendre part aux votes, car il a uniquement une voix consultative. Il peut en revanche émettre un avis, lequel n'est recueilli qu'à titre informatif par le CSE. Cet avis est délivré verbalement au cours de la réunion, mais dans un second temps, il peut être retranscrit dans le procès-verbal du CSE, rédigé dans un délai de quinze jours à l'issue de chaque réunion par le secrétaire³⁶⁴. Le procès-

³⁵⁸ Article L.2312-27 du Code du travail.

³⁵⁹ Établissements comprenant au moins une installation nucléaire de base (INB) ou établissements comportant des installations présentant des risques particulièrement dangereux pour l'environnement/population voisine (Seveso).

³⁶⁰ Article L.2315-36 du Code du travail.

³⁶¹ Article L.2315-38 du Code du travail.

³⁶² Article L.2314-3 du Code du travail.

³⁶³ Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi.

³⁶⁴ Article L.2315-34 du Code du travail.

verbal est ensuite communiqué à l'employeur et aux autres membres du comité³⁶⁵. L'objet du procès-verbal est de consigner les décisions prises lors de la réunion, mais également de restituer les avis émis par les différents membres du CSE. Si le procès-verbal n'a pas pour objet de consigner tous les dires des participants, les avis du médecin du travail pourront y figurer. Pour être valide, le procès-verbal doit être approuvé par les membres du comité qui peuvent demander de corriger ou d'ajouter certains éléments s'ils l'estiment nécessaire. Les éventuelles réserves émises par un ou plusieurs membres du comité doivent également être consignées dans le procès-verbal. Le médecin du travail doit accorder une importance toute particulière à la relecture des procès-verbaux lorsque ses avis y ont été consignés. Afin de se prémunir contre tout risque de contentieux, le médecin du travail devra s'assurer que la retranscription de ses propos est conforme à la réalité. Si ce n'est pas le cas, il devra demander la correction du procès-verbal et le cas échéant, demander à ce que ses réserves y soient inscrites.

Lors des réunions du CSE, le médecin du travail devra être force de proposition en vue d'améliorer les conditions de travail. Cependant, sa position est délicate dans la mesure où il est à la fois le conseiller de l'employeur et des représentants du personnel. Sa parole peut alors être instrumentalisée comme le montre P. MARICHALAR³⁶⁶ dans son ouvrage. En posant une question d'apparence anodine au médecin lors d'une réunion du CHSCT, « *chacune des parties avait [...] attendu [du médecin] qu'elle renforce, sans le savoir, leurs positions respectives dans cette guerre de tranchée* ». Même s'il doit se montrer vigilant, le médecin doit apporter une réponse lorsque la question relève de son domaine de compétence. Dans le cas contraire, il pourra lui être reproché un défaut de conseil par l'employeur ou par les représentants du personnel. La participation aux réunions du CSE n'est donc pas un exercice aisé pour le médecin. Pourtant, il ne devra pas relayer cette mission au second plan au profit par exemple des actions individuelles, car il convient de souligner que « *les solutions de prévention sont bien plus souvent de nature collective qu'individuelle* »³⁶⁷.

³⁶⁵ Article R.2315-25 du Code du travail.

³⁶⁶ P. MARICHALAR, « *Médecin du travail, médecin du patron ?* », SciencesPo, Les presses, 2014.

³⁶⁷ P. MARICHALAR, « *Médecin du travail, médecin du patron ?* », SciencesPo, Les presses, 2014.

La collaboration entre les membres du CSE et le médecin du travail est essentielle dans la mesure où leurs missions se recoupent sur certains aspects. Le médecin du travail et le CSE ont pour mission commune de procéder à l'analyse des risques professionnels et de proposer des actions de prévention du harcèlement en entreprise. Le médecin du travail est le conseiller des représentants du personnel « *sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire les effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs* ³⁶⁸ ». Par conséquent, le médecin du travail a tout intérêt à travailler en collaboration avec le CSE sur ces thématiques afin de préserver au mieux la santé des salariés.

L'ensemble des actions et des préconisations du médecin du travail est retracé dans son rapport annuel d'activité, ce qui permet aux entreprises adhérentes, mais également aux institutions telles que le Conseil d'Orientation des Conditions de Travail (COCT) d'analyser l'activité du médecin du travail. Ce document devrait constituer un support idéal permettant d'initier le dialogue entre les acteurs de la santé au travail.

§3 – Le rapport annuel d'activité, outil de traçabilité des actions du médecin du travail et des moyens mis en œuvre pour mener à bien ses missions

Le médecin du travail établit un rapport annuel d'activité pour les entreprises dont il a la charge³⁶⁹. Afin d'harmoniser les rapports élaborés par les médecins, un modèle contenant les informations devant y figurer a été mis en place par un arrêté en 1990³⁷⁰.

Le médecin du travail établit un rapport pour l'ensemble des entreprises dont il a la charge. Dans les entreprises ou établissements de plus de trois cents salariés, il établit un rapport annuel d'activité propre à l'entreprise. De même, en ce qui concerne les entreprises ou

³⁶⁸ Article L.4622-2 du Code du travail.

³⁶⁹ Article R.4624-51 du Code du travail.

³⁷⁰ Arrêté du 13 décembre 1990 pris en application de l'article R. 241-33 du Code du travail fixant les modèles de rapport annuel du médecin du travail.

établissements de moins de trois cents salariés, un rapport propre à l'entreprise peut également être réalisé si le CSE en fait la demande³⁷¹.

Le rapport annuel du médecin a vocation à être transmis à des instances internes, mais également externes. Le médecin doit présenter son rapport au plus tard le 30 avril suivant l'année pour laquelle le rapport a été établi³⁷². Lorsqu'il exerce au sein d'un service autonome, le médecin remet son rapport annuel au CSE, et s'il exerce au sein d'un service de santé au travail interentreprises, il remet son rapport au conseil d'administration et, selon les cas, au comité interentreprises ou à la commission de contrôle. Ensuite, l'employeur ou le Président du service de santé au travail transmet un exemplaire du rapport annuel d'activité de chaque médecin du travail au DIRECCTE et au médecin inspecteur du travail, dans le délai d'un mois à compter de sa présentation devant l'organe compétent. Cette transmission est accompagnée des éventuelles observations formulées par l'organe de surveillance³⁷³.

La rédaction du rapport annuel d'activité par le médecin du travail permet de tracer l'ensemble de ses actions concernant le suivi individuel de l'état de santé des salariés et les interventions sur le milieu de travail. Concernant le suivi individuel de l'état de santé des salariés, le rapport retrace le nombre de salariés suivis, avec notamment le type de suivi individuel (suivi individuel simple, adapté ou renforcé) et le nombre de visites médicales réalisées au cours de l'année en mentionnant le type de visite (VIP initiales et périodiques, examens médicaux d'aptitude à l'embauche et périodiques, examens de préreprise, de reprise, examens à la demande de l'employeur, du salarié ou du médecin du travail). Les types d'avis rendus par le médecin y sont également mentionnés (apte, vu, préconisation d'aménagement de poste, inapte temporaire, inapte définitif) ainsi que le nombre et la nature des aménagements de poste préconisés. Lorsque des examens complémentaires ont été réalisés, le médecin note également le nombre et la nature des examens pratiqués. Concernant les actions sur le milieu de travail, le rapport indique le temps consacré à ces actions, les études du milieu de travail, la réalisation ou la mise à jour de la fiche d'entreprise, les études en vue d'une amélioration des conditions de travail. Le médecin peut également y consigner les différents risques professionnels (risque routier, risque de travail isolé, risque

³⁷¹ Article R.4624-54 du Code du travail.

³⁷² Article R.4624-52 du Code du travail.

³⁷³ Article R.4624-53 du Code du travail.

gestes et postures, risque biologique, risques psychosociaux, etc.). Le rapport annuel d'activité permet également de recenser les accidents du travail et les maladies professionnelles reconnus au cours de l'année. Sont également notés les équipements mis à la disposition du médecin pour l'activité clinique, pour le tiers temps et également pour les études et recherches.

Le rapport annuel du médecin du travail « *reste souvent perçu comme une formalité administrative* ». Pourtant, ce document peut constituer un « *outil de dialogue entre entreprise et médecin du travail* ». Sa « *plus-value réside non pas dans la production des données, mais dans les échanges autour des données* »³⁷⁴. Le rapport annuel peut donc constituer une source d'échanges et d'analyse entre le médecin du travail et l'employeur, afin de renforcer leurs actions communes dans certains domaines.

Le rapport annuel d'activité des médecins permet également d'obtenir des statistiques au sujet des actions qu'ils réalisent. Le COCT réalise chaque année un bilan sur les conditions de travail, lequel comporte une partie relative à l'activité des médecins du travail. Pour cela, le COCT se fonde sur les rapports annuels des médecins. Cela permet notamment de vérifier que les médecins du travail remplissent les missions qui leur sont confiées par le Code du travail et d'observer leur évolution dans le temps. Les rapports annuels réalisés par les médecins depuis plusieurs années ont mis en lumière l'insuffisance du nombre d'actions sur le milieu de travail, même si les chiffres progressent chaque année. Le rapport du COCT de 2018 montre une progression de la part des établissements ayant bénéficié d'une action sur le milieu de travail par les services de santé au travail (19,5 % en 2017 contre 17 % en 2015)³⁷⁵. Concernant le suivi individuel, les rapports annuels des médecins permettent d'obtenir des statistiques concernant l'évolution du suivi, et notamment le nombre de visites réalisées. À titre d'exemple, entre 2015 et 2017, le pourcentage de visites d'embauche est resté stable (39 %) tandis que les visites périodiques ont diminué (39 % en 2015 contre 28 % en 2017). Cela est à mettre en relation avec l'augmentation du taux de visites réalisées par les IDEST (7,8 % en

³⁷⁴ ARAVIS, ANACT, Guide pratique, « *La relation médecin du travail / entreprise, à la croisée des enjeux de santé au travail et de gestion des ressources humaines* », Boîte à outils GRH en PME, dossier n° 7, décembre 2012.

³⁷⁵ COCT, Ministère du Travail, Direction générale du travail, « *Conditions de travail – Bilan 2018* », 2019, page 87.

2015 contre 10,1 % en 2017). Par ailleurs, le nombre de visites médicales de reprise et à la demande (de l'employeur et du salarié) a tendance à augmenter ces dernières années³⁷⁶. Ainsi, les rapports annuels des médecins du travail constituent une source d'information précieuse pour apprécier l'évolution concrète des actions des services de santé au travail. Mais, cela met également en lumière leurs carences dans certains domaines, tels que l'insuffisance d'actions sur le milieu de travail ou l'insuffisance d'examens médicaux réalisés. La carence des services de santé au travail dans l'organisation du suivi individuel fait déjà l'objet de contentieux comme le démontre la jurisprudence que nous détaillerons ultérieurement³⁷⁷. Dans les années à venir, nous devons également nous attendre à constater un développement des contentieux en cas d'insuffisance d'actions sur le milieu de travail de la part des membres de l'équipe pluridisciplinaire. En effet, la dernière réforme³⁷⁸ ayant modifié les modalités de suivi individuel des salariés en espaçant notamment les visites, les entreprises seront alors sans doute plus exigeantes concernant la réalisation d'actions collectives par le médecin et les autres membres de l'équipe de santé au travail (réalisation de la fiche d'entreprise, conseils de prévention, devoir de signalement, etc.).

Le droit positif a renforcé la place des écrits du médecin du travail, lesquels constituent aujourd'hui le support essentiel de ses actions, qu'elles soient individuelles ou collectives. Ces écrits permettent, d'une part, d'assurer la traçabilité de l'ensemble des actions réalisées par le médecin afin notamment de démontrer sa valeur ajoutée dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail. Ensuite, ces écrits permettent de tracer l'ensemble des préconisations, individuelles ou collectives qu'il a émises afin d'assurer le suivi de celles-ci par l'employeur. Enfin, ces écrits permettent surtout d'assurer la traçabilité des risques professionnels auxquels sont exposés les salariés afin d'assurer un suivi de leur état de santé adéquat et d'instaurer une démarche de prévention des risques efficace au profit des salariés.

³⁷⁶ COCT, Ministère du Travail, Direction générale du travail, « *Conditions de travail – Bilan 2018* », 2019, pages 85 à 86.

³⁷⁷ Cass. civ. 1^{ère}, 19 décembre 2013, n° 12-25.056, *Bull. civ. I*, 2013, n° 256.

³⁷⁸ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

Conclusion du chapitre 1

Tout au long de son parcours professionnel, le salarié est exposé à différents risques professionnels lesquels peuvent avoir un impact sur son état de santé. Le système de santé au travail a vocation à préserver l'état de santé des salariés en mettant à la charge de l'employeur une obligation générale de prévention des risques. La démarche de prévention peut être collective, mais également propre à chaque salarié en fonction de son état de santé. Si la prévention des risques incombe par principe à l'employeur, il ne peut pas assurer seul cette mission dans la mesure où il n'a pas accès aux informations relatives à l'état de santé des salariés, lesquelles sont soumises au secret médical. Seul le médecin du travail est dépositaire de ces informations médicales, ce qui lui permet d'émettre des préconisations individuelles ou collectives. Le médecin et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire disposent également d'un savoir technique lié à l'analyse des risques professionnels, ce qui leur permet de conseiller efficacement l'employeur sur les mesures à prendre en vue de supprimer ou de réduire les risques professionnels. En théorie, le médecin du travail devrait avoir une vision « omnisciente » de l'état de santé des salariés et des risques professionnels inhérents à l'entreprise, lui permettant ainsi de délivrer aux salariés et aux employeurs les conseils et préconisations appropriés. Cependant, la réalité est toute autre, car bien souvent il ne dispose pas de l'ensemble des informations lui permettant de remplir pleinement sa mission, sa vision de l'état de santé des salariés et des risques professionnels n'étant que partielle, ce qui remet en cause l'efficacité de son action. Quoiqu'il en soit, le médecin du travail est tout de même en mesure de donner à l'employeur une partie des clés nécessaires à la protection de l'état de santé des salariés, par le biais de préconisations individuelles d'aménagement de poste ou de reclassement, mais aussi plus largement par le biais de conseils de prévention collectifs. Au fil des années, la réglementation a renforcé la traçabilité des actions du médecin du travail rendant ainsi l'écrit obligatoire pour la majeure partie de ses missions. L'écrit permet d'assurer la traçabilité des expositions professionnelles des salariés et des conseils de prévention individuelle et collective délivrés aux employeurs, aux salariés et à leurs représentants. Les conseils dispensés à l'employeur doivent en principe lui permettre de remplir sa mission de protection de l'état de santé des salariés, mais en tout état de cause, il reste seul responsable de la santé et de la sécurité des salariés.

CHAPITRE 2 : L'EMPLOYEUR, SEUL RESPONSABLE DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SALARIÉS

La prévention des risques professionnels incombe à l'employeur, mais il doit agir de concert avec le médecin du travail en vue de supprimer ou le cas échéant, de réduire ces risques afin d'éviter l'altération de la santé des salariés du fait de leur travail. En effet, comme nous l'avons relevé, le médecin du travail est détenteur d'informations essentielles permettant à l'employeur de mener des actions de préventions individuelles ou collectives nécessaires à la préservation de l'état de santé des salariés. Néanmoins, si l'employeur est tenu de s'appuyer sur les compétences du médecin du travail pour l'aider à protéger la santé des salariés, la législation et la jurisprudence confèrent au médecin et à l'employeur des rôles bien distincts. L'employeur reste seul responsable de la protection de la santé et de la sécurité des salariés même s'il n'a pas accès aux informations concernant leur état de santé. Par conséquent, l'employeur est en partie tributaire des avis et préconisations du médecin du travail sans lesquels il ne peut pas remplir son obligation de prévention. Au fil des années, la jurisprudence a renforcé les obligations de l'employeur quant à la protection de la santé des salariés en lui confiant une véritable obligation de sécurité de résultat vis-à-vis de ces derniers, entraînant *de facto* sa responsabilité lorsque l'état de santé du salarié se trouvait altéré du fait de l'exposition aux risques professionnels. Néanmoins, l'évolution récente de cette obligation prend davantage en considération les mesures de prévention prises par l'employeur, ce qui devrait inciter les employeurs à investir davantage dans la prévention des risques (Section 1). Si l'employeur peut s'appuyer sur le médecin du travail pour remplir ses obligations, en revanche, il ne peut se retrancher derrière l'absence ou l'insuffisance de conseils de la part du médecin pour s'exonérer de sa responsabilité (Section 2).

SECTION 1 : L'ÉVOLUTION DE L'OBLIGATION DE SÉCURITÉ DE RÉSULTAT DE L'EMPLOYEUR VERS UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Le législateur a mis à la charge de l'employeur une obligation légale de prévention des risques professionnels afin d'assurer la sécurité des salariés exposés aux risques. En vue de renforcer la protection des salariés, la jurisprudence de la Cour de cassation a mis à la charge de l'employeur une véritable obligation de sécurité de résultat. En vertu de cette obligation, l'employeur doit prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des salariés. Il est tenu de mettre en œuvre une politique active en matière de prévention des risques professionnels. L'employeur qui manque à son obligation de sécurité de résultat peut être sévèrement sanctionné notamment lorsque le salarié recherche sa faute inexcusable en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Le salarié peut également prendre acte de son contrat de travail lorsqu'il estime que la poursuite de son contrat est rendue impossible en raison des manquements de l'employeur dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail. Les contours de l'obligation générale de l'employeur en matière de prévention des risques ont évolué sous l'impulsion de la jurisprudence, allant jusqu'à la considérer comme une obligation de sécurité de résultat « absolue » (§1). Néanmoins, cette notion a évolué récemment pour une meilleure prise en compte des efforts de l'employeur en matière de prévention des risques professionnels en entreprise (§2).

§1 – De l'obligation générale de prévention à l'obligation de sécurité de résultat « absolue »

Le droit européen a posé les premières pierres de l'obligation de prévention des risques professionnels mise en œuvre en France. Initialement, l'employeur était tenu à une obligation générale de prévention des risques professionnels, conformément au droit européen (A). Puis, en 2002, la Cour de cassation a mis à la charge de l'employeur une véritable obligation de sécurité de résultat, initialement fondée sur les relations contractuelles entre l'employeur et le salarié. Aujourd'hui, l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur a une origine légale, la Cour de cassation mettant en lumière les articles du Code du travail comme fondement de cette obligation. Au fil de sa jurisprudence, la Cour de cassation n'a cessé

d'étendre le champ de l'obligation de sécurité de l'employeur, si bien qu'elle « *est devenue la colonne vertébrale d'un droit de la santé au travail qui a irradié dans presque tous les domaines du droit du travail* »³⁷⁹ (B).

A – La logique de prévention des risques professionnels sous l'impulsion du droit européen

Afin de promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs, la Communauté économique européenne (CEE) a mis à la charge de l'employeur une obligation générale de prévention. Cette obligation a ensuite été transposée en droit français par le législateur qui a instauré comme principe l'obligation pour l'employeur de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs (1). Afin de tracer les actions de prévention, l'employeur est tenu d'élaborer un DUERP, assorti d'un plan de prévention (2).

1/ L'obligation générale de prévention de l'employeur

Avant de faire son entrée dans le droit français, l'obligation générale de prévention est apparue avec la directive-cadre CEE³⁸⁰ du 12 juin 1989³⁸¹ concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail. Cette directive précise que « *l'employeur est obligé d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects liés au travail* »³⁸². Elle indique ensuite que « *dans le cadre de ses responsabilités, l'employeur prend les mesures nécessaires pour la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs, y compris les activités de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens nécessaires* »³⁸³. La France a transposé les dispositions de cette directive par la Loi

³⁷⁹ P. Y. VERKINDT, « *L'irrésistible ascension du droit de la santé au travail* », La Semaine Juridique, Edition sociale, n° 26, 30 juin 2015.

³⁸⁰ Communauté économique européenne, devenue Communauté européenne.

³⁸¹ Directive-cadre n° 89/391 CEE 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.

³⁸² Directive-cadre n° 89/391 CEE 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, article 5, paragraphe 1.

³⁸³ Directive-cadre n° 89/391 CEE 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, article 6, paragraphe 1.

du 31 décembre 1991³⁸⁴, introduisant ainsi dans le Code du travail une obligation générale de sécurité à la charge de l'employeur. Le Code du travail ³⁸⁵ dispose que l'employeur doit prendre « *les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* ». Il précise les différentes mesures à mettre en œuvre par l'employeur, en reprenant les trois axes mentionnés dans la directive-cadre CEE, c'est-à-dire « *1 - Des actions de prévention des risques professionnels ; 2 - Des actions d'information et de formation ; 3 - La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.* » Si nous analysons la sémantique de ce texte, nous pouvons souligner qu'il est spécifié que l'employeur doit prendre « les » mesures nécessaires pour assurer la sécurité des salariés et non seulement « des » mesures ; ce qui signifie qu'il doit prendre toutes les mesures nécessaires et adéquates afin d'assurer la sécurité et de protéger la santé des travailleurs. Le législateur a donc mis à la charge de l'employeur une obligation générale de prévention, tout en donnant la prépondérance à la prévention primaire des risques professionnels. L'employeur doit mettre en œuvre les mesures mentionnées ci-dessus « *sur le fondement des principes généraux de prévention suivants* :

1° Eviter les risques ;

2° Evaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;

3° Combattre les risques à la source ;

4° 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 [...];

5° Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;

6° Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;

7° 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 [...];

³⁸⁴ Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le Code du travail et le Code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail.

³⁸⁵ Article L.4121-1 du Code du travail.

8° Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;

9° Donner les instructions appropriées aux travailleurs. »³⁸⁶

Le législateur a repris dans ce texte les principes généraux de prévention inscrits dans la directive-cadre CEE du 12 juin 1989³⁸⁷. L'INRS³⁸⁸ détaille et explicite ces principes généraux de prévention afin de délivrer aux employeurs les outils leur permettant d'agir efficacement : « Éviter les risques, c'est supprimer le danger ou l'exposition au danger. Évaluer les risques, c'est apprécier l'exposition au danger et l'importance du risque afin de prioriser les actions de prévention à mener. Combattre les risques à la source, c'est intégrer la prévention le plus en amont possible, notamment dès la conception des lieux de travail, des équipements ou des modes opératoires. Adapter le travail à l'Homme, en tenant compte des différences interindividuelles, dans le but de réduire les effets du travail sur la santé. Tenir compte de l'évolution de la technique, c'est adapter la prévention aux évolutions techniques et organisationnelles. Remplacer ce qui est dangereux par ce qui l'est moins, c'est éviter l'utilisation de procédés ou de produits dangereux lorsqu'un même résultat peut être obtenu avec une méthode présentant des dangers moindres. Planifier la prévention en intégrant technique, organisation et conditions de travail, relations sociales et environnement. Donner la priorité aux mesures de protection collective et n'utiliser les équipements de protection individuelle qu'en complément des protections collectives si elles se révèlent insuffisantes. Donner les instructions appropriées aux salariés, c'est former et informer les salariés afin qu'ils connaissent les risques et les mesures de prévention. »

Ces principes de prévention des risques professionnels mettent en exergue la primauté de la prévention primaire et de l'adaptation du travail à l'Homme, qui constituent des principes fondamentaux. Par conséquent, l'employeur doit mettre en œuvre ces principes généraux de prévention afin d'éviter l'altération de l'état de santé des salariés. L'employeur peut s'appuyer sur les compétences du médecin du travail et des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail afin de mettre en place une véritable démarche de prévention primaire des risques. Le médecin du travail a également un rôle prépondérant à

³⁸⁶ Article L.4121-2 du Code du travail.

³⁸⁷ Directive-cadre n° 89/391 CEE 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, article 6, paragraphe 2.

³⁸⁸ INRS, « Principes généraux de la démarche de prévention » : <http://www.inrs.fr/demarche/principes-generaux/introduction.html> [Consulté le 19 juin 2020].

jouer dans l'adaptation du travail à l'Homme via les préconisations individuelles d'aménagement de poste par exemple, car il est le seul acteur à détenir à la fois les informations concernant les risques professionnels et celles concernant l'état de santé des salariés.

Quoi qu'il en soit, la responsabilité de réalisation de la démarche de prévention pèse sur l'employeur et il doit être en mesure de tracer ses actions et sa démarche de prévention.

2/ Le DUERP : un outil permettant la traçabilité des actions de l'employeur dans le domaine de la prévention des risques professionnels

La protection effective de la santé des salariés implique nécessairement une démarche de prévention des risques professionnels de la part de l'employeur. Afin de s'assurer de l'effectivité des actions menées par l'employeur et d'en assurer leur traçabilité, la réglementation a mis en place l'obligation pour l'employeur de transcrire et de mettre à jour les différentes actions menées dans un DUERP³⁸⁹.

La démarche de prévention, à proprement parler, comporte plusieurs étapes que l'employeur doit scrupuleusement respecter. Tout d'abord, il identifie les risques professionnels puis, dans un second temps, il procède à leur évaluation avant de mettre en place les actions de prévention visant à les supprimer, ou à les réduire le cas échéant.

En ce sens, l'identification des risques professionnels est la première étape indispensable à la démarche préventive de l'employeur, et celle-ci peut être réalisée conjointement avec le médecin du travail. Tout d'abord, l'employeur doit réaliser « *un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement* »³⁹⁰. En ce sens, la circulaire de la Direction régionale du travail (DRT) du 18 avril 2002³⁹¹ est venue préciser que la notion d'inventaire conduit tout d'abord à « *identifier les dangers* ». Le danger est défini

³⁸⁹ Article R.4121-1 du Code du travail ; Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs.

³⁹⁰ Article R.4121-1 du Code du travail.

³⁹¹ Circulaire DRT n° 2002-06 du 18 avril 2002 prise pour l'application du décret n° 2001-1016 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du Code du travail et modifiant le Code du travail.

comme « *la propriété ou capacité intrinsèque d'un équipement, d'une substance, d'une méthode de travail, de causer un dommage pour la santé des travailleurs* ».

Lorsque les risques ont été identifiés, l'employeur est tenu de les évaluer. La circulaire DRT précitée précise que l'analyse des risques représente « *le résultat de l'étude des conditions d'exposition des travailleurs à ces dangers.* » Cette évaluation doit porter sur chaque unité de travail, et à ce titre la circulaire DRT indique que « *la notion d'« unité de travail » doit être comprise au sens large, afin de recouvrir les situations très diverses d'organisation du travail. Son champ peut s'étendre d'un poste de travail, à plusieurs types de postes occupés par les travailleurs ou à des situations de travail présentant les mêmes caractéristiques. De même, d'un point de vue géographique, l'unité de travail ne se limite pas forcément à une activité fixe, mais peut aussi bien couvrir des lieux différents (manutention, chantiers, transports, etc.).* »

Une fois que les risques ont été évalués, l'employeur initie la dernière étape nécessaire à la démarche de prévention, à savoir la mise en œuvre des actions de prévention³⁹². À ce titre, il doit notamment « *éviter les risques* » et les combattre à la source, « *adapter le travail à l'Homme* », « *remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux* » et « *prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle* ». L'employeur doit également « *donner les instructions appropriées aux travailleurs* »³⁹³. La politique de prévention des risques professionnels menée par l'employeur doit en priorité aller dans le sens d'une démarche de prévention primaire, en évitant les risques et en les combattants à la source.

L'employeur ne dispose pas, à lui seul, de toutes les compétences techniques nécessaires à la mise en place d'une démarche de prévention efficace. Par conséquent, il pourra et aura tout intérêt à s'appuyer sur les compétences de l'équipe pluridisciplinaire de son service de santé au travail. D'ailleurs, comme le souligne le rapport LECOCC³⁹⁴, les employeurs expriment « *le besoin d'être accompagné par un spécialiste de la prévention pour élaborer [leur DUERP]* », car aujourd'hui, « *le DUER est rarement un outil de pilotage de la prévention* » pour l'employeur.

³⁹² Article L.4121-3 du Code du travail.

³⁹³ Article L.4121-2 du Code du travail.

³⁹⁴ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », établi par C. LECOCC, B. DUPUIS, H. FOREST, avec l'appui de H. LANOUZIERE, juillet 2018, page 46.

L'employeur doit mettre à jour le DUERP au moins tous les ans et « *lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail* » et « *lorsqu'une information supplémentaire intéressant l'évaluation d'un risque dans une unité de travail est recueillie.* »³⁹⁵ Néanmoins, l'employeur n'est pas tenu de conserver l'archive des différentes versions du DUERP dans le temps. Or, cela permettrait d'une part de garder la « mémoire » des risques en fonction des périodes, mais aussi un historique des actions menées par l'employeur pour y remédier.

La démarche de prévention de l'employeur implique également la formation des salariés à la sécurité³⁹⁶. De ce fait, les salariés doivent être placés en véritables acteurs de la prévention en entreprise. D'ailleurs, le rapport LECOCQ préconise de « *former aux premiers secours dès le lycée afin d'ancrer la culture de prévention et de rendre chacun capable d'agir dans les situations d'urgence* »³⁹⁷. La culture de prévention doit être enseignée le plus tôt possible. Dans certains Centres de formation d'apprentis (CFA), tels que le CFA couverture-plomberie d'Alfortville, une campagne nommée « *100 minutes pour la vie* » informe et sensibilise les apprentis en formation sur les risques professionnels, tels que les risques de chute en hauteur, les Troubles musculo-squelettiques (TMS), ou encore le risque électrique, dans le but de leur inculquer le plus tôt possible les bons réflexes³⁹⁸.

L'obligation générale de prévention de l'employeur est très précisément explicitée par le Code du travail. Néanmoins, sous l'impulsion de la Cour de cassation, cette obligation générale de prévention s'est transformée en une obligation de sécurité de résultat.

³⁹⁵ Article R.4121-2 du Code du travail.

³⁹⁶ Article R.4141-1 du Code du travail.

³⁹⁷ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », établi par C. LECOCQ, B. DUPUIS, H. FOREST, avec l'appui de H. LANOUZIERE, juillet 2018, page 138.

³⁹⁸ Éditions Législatives, actuEL HSE, « *Apprentis : Les bons réflexes s'apprennent le plus tôt possible* », 26 février 2020.

B – L’extension sans limites de l’obligation de sécurité de résultat de l’employeur ?

Afin de favoriser une meilleure indemnisation des AT et des MP d’origine physique, la Cour de cassation a mis à la charge de l’employeur une véritable obligation de sécurité de résultat et a assoupli les conditions de la reconnaissance de la faute inexcusable de l’employeur (1). Elle a ensuite étendu l’obligation de sécurité de résultat de l’employeur aux maladies psychiques et aux violences au travail, ce qui a fait l’objet de controverses (2). Au fil des arrêts, la Cour de cassation a également consacré la primauté de la protection de la santé des salariés au détriment du pouvoir de direction de l’employeur (3). Parfois décriée, l’obligation de sécurité de résultat n’a cessé de s’étendre, si bien que même en l’absence d’atteinte à sa santé, le salarié peut engager la responsabilité de son employeur en cas de manquement à son obligation de prévention (4). Le salarié a également une obligation de sécurité vis-à-vis de lui-même et de son entourage professionnel, mais celle-ci ne remet pas en cause l’obligation de sécurité de résultat de l’employeur (5).

1/ La naissance de l’obligation de sécurité de résultat de l’employeur et l’évolution de la notion de faute inexcusable

En 2002, l’obligation générale de prévention de l’employeur prend un tournant décisif sous l’impulsion de la Chambre sociale de la Cour de cassation. Les célèbres arrêts « *amiante* »³⁹⁹ imposent à l’employeur « *en vertu du contrat de travail le liant à son salarié* », une obligation de sécurité de résultat. Par ces décisions, au sujet de maladies professionnelles développées par les salariés exposés à l’amiante, la Cour précise que « *l’employeur est tenu envers [le salarié] d’une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par ce salarié du fait des produits fabriqués ou utilisés par l’entreprise* ». L’utilisation du terme « *notamment* » annonce les prémices de l’extension par la Cour de cassation de l’obligation de sécurité de résultat de l’employeur à d’autres domaines que les maladies professionnelles.

³⁹⁹ Cass. soc., 28 février 2002, n° 00-11.793, *Bull. civ.*, 2002, V, n° 81, p. 74 ; Cass. soc., 28 février 2002, n° 00-13.177, Inédit.

Dans le même temps, les arrêts « *amiante* » consacrent une nouvelle définition de la faute inexcusable de l'employeur, en assouplissant les conditions de sa reconnaissance, permettant ainsi une meilleure indemnisation des salariés en cas de MP.

Initialement, en 1941, par l'arrêt « *Dame veuve Villa* », la Cour de cassation a défini la faute inexcusable comme une « *faute d'une gravité exceptionnelle [qui] dérive d'un acte ou d'une omission volontaire, de la conscience du danger et de l'absence de toute cause justificative* »⁴⁰⁰. Depuis les arrêts « *amiante* » du 28 février 2002, la jurisprudence considère que « *le manquement [de l'employeur à son obligation de sécurité de résultat] a le caractère d'une faute inexcusable [...] 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* »⁴⁰¹. Cette nouvelle définition de la faute inexcusable ne fait plus « *référence à la gravité exceptionnelle de la faute ni même à l'omission volontaire. En premier lieu, la Cour fait référence à la « conscience [effective] du danger » par l'employeur [comme cela était déjà le cas dans sa jurisprudence antérieure]. Cette conscience du danger peut être prouvée aisément par le salarié, notamment lorsque ce dernier ou un représentant du personnel par exemple, ou encore le médecin du travail, a averti l'employeur du danger existant ou potentiel. Ensuite, la Cour dépasse son raisonnement initial et considère désormais la conscience du danger comme celle qu'aurait dû avoir l'employeur en sa qualité même d'employeur, de par sa formation et ses responsabilités au sein de l'entreprise. Cela signifie très clairement que même sans alerte ou signalement explicites préalables, un employeur doit pouvoir connaître (et prévenir) les dangers inhérents à telle ou telle activité. Enfin, l'employeur doit prendre, face à ce(s) danger(s), les mesures nécessaires pour préserver la santé et la sécurité du salarié. La Cour mentionne « les » mesures nécessaires et non seulement « des » mesures nécessaires ; en effet, il ne suffit pas pour l'employeur de prendre un ensemble de mesures pour protéger les salariés, mais, plus précisément, de prendre toutes les mesures nécessaires et suffisantes, donc adéquates. Cette nouvelle définition étend de manière significative la possibilité pour le salarié de faire reconnaître la faute inexcusable de son employeur.* »⁴⁰² Quelques mois plus tard, la Cour de cassation est venue préciser qu'« *il est indifférent que la faute inexcusable commise*

⁴⁰⁰ Cass. chambres réunies, 15 juillet 1941, n° 00-26.836, Inédit.

⁴⁰¹ Cass. soc., 28 février 2002, n° 00-13.177, Inédit.

⁴⁰² V. GENTY, S. FANTONI QUINTON, « *Le système de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles : une porte ouverte vers de nouveaux contentieux* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, septembre 2013, volume 74, n° 4, pages 387 à 390.

par l'employeur ait été la cause déterminante de l'accident survenu au salarié, mais qu'il suffit qu'elle en soit une cause nécessaire pour que la responsabilité de l'employeur soit engagée, alors même que d'autres fautes auraient concouru au dommage »⁴⁰³. Le double critère nécessaire pour caractériser la faute inexcusable de l'employeur, à savoir le fait qu'il avait ou aurait dû avoir conscience du danger et qu'il n'a pas pris les mesures de prévention nécessaires, met en lumière son obligation générale de prévention prévue par le Code du travail. Comme le souligne A. DEJAN DE LA BATIE « *Au centre de cette définition, on trouve donc bien la consécration de la logique préventive imposée par la Directive de 1989* »⁴⁰⁴.

Sans surprise, à la suite des arrêts « *amiante* », la Cour de cassation consacre l'obligation de sécurité de résultat à la charge de l'employeur dans le cadre des AT⁴⁰⁵. À l'origine, la volonté de la Cour de cassation était d'étendre la réparation complémentaire pour les salariés victimes d'un AT ou d'une MP. En effet, le régime de la réparation des AT et des MP obéit à des règles spécifiques dérogeant au droit commun de la responsabilité civile. Ainsi, lorsqu'un salarié est victime d'un AT ou d'une MP, il obtient automatiquement une réparation financière de son préjudice⁴⁰⁶, mais il s'agit d'une réparation forfaitaire, et non intégrale⁴⁰⁷. Si le salarié souhaite obtenir une réparation complémentaire, il doit engager la responsabilité civile de l'employeur et démontrer sa faute inexcusable⁴⁰⁸. La réparation complémentaire permet au salarié d'obtenir une majoration de sa rente ainsi que la réparation des préjudices personnels⁴⁰⁹.

⁴⁰³ Cass. soc., 31 octobre 2002, n° 00-18.359, *Bull. civ.*, 2002, V, n° 336, p. 324.

⁴⁰⁴ A. DEJAN DE LA BATIE, « *Arrêt Air France : la Chambre sociale rend un hommage appuyé à l'obligation de prévention* », *Jurisprudence Sociale Lamy*, 7 janvier 2016, n° 401.

⁴⁰⁵ Cass. soc., 11 avril 2002, n° 00-16.535, *Bull. civ.*, 2002, V, n° 127, p. 133.

⁴⁰⁶ Loi du 9 avril 1898 concernant les responsabilités dans les accidents du travail et Loi du 25 octobre 1919 étendant aux maladies d'origine professionnelle la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

⁴⁰⁷ Article L.431-1 du Code de la sécurité sociale.

⁴⁰⁸ Article L.451-1 du Code de la sécurité sociale.

⁴⁰⁹ Article L.452-2 et L.452-3 du Code de la sécurité sociale ; C. MANAOUIL, A. LEPRESLE, S. FANTONI QUINTON, « *Indemnisation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles en cas de faute inexcusable de l'employeur* », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, février 2016, volume 77, n° 1, pages 52 à 59.

Par la suite, la Cour de cassation va poursuivre son cheminement en mettant à la charge de l'employeur une obligation de sécurité de résultat concernant la prévention des maladies psychiques et des violences sur le lieu de travail.

2/ L'extension controversée de l'obligation de sécurité de résultat aux maladies d'origine psychique et aux violences sur les lieux de travail

Avec la Loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002⁴¹⁰, l'obligation de l'employeur concernant la protection de la santé des salariés est élargie à leur santé mentale⁴¹¹. Une année plus tard, la Cour de cassation reconnaît des lésions psychiques au titre de la législation relative aux accidents du travail⁴¹². Dans cet arrêt, un salarié fait constater par son médecin traitant une dépression nerveuse faisant suite à un entretien d'évaluation au cours duquel il a appris sa rétrogradation. La CPAM refuse le caractère professionnel de la dépression au motif que « *ne peuvent être prises en charge au titre de la législation professionnelle que les lésions physiques apparues brutalement au temps et au lieu du travail* ». Les juges du fond prennent le contre-pied de cette décision en reconnaissant que la dépression du salarié est constitutive d'un accident du travail, ce qui est ensuite validé par la Cour de cassation. Par la suite, la Cour admet également que la tentative de suicide d'un salarié à son domicile soit reconnue au titre des accidents du travail « *dès lors que le salarié établit qu'il est survenu par le fait du travail* »⁴¹³.

Certains auteurs considèrent que « *l'intégration de la santé mentale dans la sphère de l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur soulève des difficultés au regard de l'imprécision et de la subjectivité de la notion* »⁴¹⁴. En effet, pour O. GARAND, « *la santé mentale apparaît [...] comme un concept incertain dont la complexité s'accorde malaisément avec une obligation de résultat répondant en principe à un schéma simple* »⁴¹⁵. Pourtant, la

⁴¹⁰ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

⁴¹¹ Article L.4121-1 du Code du travail.

⁴¹² Cass. civ. 2^e, 1^{er} juillet 2003, n° 02-30.576, *Bull. civ. II*, 2003, n° 218, p. 182.

⁴¹³ Cass. civ. 2^e, 22 février 2007, n° 05-13.771, *Bull. civ. II*, 2007, n° 54, p. 45.

⁴¹⁴ O. GARAND, « *Obligation de sécurité de résultat et santé mentale : une articulation inadaptée* », *La Semaine Juridique Sociale*, 14 juin 2011, n° 1281.

⁴¹⁵ O. GARAND, « *Obligation de sécurité de résultat et santé mentale : une articulation inadaptée* », *La Semaine Juridique Sociale*, 14 juin 2011, n° 1281.

position de la Cour de cassation apparaît justifiée dans la mesure où l'obligation générale de prévention à la charge de l'employeur porte autant sur la santé physique que sur la santé mentale des salariés⁴¹⁶.

Afin de protéger la santé mentale de ses salariés, l'employeur est également débiteur d'une obligation de prévention concernant le harcèlement sur le lieu de travail. En effet, il est tenu de prendre « *toutes dispositions nécessaires en vue de prévenir les agissements de harcèlement moral* »⁴¹⁷ ou de « *harcèlement sexuel* »⁴¹⁸. En ce sens, la Cour de cassation rappelle dans un arrêt du 21 juin 2006⁴¹⁹ qu'en vertu du Code du travail « *aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel* ». La Cour réaffirme le principe selon lequel « *l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et la santé de ses salariés [et] qu'il lui appartient de prévenir les agissements de harcèlement à l'intérieur de l'entreprise.* » Par cet arrêt, la Cour précise que « *l'employeur est tenu envers ses salariés d'une obligation de sécurité de résultat [...] en matière de harcèlement moral* ». De plus, elle considère que « *l'absence de faute de [la] part [de l'employeur] ne peut l'exonérer de sa responsabilité* ». Cette décision peut apparaître sévère dans la mesure où même en l'absence de faute de la part de l'employeur, sa responsabilité peut être engagée. Néanmoins, ce jugement protecteur de la santé des travailleurs permet au salarié d'obtenir une réparation du préjudice subi en cas d'atteinte à sa santé.

Par la suite, la prévention du harcèlement et de la violence au travail est devenue l'une des préoccupations des partenaires sociaux, donnant lieu à la signature d'un accord sur ce thème le 26 mars 2010⁴²⁰. Cet accord vient « *compléter la démarche initiée par l'accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008 sur le stress au travail* ». Les signataires s'engagent sur la prévention du harcèlement et de la violence au travail. « *Les parties signataires rappellent que*

⁴¹⁶ Article L.4121-1 du Code du travail.

⁴¹⁷ Article L.1152-4 du Code du travail.

⁴¹⁸ Article L.1153-5 du Code du travail.

⁴¹⁹ Cass. soc., 21 juin 2006, n° 05-43.914, *Bull. civ.*, 2006, V, n° 223, p. 212.

⁴²⁰ Accord du 26 mars 2010 sur le harcèlement et la violence au travail signé par le MEDEF, la CGPME, l'UPA, la CFTD, la CFE-CGC, la CFTC, la CGT-FO et la CGT.

les services de santé au travail qui associent des compétences médicales et pluridisciplinaires sont les acteurs privilégiés de la prévention du harcèlement et de la violence au travail. [...] Ils peuvent participer à l'élaboration de formations adaptées et d'une politique de sécurité, au niveau approprié de l'entreprise. » Le médecin du travail et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail peuvent donc concourir à l'élaboration d'une démarche de prévention dans ce domaine, et ainsi aider l'employeur à satisfaire à son obligation de sécurité de résultat vis-à-vis des salariés.

La notion de harcèlement moral a évolué dans le temps, et en 2009, dans la lignée de sa jurisprudence, la Cour de cassation étend le champ du harcèlement moral en considérant que *« peuvent caractériser un harcèlement moral les méthodes de gestion mises en œuvre par un supérieur hiérarchique dès lors qu'elles se manifestent pour un salarié déterminé par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet d'entraîner une dégradation des conditions de travail susceptibles de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel »*⁴²¹. Dans cet arrêt, un salarié avait été déclaré inapte à son poste de travail par le médecin du travail en raison d'un état dépressif lié aux méthodes de gestion du manager. Le salarié avait ensuite été licencié par l'employeur en raison de l'impossibilité de reclassement. La responsabilité de l'employeur a été engagée alors même qu'il avait pris des mesures en vue de faire cesser ces agissements. D'une part, cet arrêt confirme que les mesures de prévention prises par l'employeur postérieurement à la situation de harcèlement moral ne lui permettent pas de s'exonérer de sa responsabilité. D'autre part, comme le souligne C. RADÉ, *« l'arrêt confirme également, et c'est en cela que la solution est certainement la plus intéressante, que l'employeur doit répondre des agissements des personnes qui exerçaient de fait ou de droit une autorité sur les salariés »*⁴²². Plus récemment, les juges du fond de la Cour d'Appel de Paris⁴²³ ont reconnu que le *« bore-out »*, c'est-à-dire le manque d'activité et l'ennui dans ce cas, pouvait constituer une forme de harcèlement moral.

⁴²¹ Cass. soc., 10 novembre 2009, n° 07-45.321, *Bull. civ.*, 2009, V, n° 247.

⁴²² C. RADÉ, *« Tiers à l'entreprise. Obligation de sécurité de résultat de l'employeur »*, *Droit social*, 10 mai 2011, page 594.

⁴²³ CA Paris, Pôle 06, ch. 11, 2 juin 2020, n° 18/05421.

La Cour de cassation⁴²⁴ a adopté durant de nombreuses années une position très stricte à l'égard de l'employeur lorsqu'un salarié était victime sur son lieu de travail de violences physiques ou morales. Elle considérait que l'employeur manquait à son obligation de sécurité de résultat quand bien même il aurait pris des mesures pour faire cesser ces agissements. Certains auteurs estimaient que cela était « contraire à la logique [de prévention] posée par l'article L.4121-2 du code du travail »⁴²⁵. De plus, « Certains ont parfois dénoncé des attentes disproportionnées à l'égard de l'entreprise, jugée responsable, quelles que soient les mesures de prévention prises, dès lors que le comportement répréhensible surgit au sein de l'entreprise, que ce soit en matière de harcèlement moral ou de situation conflictuelle »⁴²⁶. De ce fait, certains employeurs ont préféré rester inactifs, car même en prenant des mesures de prévention pour faire cesser le risque, leur responsabilité était engagée. Le Conseiller référendaire P. FLORES avait pourtant précisé que « La formule selon laquelle l'employeur est responsable, y compris s'il a pris des mesures en vue de faire cesser les agissements de harcèlement, ne doit pas être lue comme une invitation à la résignation, elle rappelle simplement que le comportement postérieur aux faits n'est pas de nature à effacer le harcèlement déjà subi par le salarié. Mais, si le fait dommageable est déjà survenu, l'employeur doit néanmoins, et bien évidemment, prendre les mesures propres à faire cesser le harcèlement et à en limiter les conséquences dommageables. C'est d'ailleurs pourquoi l'absence de faute de l'employeur ne peut l'exonérer de sa responsabilité. »⁴²⁷

La Cour de cassation a pourtant opéré un revirement de jurisprudence en octobre 2018⁴²⁸ et considère désormais que l'employeur ne manque pas à son obligation de sécurité de résultat s'il justifie avoir pris les mesures de prévention nécessaires en amont et les mesures immédiates propres à faire cesser la situation de violence. Cette décision apparaît plus juste à l'égard de l'employeur, car s'il s'est montré proactif dans le domaine de la prévention des risques de harcèlement et de violences au travail et qu'il a pris les mesures nécessaires en vue

⁴²⁴ Cass. soc., 30 octobre 2013, n° 12-15.133, Inédit ; Cass. soc., 26 mai 2016, n° 14-15.566, Inédit ; Cass. soc., 3 février 2010, n° 08-40.144, *Bull. civ.*, 2010, V, n° 30.

⁴²⁵ A. DEJAN DE LA BATIE, « Arrêt Air France : la Chambre sociale rend un hommage appuyé à l'obligation de prévention », *Jurisprudence Sociale Lamy*, 7 janvier 2016, n° 401.

⁴²⁶ Éditions législatives, « Obligation de sécurité de l'employeur : la Cour de cassation prend davantage en compte les mesures de prévention », 30 novembre 2015.

⁴²⁷ F. CHAMPEAUX, « L'infléchissement de la jurisprudence sur l'obligation de sécurité », *Semaine Sociale Lamy*, 30 novembre 2015, n° 1700.

⁴²⁸ Cass. soc., 17 octobre 2018, n° 16-25.438, Inédit.

de faire cesser la situation litigieuse, il pourra s'exonérer de sa responsabilité. Le médecin du travail et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire peuvent accompagner l'employeur dans l'élaboration de la démarche de prévention des risques professionnels en amont de toute situation conflictuelle ou de harcèlement. En effet, le médecin du travail peut être informé au cours des visites médicales de situations de souffrance au travail. Si le secret médical ne permet pas au médecin d'en informer l'employeur à titre individuel, il peut néanmoins signaler un risque collectif⁴²⁹ lorsqu'il constate plusieurs cas de souffrance au travail. Lorsque le médecin alerte l'employeur sur la présence de Risques psychosociaux (RPS) au sein de l'entreprise, il doit également proposer à l'employeur des mesures visant à préserver la santé des salariés. L'employeur pourra alors agir de concert avec le médecin du travail afin de mettre en œuvre les mesures de prévention adéquates.

Pour aller plus loin dans la préservation de la santé des salariés, la Cour de cassation vient consacrer la prééminence de leur santé sur le pouvoir de direction de l'employeur. Pour certains, l'extension de l'obligation de sécurité de résultat est « *devenue un outil parasitant le pouvoir de direction de l'employeur* »⁴³⁰.

3/ La consécration de la prééminence de la protection de la santé des salariés sur le pouvoir de direction de l'employeur

L'obligation de sécurité de résultat de l'employeur marque un tournant majeur en 2008 avec l'arrêt « *Snecma* »⁴³¹. Ainsi, certains auteurs considèrent que « *L'apogée de l'obligation de sécurité de résultat fut atteinte* » avec cet arrêt⁴³². Ici, la Cour de cassation étend le champ de cette obligation en limitant, pour la première fois, le pouvoir de direction de l'employeur en vertu de la protection de la santé des salariés. Dans cette affaire, l'employeur a mis en œuvre dans le centre d'énergie une nouvelle organisation du travail par équipes et sans interruption de travail. Le CHSCT et le comité d'établissement ont été consultés sur ce

⁴²⁹ Article L.4624-9 du Code du travail.

⁴³⁰ L. DE MONTVALON, « *Le crépuscule de l'obligation de sécurité de résultat* », Semaine sociale Lamy, 22 janvier 2018, n° 1799.

⁴³¹ Cass. soc., 5 mars 2008, n° 06-45.888, *Bull. civ.*, 2008, V, n° 46.

⁴³² L. DE MONTVALON, « *Le crépuscule de l'obligation de sécurité de résultat* », Semaine sociale Lamy, 22 janvier 2018, n° 1799.

projet, mais ils ont émis un avis défavorable, ce qui n'a pas empêché l'employeur de maintenir sa décision en mettant en place cette nouvelle organisation de travail, par le biais d'une note de service. Le pouvoir de direction de l'employeur est remis en cause par la Cour de cassation qui considère que *« l'employeur est tenu, à l'égard de son personnel, d'une obligation de sécurité de résultat qui lui impose de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs ; qu'il lui est interdit, dans l'exercice de son pouvoir de direction, de prendre des mesures qui auraient pour objet ou pour effet de compromettre la santé et la sécurité des salariés »*. La Cour valide ainsi la décision de la Cour d'appel qui *« a constaté que la nouvelle organisation mise en place par l'employeur [...] était de nature à compromettre la santé et la sécurité des travailleurs concernés et que sa mise en œuvre devait en conséquence être suspendue »*. De ce fait, par cet arrêt, la Cour de cassation décide que les juges du fond peuvent suspendre une organisation de travail décidée par l'employeur dès lors que celle-ci a pour objet ou pour effet de compromettre la santé et la sécurité des salariés. *« Cet arrêt du 5 mars 2008 est d'une grande importance, dans la mesure où c'est la première fois qu'au nom de l'obligation de sécurité de résultat, la mise en œuvre d'un projet qui a donné lieu à consultation régulière des instances représentatives a été suspendue par le juge »*⁴³³. Comme le souligne le Professeur P. Y. VERKINDT, *« le pouvoir de l'employeur est clairement surplombé par un principe supérieur (la protection de la santé) d'autant que sont visées les mesures qui auraient pour objet (ce qui renvoie à une volonté de l'employeur de porter atteinte à la santé d'autrui), mais aussi celles qui auraient pour effet d'attenter à la santé des travailleurs. »*⁴³⁴

Face à une atteinte à la santé et à la sécurité des salariés, l'employeur est sévèrement sanctionné par la Cour de cassation. Mais, l'obligation de l'employeur ne se limite pas à la préservation de la santé des salariés, car même en l'absence d'atteinte avérée à leur état de santé, sa responsabilité peut tout de même être engagée.

⁴³³ Lamy santé sécurité au travail, *« Obligation de sécurité de résultat : illustrations jurisprudentielles »*, partie 2, étude 210, 210-7, section 1.

⁴³⁴ P. Y. VERKINDT, *« L'acmé de l'obligation de sécurité du chef d'entreprise »*, Semaine Sociale Lamy, 25 mars 2008, n° 1346.

4/ L'extension de l'obligation de sécurité de résultat même en l'absence d'atteinte avérée à l'état de santé du salarié

Tout au long de sa jurisprudence, la Cour de cassation a continué d'étendre le champ de l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur considérant que sa responsabilité pouvait être retenue même en l'absence d'atteinte avérée à l'état de santé du salarié. Comme le souligne O. GARAND, « *le non-respect d'une réglementation spécifique de sécurité vaut violation de l'obligation de sécurité de résultat* »⁴³⁵. La responsabilité de l'employeur peut ainsi être engagée lorsqu'il ne respecte pas ses obligations en matière d'organisation des visites médicales (a), de fourniture d'équipements de protection individuelle (b), mais aussi en cas de non-respect de la législation contre le tabac (c) ou encore en cas de sentiment d'insécurité développé par un salarié (d).

a) L'organisation des visites et examens médicaux, une obligation à la charge de l'employeur sous peine de manquement à son obligation de sécurité de résultat

L'employeur est tenu de mettre en œuvre le suivi individuel de l'état de santé des salariés auprès du médecin du travail, en organisant les différentes visites et examens médicaux rendus obligatoires par le Code du travail. En 2006, la Cour de cassation⁴³⁶ a étendu l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur à l'organisation de ces visites médicales obligatoires. Dans sa décision, la Cour de cassation vise l'obligation générale de prévention de l'employeur interprétée à la lumière de la directive du 12 juin 1989⁴³⁷. Elle considère que « *l'employeur, tenu d'une obligation de sécurité de résultat en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs dans l'entreprise, doit en assurer l'effectivité* ». À ce titre, la Cour considère que l'employeur ne peut pas laisser le salarié reprendre son poste de travail après un arrêt de travail nécessitant une visite médicale de reprise sans avoir organisé cette visite dans le délai réglementaire.

⁴³⁵ O. GARAND, « *Obligation de sécurité de résultat et santé mentale : une articulation inadaptée* », La Semaine Juridique Social, 14 juin 2011, n° 1281.

⁴³⁶ Cass. soc., 28 février 2006, n° 05-41.555, *Bull. civ.*, 2006, V, n° 87, p. 78.

⁴³⁷ 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.

Par la suite, en 2010, la Cour de cassation a également décidé que « *le manquement de l'employeur [dans l'organisation de la visite médicale d'embauche] caus[e] nécessairement au salarié un préjudice* »⁴³⁸. Par conséquent, afin d'engager la responsabilité civile de l'employeur, le salarié n'a pas besoin de démontrer avoir subi un préjudice du fait du manquement de l'employeur, la simple carence de ce dernier étant suffisante pour caractériser le préjudice. Néanmoins, ce principe a été remis en cause par la Cour de cassation elle-même le 27 juin 2018⁴³⁹. La Cour considère désormais que le salarié qui n'a pas bénéficié de la visite médicale d'embauche doit justifier du préjudice qu'il a subi afin que la responsabilité civile de l'employeur soit reconnue. Il appartient aux juges du fond d'apprécier l'existence d'un préjudice et de procéder à son évaluation. Il convient cependant de noter que si la Cour de cassation considérait jusqu'à sa jurisprudence du 27 juin 2018 que l'absence de visite médicale d'embauche causait nécessairement un préjudice au salarié, elle considérerait déjà que le manquement de l'employeur dans l'organisation de la visite médicale d'embauche, résultant d'une simple négligence et non d'un refus, n'était pas de nature à empêcher la poursuite du contrat de travail⁴⁴⁰. Dans ce cadre, le salarié n'était pas fondé à prendre acte de la rupture de son contrat de travail.

Les obligations pesant sur l'employeur en matière d'organisation du suivi individuel de l'état de santé des salariés ne sont pas sans conséquence pour les services de santé au travail. Au vu de la pénurie de médecins du travail en France⁴⁴¹ et du nombre pharaonique de visites à réaliser chaque année, les services de santé au travail sont confrontés à l'impossibilité d'effectuer l'ensemble des visites prévues par la réglementation. Cette carence cause un préjudice aux salariés, mais également à l'employeur qui peut voir sa responsabilité civile engagée. De même, la responsabilité pénale de l'employeur peut être reconnue comme en témoigne la jurisprudence de la chambre criminelle de la Cour de cassation⁴⁴² ; elle retient la responsabilité pénale d'un employeur en raison de manquements dans l'organisation des

⁴³⁸ Cass. soc., 5 octobre 2010, n° 09-40.913, Inédit ; Cass. soc., 17 octobre 2012, n° 10-14.248, *Bull. civ.*, 2012, V, n° 268 [employé de maison].

⁴³⁹ Cass. soc., 27 juin 2018, n° 17-15.438, Inédit.

⁴⁴⁰ Cass. soc., 18 février 2015, n° 13-21.804, Inédit.

⁴⁴¹ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, pages 31 à 33.

⁴⁴² Cass. crim., 12 janvier 2016, n° 14-87.695, *Bull. crim.*, 2016, n° 6.

visites médicales d'embauche pour ses salariés. Elle s'appuie sur les dispositions de l'article R.4745-3 du Code du travail qui dispose que l'employeur ne respectant pas les dispositions relatives à l'action du médecin du travail est puni de l'amende prévue pour les contraventions de cinquième classe. Dans cet arrêt, l'employeur considérait que sa responsabilité ne pouvait pas être engagée, car il avait effectué la déclaration préalable à l'embauche auprès de l'URSSAF, ce qui entraîne, selon lui, « *automatiquement la transmission d'un avis à la médecine du travail* ». À cela, la Cour rétorque que « *l'envoi à l'URSSAF de la déclaration unique d'embauche, comprenant une demande d'examen médical d'embauche, ne dispense pas l'employeur d'assurer l'effectivité de cet examen* ». Pour s'exonérer de sa responsabilité, l'employeur arguait également de « *l'impossibilité matérielle, admise par [le service de santé au travail], des visites médicales d'embauche de salariés sous contrats de très faible durée* ». Ici encore, la Cour réfute l'argument avancé par l'employeur et considère que ce dernier ne peut s'exonérer de son obligation en invoquant la tolérance du service de santé au travail et l'impossibilité matérielle de mettre son obligation en œuvre. Quoi qu'il en soit, l'employeur reste donc responsable en cas de carence dans l'organisation des examens médicaux. Néanmoins, en cas de défaillance du service de santé au travail dans l'organisation des examens médicaux, la Cour de cassation a admis que l'employeur puisse réclamer à ce dernier la réparation du préjudice subi, ce que nous étudierons plus en détail ultérieurement⁴⁴³.

La protection de l'état de santé des salariés implique nombre de mesures préventives à mettre en place par l'employeur. Outre l'organisation du suivi individuel de l'état de santé des salariés, l'employeur est tenu de fournir aux salariés les équipements de protection individuelle et collective. Le manquement de l'employeur dans ce domaine peut également engager sa responsabilité civile.

b) La fourniture des équipements de protection individuelle et collective, une obligation générale de l'employeur

En vertu de son obligation générale de sécurité, l'employeur doit fournir aux salariés des équipements de protection collective et des équipements de protection individuelle. En

⁴⁴³ Cass. civ. 1^{ère}, 19 décembre 2013, n° 12-25.056, *Bull. civ. I*, 2013, n° 256.

ce sens, le Code du travail prévoit que l'employeur doit « *prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle* »⁴⁴⁴. À ce titre, l'INRS rappelle que l'utilisation des équipements de protection individuelle « *ne doit être envisagée qu'en complément des autres mesures d'élimination ou de réduction des risques* »⁴⁴⁵.

Selon l'INRS, « *un équipement de protection [collective] est un dispositif, un mécanisme, un appareil ou une installation qui, par sa conception (agencement et matériaux constitutifs), est capable d'assurer valablement la protection des salariés contre un ou plusieurs risques professionnels et d'en limiter ainsi les conséquences* »⁴⁴⁶. Les équipements de protection individuelle, quant à eux, sont définis par le Code du travail comme « *des dispositifs ou moyens destinés à être portés ou tenus par une personne en vue de la protéger contre un ou plusieurs risques susceptibles de menacer sa santé ou sa sécurité* »⁴⁴⁷. L'INRS donne quelques exemples d'équipements de protection individuelle, tels que « *les casques de protection, les bouchons d'oreilles, les lunettes de protection, les gants, les chaussures de sécurité, les appareils de protection respiratoire* »⁴⁴⁸. Ces équipements de protection doivent d'une part, être fournis gratuitement par l'employeur⁴⁴⁹ et d'autre part, être appropriés aux risques professionnels à prévenir⁴⁵⁰. La Cour de cassation considère que le seul fait pour l'employeur de ne pas fournir les équipements de protection individuelle constitue « *un manquement de l'entreprise à son obligation de sécurité de résultat causant nécessairement un préjudice au salarié* »⁴⁵¹. Par conséquent, le salarié n'est pas tenu de démontrer qu'il a subi un préjudice du fait du manquement de l'employeur.

Le salarié est également débiteur d'une obligation de sécurité de moyens vis-à-vis de lui-même, laquelle constitue le corollaire de l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur. À ce titre, le salarié doit porter les équipements de protection individuelle fournis par

⁴⁴⁴ Article L.4121-2 du Code du travail.

⁴⁴⁵ I. BALTU, A. CHAPOUTHIER, « *Les équipements de protection individuelle (EPI), Règles d'utilisation* », INRS, ED 6077, octobre 2013.

⁴⁴⁶ INRS, dossier « *Protection collective* » : <http://www.inrs.fr/demarche/protection-collective/ce-qu-il-faut-retenir.html> [Consulté le 22 juin 2020].

⁴⁴⁷ Article R.4311-8 du Code du travail.

⁴⁴⁸ I. BALTU, A. CHAPOUTHIER, « *Les équipements de protection individuelle (EPI), Règles d'utilisation* », INRS, ED 6077, octobre 2013.

⁴⁴⁹ Article R.4323-95 du Code du travail.

⁴⁵⁰ Article R.4323-91 du Code du travail.

⁴⁵¹ Cass. soc., 30 novembre 2010, n° 08-70.390, *Bull. civ.*, 2010, V, n° 270.

l'employeur. La Cour de cassation⁴⁵² a rappelé ce principe et a admis la validité du licenciement d'une salariée refusant de porter de manière réitérée et délibérée ses équipements de protection individuelle. Dans cette affaire, une salariée chef magasinier avait refusé de porter les chaussures, les gants, la casquette et le gilet de sécurité alors qu'elle était responsable d'une équipe et qu'à ce titre elle était tenue de montrer l'exemple à ses collègues. La Cour a ainsi validé le licenciement pour faute grave de la salariée.

Les équipements de protection individuelle et collective visent à prévenir tout risque d'atteinte à la santé des salariés. Les agissements préventifs de l'employeur doivent être au cœur de son action destinée à protéger la santé des salariés. C'est pourquoi les mesures préventives prises par l'employeur pour lutter contre le tabagisme passif sont aussi très encadrées par les juges.

c) La protection des salariés contre le tabagisme passif

Le tabagisme passif est défini comme « *le fait d'inhaler, de façon involontaire, la fumée dégagée par un ou plusieurs fumeurs.* »⁴⁵³ Le Code de la santé publique porte l'« *interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif [dont] les lieux de travail* »⁴⁵⁴. En ce sens, en 2005, la Cour de cassation⁴⁵⁵ a étendu le champ de l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur aux situations de tabagisme passif. Par conséquent, dans le cadre de son obligation de sécurité de résultat et afin d'assurer la protection de l'état de santé des salariés, l'employeur est tenu d'interdire à ses salariés de fumer dans les locaux à usage collectif de l'entreprise. Dans cette affaire, une salariée « *a pris acte de la rupture du contrat de travail aux torts de son employeur, en lui reprochant de n'avoir pas prescrit d'interdiction générale et absolue de fumer dans le bureau à usage collectif qu'elle occupait* ». L'employeur avait simplement interdit « *aux autres salariés de fumer en sa présence et [avait] appos[é] des panneaux d'interdiction de fumer dans le bureau collectif qu'elle occupait* ». La Cour de

⁴⁵² Cass. soc., 19 juin 2013, n° 12-14.246, Inédit.

⁴⁵³ Futura Sciences, définition du tabagisme passif :

<https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-tabagisme-passif-7944/> [Consulté le 22 juin 2020].

⁴⁵⁴ Article R.3512-2 du Code de la santé publique.

⁴⁵⁵ Cass. soc., 29 juin 2005, n° 03-44.412, *Bull. civ.*, 2005, V, n° 219, p.192.

cassation considère que « *l'employeur [est] tenu d'une obligation de sécurité de résultat vis-à-vis de ses salariés en ce qui concerne leur protection contre le tabagisme dans l'entreprise* ». En ce sens, la Cour considère que la prise d'acte du contrat de travail de la salariée est justifiée et produit les effets d'un licenciement sans cause réelle et sérieuse. Par la suite, le Conseil d'État a rendu une décision semblable pour les agents de la fonction publique⁴⁵⁶.

En 2010, la Cour de cassation poursuit dans la lignée de sa jurisprudence concernant la protection des salariés contre le tabagisme passif en considérant de nouveau que « *l'employeur est tenu, à l'égard de son personnel, d'une obligation de sécurité de résultat qui lui impose de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé de ses salariés* », et qu'à ce titre, il doit respecter « *les dispositions du code de la santé publique sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics concernant les salariés* »⁴⁵⁷. Dans un tel contexte, afin d'engager la responsabilité civile de l'employeur, le salarié n'est pas tenu de démontrer qu'il a subi un préjudice résultant du manquement de l'employeur à son obligation.

Ces décisions de la Cour de cassation montrent que même en l'absence d'atteinte à sa santé, le salarié peut engager la responsabilité civile de son employeur pour manquement à son obligation de sécurité. La Cour de cassation est même allée plus loin en reconnaissant la responsabilité civile de l'employeur en cas de sentiment d'insécurité ressenti par un salarié.

d) Le sentiment d'insécurité du salarié, un possible manquement de l'employeur à son obligation de sécurité de résultat

Au fil des arrêts, la Cour de cassation a étendu l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur. Rappelant dans un attendu de principe que « *l'employeur, tenu d'une obligation de sécurité de résultat en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs dans l'entreprise, doit en assurer l'effectivité* », la Cour de cassation⁴⁵⁸ a considéré que le sentiment d'insécurité d'un salarié pouvait caractériser un manquement de l'employeur à son obligation de sécurité de résultat. L'objectif de prévention est donc réaffirmé par la Cour de

⁴⁵⁶ Conseil d'État, 30 décembre 2011, n° 330 959.

⁴⁵⁷ Cass. soc., 6 octobre 2010, n° 09-65.103, *Bull. civ.*, 2010, V, n° 215.

⁴⁵⁸ Cass. soc., 6 octobre 2010, n° 08-45.609, Inédit.

cassation, et même en l'absence d'atteinte avérée à la santé du salarié, la responsabilité de l'employeur peut être engagée. La Cour rappelle donc que l'employeur doit prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité des salariés.

La position de la Cour de cassation, perçue comme sévère vis-à-vis des employeurs, a été décriée par certains auteurs. En effet, dès lors qu'une « *atteinte à la santé physique ou mentale est constatée, l'employeur va se trouver de facto condamné par les Hauts Magistrats pour non-respect de son obligation de sécurité sans qu'il puisse faire la preuve qu'il avait bien pris les mesures de prévention qui s'imposaient.* ». ⁴⁵⁹ De plus, même si le salarié n'invoque aucune atteinte à sa santé, la responsabilité de l'employeur pourra également être retenue dès lors que « *l'employeur n'a pas pris les mesures de prévention qui s'imposaient pour éviter, supprimer ou parer le risque.* » ⁴⁶⁰

Les employeurs ne sont pas les seuls à avoir une obligation en matière de sécurité. En effet, les salariés ont une obligation de sécurité vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur entourage professionnel direct. Néanmoins, cette obligation de sécurité à la charge des salariés n'est pas aussi contraignante que l'obligation de sécurité de résultat pesant sur l'employeur, et un quelconque manquement de la part des salariés dans ce domaine ne déliera aucunement l'employeur de sa propre obligation de sécurité vis-à-vis des salariés.

5/ L'obligation de sécurité du salarié, sans conséquence sur l'obligation de sécurité de l'employeur

La directive du 12 juin 1989⁴⁶¹ a consacré l'obligation générale de sécurité à la charge du salarié, laquelle a été transposée en droit interne par la Loi du 31 décembre 1991⁴⁶². Ainsi,

⁴⁵⁹ A. DEJAN DE LA BATIE, « *Arrêt Air France : la Chambre sociale rend un hommage appuyé à l'obligation de prévention* », Jurisprudence Sociale Lamy, 7 janvier 2016, n° 401.

⁴⁶⁰ A. DEJAN DE LA BATIE, « *Arrêt Air France : la Chambre sociale rend un hommage appuyé à l'obligation de prévention* », Jurisprudence Sociale Lamy, 7 janvier 2016, n° 401.

⁴⁶¹ 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, article 13.

⁴⁶² Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail.

« cette directive a contribué, de façon tout à fait innovante, à associer les travailleurs à la prévention des risques dans l'entreprise ». ⁴⁶³ L'obligation de sécurité du salarié est toutefois liée aux propres obligations de l'employeur. En effet, le Code du travail dispose que « 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. » ⁴⁶⁴ D'une part, l'obligation de sécurité du salarié renvoie aux instructions délivrées par l'employeur, ce qui suppose que ce dernier est tenu de délivrer au salarié les instructions adéquates. De ce fait, le salarié est tenu de « suivre les instructions visant à préciser les conditions d'utilisation des équipements de travail, des moyens de protection individuels et collectifs ainsi que des consignes sur l'utilisation des machines et véhicules » ⁴⁶⁵. D'autre part, l'obligation de sécurité du salarié est liée à la formation qui lui a été dispensée par l'entreprise. Ainsi, le salarié doit « suivre les formations obligatoirement dispensées par l'employeur, son refus pouvant mettre en péril la santé et la sécurité d'autres travailleurs » ⁴⁶⁶. Si l'obligation du salarié est étroitement liée à celle de l'employeur, il n'en demeure pas moins que le salarié est tenu à une simple obligation de sécurité de moyens, laquelle est « relative et conditionnée, puisqu'elle dépend de la « formation » et des « possibilités » de l'intéressé » ⁴⁶⁷.

Corollaire de l'obligation de sécurité du salarié, ce dernier est également débiteur d'un devoir d'alerte à l'égard de son employeur lorsqu'il a un motif raisonnable de penser qu'une situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Dans ce contexte, le salarié dispose également d'un droit de retrait, qui lui permet de s'extraire d'une situation qu'il estime dangereuse ⁴⁶⁸. La Cour de cassation considère que ce droit de retrait est justifié

⁴⁶³ A. FABRE, « L'obligation de sécurité du salarié ou l'histoire d'une fausse autonomie », Semaine Sociale Lamy, 8 décembre 2014, n° 1655.

⁴⁶⁴ Article L.4122-1 du Code du travail.

⁴⁶⁵ C. BRISSET, S. FANTONI QUINTON, « L'obligation de sécurité du salarié », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, juin 2014, volume 75, n° 3, pages 289 à 291.

⁴⁶⁶ C. BRISSET, S. FANTONI QUINTON, « L'obligation de sécurité du salarié », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, juin 2014, volume 75, n° 3, pages 289 à 291.

⁴⁶⁷ A. FABRE, « L'obligation de sécurité du salarié ou l'histoire d'une fausse autonomie », Semaine Sociale Lamy, 8 décembre 2014, n° 1655.

⁴⁶⁸ Article L.4131-1 du Code du travail.

dès lors que le salarié a un motif raisonnable de penser qu'une situation de travail présente un danger, peu important qu'en réalité l'existence d'un danger n'était pas avérée⁴⁶⁹.

Par le biais de son obligation de sécurité, le salarié devient un acteur de la prévention des risques professionnels dans l'entreprise. En cas de manquement à son obligation, l'employeur peut le sanctionner, ce qui a été confirmé par plusieurs arrêts de la Cour de cassation. En ce sens, un salarié, responsable de site, a été licencié pour faute grave au motif de la mise en danger délibérée et des risques graves qu'il a fait courir aux autres salariés. La Cour relève que le salarié était tenu « *en vertu de son contrat de travail de faire appliquer les prescriptions en matière d'hygiène et de sécurité* », que le fait d'avoir « *donné l'ordre de démonter les rayonnages en les escaladant, sans aucune protection, à plus de 4 mètres de hauteur* », constitue un « *manquement rendant impossible son maintien dans l'entreprise* »⁴⁷⁰. De même, dans une autre affaire, la Cour de cassation a considéré qu'un salarié commet une faute grave lorsqu'il fume à plusieurs reprises dans l'entreprise en violation des consignes de sécurité. Ici, la Cour fait référence à la connaissance qu'avait le salarié de cette interdiction en raison de l'activité de la société et des produits qui s'y trouvaient manipulés⁴⁷¹. Dans ce contexte, l'obligation de sécurité du salarié est étroitement liée à celle de l'employeur, car le fait pour un employeur de laisser ses salariés fumer dans l'enceinte de l'entreprise constitue un manquement à son obligation de sécurité de résultat. Donc, « *l'employeur en vertu de son obligation de sécurité doit sanctionner les manquements des salariés en matière de santé et de sécurité au travail. Au dire du professeur P.Y. VERKINDT : « le pouvoir de sanction s'est transformé en matière de santé au travail en un véritable devoir de sanction, corollaire du devoir d'agir en ce domaine »* »⁴⁷². F. FAVENNEC-HERY, considère également que « *la sanction du manquement par le salarié à son obligation de sécurité est [...] une modalité d'exécution de l'obligation patronale de sécurité*⁴⁷³ ».

⁴⁶⁹ Cass. soc., 9 mai 2000, n° 97-44.234, *Bull. civ.*, 2000, V, n° 175, p. 135.

⁴⁷⁰ Cass. soc., 7 octobre 2015, n° 14-12.403, Inédit.

⁴⁷¹ Cass. soc., 16 juin 2015, n° 14-10.327, Inédit.

⁴⁷² Lamy santé sécurité au travail, « *Obligation de sécurité de résultat : illustrations jurisprudentielles* », partie 2, étude 210, 210-7, section 1.

⁴⁷³ F. FAVENNEC-HERY, « *L'obligation de sécurité du salarié* », *Droit Social*, 1^{er} juin 2007, page 693.

En revanche, il n'est pas possible pour un employeur de sanctionner un salarié n'ayant pas respecté ses obligations en matière de santé et de sécurité au travail, s'il n'a pas lui-même satisfait à son obligation de sécurité de résultat. Ce principe a été rappelé en 2014 par la Cour de cassation⁴⁷⁴ qui précise qu'un salarié refusant de porter les équipements de protection individuelle lors d'un travail en hauteur ne peut pas être sanctionné par l'employeur si l'avis émis par le médecin du travail interdisait le travail en hauteur. Par conséquent, la Cour considère que l'employeur ne peut pas reprocher au salarié des fautes commises à l'occasion d'un travail qui lui était interdit.

Il convient également de souligner, comme cela est précisé par l'article L.4122-1 du Code du travail, que l'obligation de sécurité du salarié est sans incidence sur le principe de responsabilité de l'employeur. En effet, la Cour de cassation⁴⁷⁵ est venue rappeler ce principe en énonçant que « *les obligations des travailleurs dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail n'affectent pas le principe de responsabilité de l'employeur* ». Dans cet arrêt, une salariée a été déclarée inapte à son poste de travail par le médecin du travail à la suite d'une altération de son état de santé en lien avec ses conditions de travail. La salariée avait alerté l'employeur sur la présence d'un risque pour sa santé en indiquant qu'elle pouvait y consentir si elle percevait une augmentation de salaire. Les juges du fond ont estimé que si « *la société est manifestement fautive* », la salariée a également « *concouru à son dommage* » et qu'à ce titre, elle doit en supporter les incidences. Les juges ont ainsi « *limit[é] le montant des dommages-intérêts alloués pour manquements de l'employeur à son obligation de sécurité de résultat* », décision qui a été censurée par la Cour de cassation. Cette dernière indique que « *Malgré l'obligation mise à la charge des salariés, l'employeur reste donc pleinement responsable de la prévention et de la gestion des risques en entreprise, ce qui inclut également leur indemnisation intégrale en cas de manquement contractuel* »⁴⁷⁶. Récemment, la Cour de cassation a rappelé ce principe fondamental⁴⁷⁷.

⁴⁷⁴ Cass. soc., 17 décembre 2014, n° 13-23.795, Inédit.

⁴⁷⁵ Cass. soc., 10 février 2016, n° 14-24.350, *Bull. civ.*, 2016, n° 844, *Soc.*, n° 929.

⁴⁷⁶ « *L'obligation de sécurité des salariés n'affecte pas le principe de responsabilité de l'employeur* », *Liaisons Sociales Quotidien*, 18 février 2016, n° 17022.

⁴⁷⁷ Cass. soc., 13 juin 2019, n° 18-11.115, Inédit.

Alors que l'obligation de sécurité de résultat posée par la Cour de cassation à l'égard de l'employeur semblait sans limites, et plaçait « *l'employeur dans une sorte d'impasse qui conduirait inéluctablement, et quoi qu'il fasse, à sa condamnation* »⁴⁷⁸, plusieurs arrêts récents de la Cour de cassation viennent rééquilibrer cette obligation de sécurité, vers une incitation à la prévention des risques professionnels.

§2 – Le renouvellement récent de l'obligation de sécurité de résultat, une incitation à la prévention des risques professionnels

Alors que la multiplicité d'arrêts de la Cour de cassation renforçant l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur a « *pu favoriser l'inaction chez certains employeurs face à une obligation qu'ils jugeaient impossible à satisfaire* »⁴⁷⁹, la Cour est venue rééquilibrer sa position antérieure en replaçant l'obligation de prévention de l'employeur au cœur du dispositif (A). Comme le soulignent Madame LAFUMA et Monsieur WOLMARK⁴⁸⁰, dorénavant « *le fait que le dommage se soit réalisé n'emporte pas automatiquement la violation de l'obligation de sécurité* ». À la suite de cette nouvelle jurisprudence, « *il restait à préciser la portée de cette décision, particulièrement dans les hypothèses de harcèlement moral ou sexuel* »⁴⁸¹. Depuis, la Cour a confirmé sa position dans plusieurs arrêts, parmi lesquels nous retrouvons une décision emblématique concernant le harcèlement moral (B).

A – Le rééquilibrage de l'obligation de sécurité de l'employeur vers une meilleure prise en compte de la prévention des risques professionnels

Depuis 2002, la Cour de cassation n'avait cessé d'étendre le champ de l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur, rendant l'employeur systématiquement responsable en

⁴⁷⁸ S. FANTONI QUINTON, P. Y. VERKINDT, « *Obligation de résultat en matière de santé au travail — À l'impossible, l'employeur est tenu ?* », Droit Social, mars 2013, pages 229 à 238.

⁴⁷⁹ L. DE MONTVALON, « *Le crépuscule de l'obligation de sécurité de résultat* », Semaine sociale Lamy, 22 janvier 2018, n° 1799.

⁴⁸⁰ E. LAFUMA, C. WOLMARK, « *Le lien santé-travail au prisme de la prévention. Perspectives juridiques* », PISTES, 20 janvier 2018.

⁴⁸¹ S. FANTONI QUINTON, D. LEVISSE, « *Vers un assouplissement de la jurisprudence en matière d'obligation de sécurité de l'employeur ?* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, septembre 2017, volume 78, n° 4, pages 345 à 347.

cas de manquement à cette obligation. Néanmoins, il convient de garder à l'esprit, comme le souligne P. Y. VERKINDT que « *les arrêts dits Amiante [avaient] pour objet la réparation du risque professionnel et spécialement la caractérisation de la faute inexcusable* »⁴⁸². Le 25 novembre 2015, la jurisprudence de la Cour de cassation opère un tournant majeur avec le médiatique arrêt « *Air France* »⁴⁸³, redonnant ainsi toute sa place à la prévention des risques professionnels par l'employeur. Les prémises de ce nouveau tournant commençaient déjà à poindre quelques mois avant cette décision emblématique. En effet, la Cour de cassation⁴⁸⁴ semblait déjà amorcer un infléchissement de sa jurisprudence, notamment au travers des décisions relatives aux visites médicales d'embauche, dont l'absence n'empêche plus la poursuite du contrat lorsque cela résulte d'une simple négligence de l'employeur⁴⁸⁵.

Aujourd'hui, la Cour de cassation recentre le débat de l'obligation de sécurité de résultat autour de la logique de prévention. La Cour considère désormais que « *ne méconnaît pas l'obligation légale lui imposant de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, l'employeur qui justifie avoir pris toutes les mesures prévues par les articles L. 4121-1 et L. 4121-2 du code du travail* ». Dans son attendu, la Cour de cassation fait donc référence à l'article L.4121-1 du Code du travail qui impose à l'employeur de prendre « *les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* », et à l'article L.4121-2 qui liste les neuf principes généraux de prévention. Dorénavant, dès lors que l'employeur a pris « *toutes les mesures* » prévues par ces articles, sa responsabilité n'est plus systématiquement engagée. Ainsi, cette décision permet de reconnaître les efforts fournis par l'employeur en matière de prévention des risques.

Certains auteurs⁴⁸⁶ voient dans cet arrêt Air France une mutation de l'obligation de sécurité de résultat en une obligation de moyen renforcée. En 2017, le Président de la chambre sociale

⁴⁸² P. Y. VERKINDT, « *Un signe fort de la maturité de la jurisprudence sur l'obligation de sécurité de résultat* », Semaine Sociale Lamy, 6 juin 2016, n° 1726.

⁴⁸³ Cass. soc. 25 novembre 2015, n° 12-24.444, *Bull. civ.*, 2016, n° 840, *Soc.*, n° 504.

⁴⁸⁴ Cass. soc., 18 février 2015, n° 13-21.804, Inédit.

⁴⁸⁵ P. Y. VERKINDT, « *Un signe fort de la maturité de la jurisprudence sur l'obligation de sécurité de résultat* », Semaine Sociale Lamy, 6 juin 2016, n° 1726.

⁴⁸⁶ F. CHAMPEAUX, « *L'infléchissement de la jurisprudence sur l'obligation de sécurité* », Semaine Sociale Lamy, 30 novembre 2015, n° 1700 ; Éditions législatives, « *Obligation de sécurité de l'employeur : la Cour de cassation prend davantage en compte les mesures de prévention* », 30 novembre 2015.

de la Cour de cassation, J. Y. FROUIN, a évoqué « *le retour à une stricte application de la loi, de sa lettre et de son esprit, quand la jurisprudence manifestait naguère une plus grande audace normative* »⁴⁸⁷. Il indique même que l'obligation de l'employeur n'est désormais « *ni plus ni moins qu'une obligation de moyen* ». D'autres, au contraire, considèrent que l'arrêt de la Cour de cassation opère simplement « *un retour aux sources* »⁴⁸⁸, c'est-à-dire une « *redécouverte de l'esprit de 1989*⁴⁸⁹ ». Selon A. DEJAN DE LA BATIE, « *l'obligation de sécurité resterait bel et bien une obligation de sécurité de résultat, mais la Chambre sociale considérerait aujourd'hui que l'existence d'une lésion professionnelle n'est plus systématiquement révélatrice d'un manquement de l'employeur à son obligation de sécurité de résultat* »⁴⁹⁰. Si la Cour de cassation a infléchi sa jurisprudence relative à l'obligation de sécurité de résultat, celle-ci reste selon nous une obligation de résultat, le résultat portant désormais sur les mesures prises par l'employeur dans le cadre de son obligation de prévention des risques. Comme le précise le Professeur FANTONI QUINTON « *le résultat attendu de l'employeur est [...] la mise en œuvre de tous les moyens de prévention des risques professionnels, tant sur le plan collectif qu'individuel, de sorte que son comportement est placé au centre du débat* »⁴⁹¹. Par cette nouvelle jurisprudence, la Cour de cassation a donc simplement déplacé le curseur de l'obligation de sécurité de résultat, comme le soulignent E. LAFUMA et C. WOLMARK⁴⁹², « *le résultat attendu n'est pas l'absence d'atteinte à la santé, mais l'accomplissement de toutes les mesures de prévention par l'employeur* ». Par conséquent, l'employeur peut s'exonérer de sa responsabilité s'il démontre avoir pris les mesures de prévention nécessaires et adaptées afin d'éviter que le dommage ne se réalise. « *Pour Michel Ledoux, Avocat associé, [...] grâce à cet arrêt, « l'employeur peut démontrer qu'il*

⁴⁸⁷ J. Y. FROUIN, « *Un an de jurisprudence vu par le Président de la chambre sociale* », Jurisprudence Sociale Lamy, 15 décembre 2017, n° 443.

⁴⁸⁸ A. DEJAN DE LA BATIE, « *Arrêt Air France : la Chambre sociale rend un hommage appuyé à l'obligation de prévention* », Jurisprudence Sociale Lamy, 7 janvier 2016, n° 401.

⁴⁸⁹ Directive-cadre n° 89/391 CEE 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.

⁴⁹⁰ A. DEJAN DE LA BATIE, « *Arrêt Air France : la Chambre sociale rend un hommage appuyé à l'obligation de prévention* », Jurisprudence Sociale Lamy, 7 janvier 2016, n° 401.

⁴⁹¹ S. FANTONI QUINTON, D. LEVISSE, « *Vers un assouplissement de la jurisprudence en matière d'obligation de sécurité de l'employeur ?* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, septembre 2017, volume 78, n° 4, pages 345 à 347.

⁴⁹² E. LAFUMA, C. WOLMARK, « *Le lien santé-travail au prisme de la prévention. Perspectives juridiques* », PISTES, 20 janvier 2018.

*a fait son travail, qu'il a mis en œuvre des mesures convaincantes pour le juge. Cette décision justifie d'autant plus des mesures de prévention efficaces, énergiques et surtout rationnelles »*⁴⁹³.

L'arrêt « Air France » constitue le point de départ du retour à la logique de prévention des risques. Néanmoins, comme le précise A. DEJAN DE LA BATIE⁴⁹⁴, « *cet arrêt [...] a été précédé par un certain nombre de décisions qui ont déjà laissé entrevoir ce retour à l'esprit de 1989* ». En ce sens, dans un arrêt non publié au bulletin du 3 décembre 2014⁴⁹⁵, la Cour de cassation a suivi le raisonnement de la Cour d'appel qui considérait que l'employeur n'avait pas manqué à son obligation de sécurité de résultat, concernant un conflit opposant deux salariées, dans la mesure où l'employeur avait adopté « *des mesures telles que la saisine du médecin du travail et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail* » et avait pris la décision « *au cours d'une réunion de ce comité de confier une médiation à un organisme extérieur* » afin de résoudre le conflit. Deux arrêts ont également été rendus par la Cour de cassation⁴⁹⁶ au sujet du risque collectif d'atteinte à la santé des salariés à la suite d'un projet de réorganisation de l'entreprise. Dans ces arrêts, la Cour centre le débat sur les mesures prises par l'employeur dans le cadre de la prévention des risques professionnels. À la lecture de ces deux arrêts, A. DEJAN DE LA BATIE souligne que « *la suspension d'une réorganisation n'est désormais envisageable qu'à une double condition : non seulement le projet patronal est susceptible de générer un risque grave d'atteinte à la santé physique ou mentale des travailleurs, mais, encore, l'employeur ne met pas en œuvre les mesures pour éviter ou parer ce risque.* »⁴⁹⁷

À la suite de l'arrêt « Air France » et des interprétations divergentes de la doctrine qui en ont découlé concernant la nature de l'obligation de l'employeur, les nouveaux arrêts de la

⁴⁹³ F. CHAMPEAUX, « *L'infléchissement de la jurisprudence sur l'obligation de sécurité* », Semaine Sociale Lamy, 30 novembre 2015, n° 1700.

⁴⁹⁴ A. DEJAN DE LA BATIE, « *Arrêt Air France : la Chambre sociale rend un hommage appuyé à l'obligation de prévention* », Jurisprudence Sociale Lamy, 7 janvier 2016, n° 401.

⁴⁹⁵ Cass. soc., 3 décembre 2014, n° 13-18.743, Inédit.

⁴⁹⁶ Cass. soc., 5 mars 2015, n° 13-26.321, Inédit ; Cass. soc., 22 octobre 2015, n° 14-20.173, *Bull. civ.*, 2016, n° 838, *Soc.*, n° 397.

⁴⁹⁷ A. DEJAN DE LA BATIE, « *Arrêt Air France : la Chambre sociale rend un hommage appuyé à l'obligation de prévention* », Jurisprudence Sociale Lamy, 7 janvier 2016, n° 401.

Cour de cassation dans ce domaine étaient très attendus. La Cour a confirmé la nouvelle orientation de sa jurisprudence dans plusieurs arrêts, parmi lesquels une décision fondamentale concernant une situation de harcèlement moral.

B – La primauté de la prévention des risques professionnels en matière de harcèlement moral

La Cour de cassation confirme la primauté de la prévention des risques professionnels dans un arrêt concernant une situation de harcèlement moral. En juin 2016⁴⁹⁸, la Cour considère que « *ne méconnaît pas l'obligation légale lui imposant de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, notamment en matière de harcèlement moral, l'employeur qui justifie avoir pris toutes les mesures de prévention prévues par les articles L. 4121-1 et L. 4121-2 du code du travail et qui, informé de l'existence de faits susceptibles de constituer un harcèlement moral, a pris les mesures immédiates propres à le faire cesser* ». Dans cette affaire, la Cour considère que « *l'employeur avait pris toutes les mesures de prévention visées aux articles L. 4121-1 et L. 4121-2 du code du travail et, notamment, avait mis en œuvre des actions d'information et de formation propres à prévenir la survenance de faits de harcèlement moral* ». L'attendu de principe de la Cour de cassation reprend les mêmes fondements juridiques que ceux énoncés dans l'arrêt « *Air France* ». La Cour de cassation vient donc confirmer sa jurisprudence en donnant un nouveau souffle à l'obligation de prévention de l'employeur. Par conséquent, la Cour de cassation opère un revirement de jurisprudence en matière de harcèlement moral. Auparavant, elle considérait que lorsqu'un salarié était victime de harcèlement moral au travail, le manquement de l'employeur à son obligation de sécurité de résultat était caractérisé quand bien même il aurait pris des mesures en vue de faire cesser ces agissements. En effet, « *depuis 2006*⁴⁹⁹, *la jurisprudence consid[érait] que la protection des salariés contre le harcèlement fai[sai]t partie intégrante de l'obligation de sécurité de résultat pesant sur l'employeur, de sorte que l'employeur ne [pouvait] s'exonérer de sa responsabilité en*

⁴⁹⁸ Cass. soc., 1^{er} juin 2016, n° 14-19.702, *Bull. civ.* 2016.

⁴⁹⁹ Cass. soc., 21 juin 2006, n° 05-43.914, *Bull. civ.*, 2006, V, n° 223, p. 212.

invoquant l'absence de faute de sa part »⁵⁰⁰. Dorénavant, les juges estiment que l'employeur ne manque pas à son obligation de sécurité s'il remplit les deux conditions suivantes : d'une part, il doit prendre en amont du harcèlement, toutes les mesures de prévention prévues aux articles L.4121-1 et L.4121-2 du Code du travail, et d'autre part, il doit prendre les mesures immédiates propres à faire cesser le harcèlement lorsqu'il a été dénoncé. Cet arrêt redonne tout son sens à la prévention des risques et notamment à la prévention primaire et secondaire du harcèlement en entreprise.

La nouvelle position de la Cour de cassation permet d'insuffler un nouveau souffle à la prévention des risques professionnels en entreprise et favorise les actions de l'employeur dans ce domaine. Dorénavant, les employeurs sont plus enclins à prendre toutes les mesures préventives, mais également toutes les mesures propres à faire cesser toute situation de harcèlement. Selon J.-Y. FROUIN, « *la solution [de la Cour de cassation] ne diminue pas le niveau d'exigence attendu de l'employeur, mais place le comportement de l'employeur au centre du débat* »⁵⁰¹. Le Professeur FANTONI QUINTON précise qu'« *il revient [...] aux juges du fond, dans l'exercice de leur pouvoir souverain d'appréciation des éléments de fait et de preuve qui leur sont soumis, d'évaluer le comportement de l'employeur, notamment la pertinence des mesures de prévention et de sécurité prises et leur adéquation au risque connu ou qu'il aurait dû connaître* »⁵⁰².

Par la suite, la Cour de cassation a rendu plusieurs avis faisant état d'une « *obligation de prévention des risques professionnels* » et non plus d'une obligation de sécurité de résultat⁵⁰³. Pourtant, dans le même temps, les arrêts des Cours d'appel font toujours état d'une obligation de sécurité de résultat reprenant les anciens fondements de la Cour de cassation, à savoir que

⁵⁰⁰ « *Harcèlement moral : l'employeur peut s'exonérer de sa responsabilité* », Liaisons Sociales Quotidien, 3 juin 2016, n° 17094.

⁵⁰¹ « *La Cour de cassation dresse son bilan pour 2015 et suggère de nouvelles propositions de réformes* », Liaisons Sociales Quotidien, 12 juillet 2016, n° 17121.

⁵⁰² S. FANTONI QUINTON, D. LEVISSE, « *Vers un assouplissement de la jurisprudence en matière d'obligation de sécurité de l'employeur ?* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, septembre 2017, volume 78, n° 4, pages 345 à 347.

⁵⁰³ Cass. soc., 6 décembre 2017, n° 16-10.885, Inédit et n° 16-10.891, Inédit.

« l'employeur, tenu d'une obligation de sécurité de résultat en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs doit en assurer l'effectivité »⁵⁰⁴.

Nous pouvons espérer que la mutation de la jurisprudence permettra *« d'évoluer d'une mission impossible, sorte d'impasse qui conduisait inéluctablement et quoi que fasse l'employeur, à sa condamnation, à un cahier des charges clair et rigoureux »⁵⁰⁵*. Pour mettre en œuvre les actions de prévention adaptées, si l'employeur peut faire appel aux compétences des professionnels de son service de santé au travail et plus particulièrement à celles du médecin du travail dont l'une des missions consiste à *« participe[r] à la prévention des risques professionnels »⁵⁰⁶*, il demeure néanmoins seul responsable en matière de santé et de sécurité des salariés, le partage de responsabilité entre l'employeur et le médecin du travail n'étant pas prévu dans ce domaine.

⁵⁰⁴ CA Toulouse, 15 décembre 2017, n° 16/04131 ; CA Versailles 13 décembre 2017, n° 15/05595.

⁵⁰⁵ S. FANTONI QUINTON, D. LEVISSE, *« Vers un assouplissement de la jurisprudence en matière d'obligation de sécurité de l'employeur ? »*, Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, septembre 2017, volume 78, n° 4, pages 345 à 347.

⁵⁰⁶ Article R.4623-1 du Code du travail.

SECTION 2 : UNE COOPÉRATION ENTRE LE MÉDECIN DU TRAVAIL ET L'EMPLOYEUR QUI NE SE CONFOND PAS EN UNE DÉLÉGATION DE RESPONSABILITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Il ne fait aucun doute qu'une collaboration étroite entre l'employeur et le médecin du travail est nécessaire afin que toutes les mesures adéquates de prévention des risques professionnels soient mises en œuvre au sein de l'entreprise. Néanmoins, en pratique, cette collaboration reste encore difficile à mettre en place, et cela est en partie dû à la méconnaissance par l'employeur des limites du champ d'action du médecin du travail. De ce fait, l'articulation des rôles respectifs du médecin du travail et de l'employeur dans la protection de l'état de santé des salariés s'avère complexe (§1). Néanmoins, l'employeur reste en tout état de cause seul responsable de la santé et de la sécurité des salariés, le médecin du travail agissant en qualité de conseiller auprès de l'employeur, ce qui exclut une délégation de responsabilité en matière de santé et de sécurité au travail (§2).

§1 – L'articulation complexe des rôles respectifs du médecin du travail et de l'employeur dans la protection de la santé des salariés

L'objectif commun de l'employeur et du médecin du travail quant à la protection de la santé des salariés ne peut être pleinement atteint qu'à la condition d'échanges réguliers et de qualité entre ces deux acteurs clés. Cependant, en réalité, la coopération entre ces deux acteurs n'est pas toujours aisée, car leurs échanges peuvent se révéler complexes à plus d'un titre (A). En outre, la communication entre l'employeur et le médecin est rendue d'autant plus complexe par le fait qu'ils se livrent à une bataille impliquant divers enjeux de pouvoir et de savoir (B).

A – Des échanges complexes entre l'employeur et le médecin du travail dans l'objectif conjoint de préservation de la santé des salariés

Le médecin du travail et l'employeur tiennent « *deux rôles pivots dont la bonne articulation constitue l'une des clés de réussite de toute action visant à promouvoir la santé au*

travail »⁵⁰⁷. Par conséquent, les échanges entre ces deux acteurs sont nécessaires, voire obligatoires dans certaines circonstances (1) bien que ces échanges ne puissent être totalement transparents en raison du secret médical auquel est tenu le médecin du travail (2).

1/ Les échanges entre l'employeur et le médecin du travail : une nécessité soumise à un cadre réglementaire

Les actions menées par l'employeur en vue de protéger la santé des salariés sont en partie conditionnées par les informations détenues par le médecin du travail. De son côté, l'employeur dispose des moyens nécessaires pour préserver la santé des salariés puisqu'il peut, en vertu de son pouvoir de direction, prendre l'ensemble des mesures visant à combattre les risques à la source, penser la conception des postes de travail de manière à réduire les effets potentiellement délétères sur la santé des salariés, etc. Néanmoins, l'employeur n'a pas accès aux informations relatives à l'état de santé des salariés, d'où la nécessité d'une collaboration étroite avec le médecin du travail afin de pouvoir mettre en œuvre les mesures les plus adaptées à chaque salarié. Ainsi, le médecin du travail est détenteur d'informations essentielles permettant à l'employeur d'assurer la protection de la santé des salariés, et c'est pour cela que le travail en coopération entre l'employeur et le médecin du travail apparaît alors indispensable pour assurer l'effectivité de la protection de la santé des salariés. En conséquence, le législateur a encadré en partie ces échanges, aussi bien dans le cadre du suivi individuel des salariés (a) que dans le cadre des actions sur le milieu de travail (b).

a) Les échanges entre l'employeur et le médecin du travail dans le cadre du suivi individuel des salariés

Dans le cadre du suivi individuel de l'état de santé des salariés, le médecin du travail peut préconiser des mesures individuelles « *d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail* »⁵⁰⁸. Ces préconisations sont notées sur la fiche intitulée « *Proposition de mesures individuelles*

⁵⁰⁷ ARAVIS, ANACT, Guide pratique, « *La relation médecin du travail / entreprise, à la croisée des enjeux de santé au travail et de gestion des ressources humaines* », Boîte à outils GRH en PME, dossier n° 7, décembre 2012.

⁵⁰⁸ Article L.4624-3 du Code du travail.

d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou de mesures d'aménagement du temps de travail »⁵⁰⁹ accompagnant la fiche d'aptitude⁵¹⁰ ou l'attestation de suivi individuel⁵¹¹, dont un volet est transmis à l'employeur⁵¹². Par ses préconisations individuelles, le médecin du travail permet à l'employeur de respecter son obligation légale d'adaptation du travail à l'Homme⁵¹³. En effet, l'employeur n'ayant pas accès aux éléments d'ordre médical concernant les salariés, le concours du médecin du travail dans ce domaine lui est donc nécessaire. À ce sujet, le Conseil d'État⁵¹⁴ rappelle que les préconisations émises par le médecin du travail doivent être suffisamment claires afin de permettre à l'employeur de proposer au salarié un emploi approprié à ses capacités. Pourtant, force est de constater que certains employeurs déplorent encore le manque de clarté de certains avis émis par le médecin du travail. Afin de parer à cette difficulté, le législateur a mis à la charge du médecin du travail, à compter du 1^{er} janvier 2017, une obligation légale d'échanger avec l'employeur avant d'émettre une préconisation individuelle⁵¹⁵. Nous pouvons, à ce titre, espérer que cet échange systématique permettra de faciliter la compréhension et par conséquent la mise en œuvre des préconisations par l'employeur. De même, il y a fort à parier que cet échange permettra de limiter les situations dans lesquelles l'employeur refuse de mettre en place les préconisations émises par le médecin⁵¹⁶.

En parallèle de ces échanges obligatoires encadrés par le Code du travail, la Cour de cassation a apporté des précisions quant à l'obligation pour l'employeur de solliciter le médecin du travail dans certaines situations. Ainsi, lorsqu'un salarié est déclaré inapte à son poste de travail, l'employeur doit, dans le cadre de sa recherche de reclassement, se rapprocher du médecin du travail afin d'obtenir des précisions sur les possibilités de reclassement au sein de l'entreprise, ou le cas échéant au sein du groupe auquel elle appartient. La jurisprudence considère d'ailleurs que les réponses apportées par le médecin du travail postérieurement à

⁵⁰⁹ Annexe 4 de l'arrêté du 16 octobre 2017 fixant le modèle d'avis d'aptitude, d'avis d'inaptitude, d'attestation de suivi individuel de l'état de santé et de proposition de mesures d'aménagement de poste.

⁵¹⁰ Pour les salariés bénéficiant d'un suivi individuel renforcé de leur état de santé.

⁵¹¹ Pour les salariés bénéficiant d'un suivi individuel simple ou adapté de leur état de santé.

⁵¹² Articles R.4624-14 et R.4624-55 du Code du travail.

⁵¹³ Article L.4121-2 du Code du travail.

⁵¹⁴ Conseil d'État, 4^e sous-section jugeant seule, 1^{er} août 2013, n° 341604, Inédit au recueil Lebon.

⁵¹⁵ Article L.4624-3 du Code du travail.

⁵¹⁶ Article L.4624-6 du Code du travail.

la déclaration d'inaptitude permettent à l'employeur de justifier de son impossibilité de reclassement⁵¹⁷. De même, l'employeur doit solliciter le médecin du travail lorsque les préconisations délivrées s'avèrent être insuffisantes⁵¹⁸. Cela signifie que face à un avis incomplet et/ou imprécis, l'employeur doit solliciter le médecin du travail afin que ce dernier lui apporte des informations complémentaires ou des précisions lui permettant de mettre en œuvre les préconisations.

Les échanges entre l'employeur et le médecin du travail ne se limitent pas aux seules situations individuelles, la réglementation prévoyant également des échanges dans le cadre de l'action collective du médecin du travail, notamment concernant ses actions sur le milieu de travail.

b) Les échanges entre l'employeur et le médecin du travail dans le cadre des actions sur le milieu de travail

Au fil des réformes, la législation et la réglementation ont instauré une véritable obligation de traçabilité des échanges entre l'employeur et le médecin du travail. Lors de ses actions sur le milieu de travail, le médecin du travail doit communiquer à l'employeur les rapports et les résultats des études menées par lui ou par les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail. L'employeur porte ensuite ces rapports à la connaissance du CSE, et les tient à la disposition de l'inspecteur du travail⁵¹⁹. La transmission des rapports et des résultats des actions sur le milieu de travail à l'employeur s'avère indispensable, cela lui permettant de s'appuyer sur ces comptes rendus afin d'alimenter sa démarche de prévention des risques professionnels. En effet, les membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail ayant des compétences techniques que n'ont pas nécessairement les employeurs, cela leur permet d'identifier et d'analyser les risques professionnels sous des angles différents afin de délivrer à l'employeur les conseils de prévention adéquats.

⁵¹⁷ Cass. soc., 5 octobre 2016, n° 15-16.429, Inédit ; Cass. soc., 5 octobre 2016, n° 15-15.656, Inédit.

⁵¹⁸ Cass. soc., 28 juin 2006, n° 04-47.672, *Bull. civ.*, 2006, V, n° 230, p. 220.

⁵¹⁹ Article R.4624-8 du Code du travail.

Le médecin du travail doit également échanger avec l'employeur par écrit lorsqu'il constate la présence d'un risque collectif pour la santé des travailleurs. De ce fait, il appartient au médecin d'alerter l'employeur quant à la présence du risque constaté et de lui proposer des mesures destinées à préserver l'état de santé des salariés⁵²⁰. Ce signalement permet à l'employeur de prendre toutes les mesures nécessaires afin de faire cesser le risque, conformément à son obligation de sécurité de résultat. En cas de refus, l'employeur devra à son tour procéder à un échange avec le médecin du travail afin de lui faire connaître par écrit les motifs de son refus⁵²¹.

En outre, les échanges entre l'employeur et le médecin du travail peuvent avoir lieu à tout moment, l'employeur pouvant interroger le médecin sur une question relevant de ses missions, lequel devra faire connaître ses préconisations par écrit⁵²². Ces échanges permettent à l'employeur d'acquérir une connaissance approfondie des risques professionnels présents au sein de son entreprise et des mesures adéquates à prendre en vue de les supprimer ou le cas échéant de les réduire. De ce fait, l'employeur devrait en principe avoir toutes les clés lui permettant de satisfaire à son obligation de sécurité de résultat.

Afin que le médecin du travail puisse assurer sa mission de conseil à l'égard de l'employeur dans les meilleures conditions possibles, l'employeur a également une obligation d'information auprès du médecin. À ce titre, il doit communiquer au médecin du travail, et plus globalement à l'équipe pluridisciplinaire, la nature et la composition des produits utilisés ainsi que leur modalité d'emploi. L'employeur doit également transmettre au médecin du travail les fiches de données de sécurité ainsi que les résultats de toutes les mesures et analyses réalisées⁵²³. De même, l'employeur doit informer l'équipe pluridisciplinaire de toutes les mesures prises, telles que les aménagements nouveaux, les modifications apportées aux équipements, la réorganisation de l'entreprise, etc. Enfin, d'une manière générale, le médecin du travail doit avoir accès à l'ensemble des documents non nominatifs concernant la santé et la sécurité des salariés⁵²⁴.

⁵²⁰ Article L.4624-9 du Code du travail.

⁵²¹ Article L.4624-9 du Code du travail.

⁵²² Article L.4624-9 du Code du travail.

⁵²³ Article R.4624-4-1 du Code du travail.

⁵²⁴ Article R.4624-5 du Code du travail.

Le partage d'informations entre l'employeur et le médecin du travail s'avère indispensable afin de permettre à ce dernier d'assurer au mieux sa mission de conseil auprès de l'employeur qui pourra de ce fait remplir sa propre mission, à savoir mener une réelle démarche de prévention des risques professionnels dans l'entreprise. Néanmoins, les échanges entre le médecin et l'employeur connaissent des limites liées en particulier au secret médical.

2/ Des échanges limités unilatéralement par le secret médical

Les échanges entre le médecin du travail et l'employeur ne pourront avoir lieu en totale transparence en raison du secret médical auquel est tenu le médecin du travail, qui sera alors parfois contraint de passer sous silence certaines informations. En revanche, les échanges ne seront qu'unilatéralement limités, ce qui signifie que l'employeur devra, quant à lui, délivrer au médecin du travail l'ensemble des informations nécessaires à la réalisation de sa mission, l'employeur ne pouvant arguer du secret de fabrication pour dissimuler certaines informations au médecin, ce dernier étant également soumis à ce secret⁵²⁵. Afin d'assurer sa mission de prévention, l'employeur devra donc se laisser guider par les conseils du médecin du travail, les informations médicales concernant les salariés lui étant inaccessibles (a). Par conséquent, la coopération entre le médecin, l'employeur et les salariés apparaît nécessaire afin de garantir la protection de la santé des salariés (b).

a) Les informations médicales concernant les salariés inaccessibles à l'employeur

Il convient de rappeler au préalable que le médecin du travail, qu'il exerce ses missions au sein d'un service de santé au travail autonome ou interentreprises, a un statut de salarié, ce qui n'altère en rien les contours du secret professionnel auquel il est soumis, comme le précise le Code de déontologie médicale : « *le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat [...] à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel [...]* »⁵²⁶ En vertu de ce principe, le médecin du travail ne

⁵²⁵ Article R.4624-9 du Code du travail.

⁵²⁶ Articles 95 du Code de déontologie médicale et R.4127-95 du Code de la santé publique.

peut révéler à l'employeur aucune information concernant l'état de santé des salariés. De même, l'employeur ne peut avoir accès aux éléments contenus dans le DMST du salarié, comme le rappelle la Cour de cassation : « *le dossier médical d'un salarié, couvert par le secret médical qui s'impose au médecin qui le tient, ne peut en aucun cas être communiqué à son employeur* »⁵²⁷.

Ainsi, le médecin du travail doit articuler son obligation de secret professionnel à l'égard des salariés avec son obligation de conseil vis-à-vis de l'employeur. La Cour de cassation a déjà eu l'occasion de se prononcer sur cette articulation complexe. En ce sens, la chambre criminelle de la Cour de cassation considère que le médecin du travail ne viole pas le secret médical lorsqu'il informe l'employeur du refus du salarié « *de se faire porter malade et de se faire administrer [des] soins* », dans la mesure où le médecin ne révèle pas la nature des soins nécessaires. De même, le fait pour le médecin du travail de révéler à l'employeur qu'il a eu des échanges téléphoniques avec le médecin traitant d'un salarié ne constitue pas une violation du secret médical dans la mesure où aucune information technique relative à l'état de santé du salarié n'est révélée⁵²⁸. Toutefois, la Cour de cassation rappelle qu'en aucune circonstance l'employeur ne peut avoir accès au DMST du salarié. La Cour précise que si l'employeur obtient par le médecin du travail un élément tiré du dossier médical, il ne peut le produire en justice sous peine de commettre une faute : « *Commet une faute l'employeur qui fait établir et produit en justice une attestation du médecin du travail comportant des éléments tirés du dossier médical du salarié, hormis les informations que le médecin du travail est légalement tenu de communiquer à l'employeur* »⁵²⁹.

Lorsque le médecin du travail émet des préconisations en termes d'aménagement, d'adaptation, de transformation de poste ou de reclassement sur un autre poste de travail, il ne peut révéler à l'employeur aucun élément couvert par le secret médical. Ainsi, la fiche délivrée à l'employeur (attestation de suivi, avis d'aptitude, avis d'inaptitude)⁵³⁰ ne mentionne

⁵²⁷ Cass. soc., 10 juillet 2002, n° 00-40.209, *Bull. civ.*, 2002, V, n° 251, p. 245.

⁵²⁸ Cass. crim., 6 juin 1972, n° 70-90.271, *Bull. crim.*, n° 190, p. 481.

⁵²⁹ Cass. soc., 30 juin 2015, n° 13-28.201, *Bull. civ.*, 2015, n° 833, *Soc.*, n° 1305 ; C. MANAOUIL, S. FANTONI QUINTON, « *Entre rupture du secret professionnel et accusation de harcèlement moral à l'occasion d'une procédure d'inaptitude, le médecin du travail au cœur de toutes les polémiques* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, octobre 2016, volume 77, n° 5, pages 779 à 783.

⁵³⁰ Articles R.4624-14 et R.4624-55 du Code du travail.

aucun élément relatif à l'état de santé du salarié, elle mentionne simplement les éléments relatifs à la compatibilité entre l'état de santé du salarié et son poste de travail. Le Conseil d'État⁵³¹ est venu préciser que « *le médecin du travail doit indiquer, dans les conclusions écrites qu'il rédige à l'issue des visites médicales [...], les considérations de fait de nature à éclairer l'employeur sur son obligation de proposer au salarié un emploi approprié à ses capacités et notamment les éléments objectifs portant sur ces capacités qui le conduisent à recommander certaines tâches en vue d'un éventuel reclassement dans l'entreprise ou, au contraire, à exprimer des contre-indications* ». Le Conseil poursuit en précisant « *qu'une telle obligation, qui ne contraint pas le médecin à faire état des considérations médicales qui justifient sa position, peut être mise en œuvre dans le respect du secret médical [...]* ».

Lorsque le médecin du travail émet des préconisations individuelles, il ne doit en aucun cas révéler à l'employeur les raisons médicales justifiant sa décision ni révéler la pathologie du salarié. En effet, comme le soulignent S. BOURGEOT et P. Y. VERKINDT, « *dans le cadre des visites d'aptitude, [le médecin du travail] ne doit communiquer à l'employeur que son avis sur ladite aptitude ainsi que les éléments nécessaires d'ordre non médical permettant soit d'adapter les postes, soit de prendre des mesures individuelles d'adaptation, soit enfin de rechercher un poste de reclassement* »⁵³². Pourtant, les raisons médicales justifiant la décision du médecin peuvent être considérées comme essentielles pour l'employeur afin de lui permettre d'adapter au mieux le poste de travail du salarié ou de rechercher un poste de reclassement compatible avec l'état de santé de ce dernier. D'ailleurs, en pratique, comme nous avons pu le constater à plusieurs reprises à l'ACMS, il n'est pas rare que l'employeur demande au médecin du travail les raisons l'ayant conduit à son avis. À titre d'exemple, en 2017⁵³³, un employeur a demandé au médecin du travail des explications relatives au fondement de son avis médical concernant une préconisation de travail exclusivement de nuit pour un salarié. L'employeur, alors qu'il n'est pas médecin et qu'il ne connaît pas la pathologie du salarié, considère que le travail de nuit est plus « fatiguant » pour le salarié, ce qui le conduit à s'interroger sur les raisons médicales ayant conduit le médecin à émettre cet avis.

⁵³¹ Conseil d'État, 1^{ère} et 2^e sous-sections réunies, 3 décembre 2003, n° 254000, Publié au recueil Lebon ; Conseil d'État, 4^e sous-section jugeant seule, 1^{er} août 2013, n° 341604, Inédit au recueil Lebon.

⁵³² S. BOURGEOT, P.Y. VERKINDT, « *La maladie du salarié au prisme de la distinction de la vie personnelle et de la vie professionnelle* », Droit social, n° 1, janvier 2010, pages 56 à 64.

⁵³³ Contestation d'un avis rendu par un médecin du travail à l'ACMS, CPH de Boulogne Billancourt, audience publique du 8 septembre 2017 (contestation de l'avis par Coca-cola European partners France).

Quoi qu'il en soit, le médecin du travail ne peut en aucun cas révéler à l'employeur les motifs médicaux l'ayant conduit à émettre une telle préconisation. L'absence de réponse de la part du médecin du travail peut être incomprise par l'employeur, ce qui constitue une source potentielle de conflit avec le médecin du travail.

b) La nécessité d'une coopération renforcée entre le médecin du travail et l'employeur pour pallier l'absence d'informations médicales détenues par l'employeur

S. BOURGEOT et P.Y. VERKINDT soulignent que « *le médecin du travail se trouve directement placé au point de contact entre la vie personnelle, voire la vie privée, du travailleur et la vie professionnelle* »⁵³⁴. Or, le Code civil consacre le principe du droit au respect de la vie privée⁵³⁵, ce qui signifie, pour ce qui nous concerne, que l'employeur ne peut avoir accès aux informations relatives à la vie privée des salariées, et notamment aux informations de nature médicale. Or, certaines informations détenues par le médecin du travail peuvent être perçues par l'employeur comme indispensables afin de lui permettre de satisfaire à son obligation de sécurité à l'égard des salariés. De ce fait, « *L'employeur se trouve placé au cœur d'une injonction paradoxale dont la sortie s'avère particulièrement délicate en raison de la place occupée par la santé (et la maladie) sur la frontière de la vie personnelle et de la vie professionnelle.* »⁵³⁶ Seule une coopération avec le médecin du travail permet à l'employeur de remplir pleinement son obligation de sécurité vis-à-vis des salariés.

Comme nous l'avons déjà souligné, le secret médical est indispensable à l'exercice des missions du médecin du travail, car les salariés « *ne dévoileront une part de leur intimité que parce qu'ils savent qu'elle ne sera pas révélée* »⁵³⁷. Par conséquent, le secret permet au médecin du travail d'acquérir une connaissance approfondie de l'état de santé des salariés, ce qui lui permet ensuite de délivrer les conseils de prévention adéquats au salarié, mais aussi à

⁵³⁴ S. BOURGEOT, P.Y. VERKINDT, « *La maladie du salarié au prisme de la distinction de la vie personnelle et de la vie professionnelle* », Droit social, n° 1, janvier 2010, pages 56 à 64.

⁵³⁵ Article 9 du Code civil.

⁵³⁶ S. BOURGEOT, P.Y. VERKINDT, « *La maladie du salarié au prisme de la distinction de la vie personnelle et de la vie professionnelle* », Droit social, n° 1, janvier 2010, pages 56 à 64.

⁵³⁷ S. BOURGEOT, P.Y. VERKINDT, « *La maladie du salarié au prisme de la distinction de la vie personnelle et de la vie professionnelle* », Droit social, n° 1, janvier 2010, pages 56 à 64.

l'employeur. Néanmoins, cela peut sembler paradoxal, pour l'employeur qui pourra percevoir ce secret comme un frein à sa mission de protection de la santé des salariés, car il n'est pas directement détenteur de l'ensemble des informations lui permettant de protéger leur santé⁵³⁸. En conséquence, la préservation de la santé des salariés nécessite une collaboration tripartite impliquant le salarié, le médecin et l'employeur. En effet, le médecin du travail ne peut être pleinement efficace sans la collaboration des salariés via les confidences qu'ils sont amenés à lui faire ; et d'autre part, l'employeur ne peut pleinement satisfaire à son obligation de prévention des risques professionnels sans coopérer avec le médecin du travail. Ces trois acteurs doivent donc agir de concert pour permettre une prévention optimale des risques professionnels et permettre d'adapter les postes de travail à l'état de santé de chacun des salariés.

Nous avons pu constater que la nature des échanges entre l'employeur et le médecin du travail dépend de la taille de l'entreprise. Dans les très petites entreprises (TPE) notamment, les échanges entre l'employeur et le médecin du travail se limitent souvent aux situations individuelles posant des difficultés en termes d'aptitude : « *Ces situations d'urgence, humainement difficiles, ne sont pas favorables à la construction d'une relation de confiance [entre l'employeur et le médecin du travail]* »⁵³⁹. En réalité, « *les relations entre médecins et direction d'entreprise restent souvent difficiles, distantes ou imprégnées de visions plutôt critiques des uns sur les autres.* »⁵⁴⁰ Ce manque de communication entre l'employeur et le médecin du travail a un impact direct sur la prévention des risques professionnels dans l'entreprise. Au-delà des échanges écrits encadrés réglementairement entre l'employeur et le médecin, les échanges verbaux permettent d'instaurer un véritable dialogue, et ainsi de résoudre certaines situations complexes ou tout simplement d'éviter un malentendu.

⁵³⁸ S. FANTONI QUINTON, A. M. LAFLAMME, « *Garder le silence ou mentir sur son état de santé : quelles conséquences juridiques pour le candidat à l'embauche ? Une approche comparée France / Québec* », Droit Social, janvier 2016, pages 19 à 26.

⁵³⁹ ARAVIS, ANACT, Guide pratique, « *La relation médecin du travail / entreprise, à la croisée des enjeux de santé au travail et de gestion des ressources humaines* », Boîte à outils GRH en PME, dossier n° 7, décembre 2012.

⁵⁴⁰ ARAVIS, ANACT, Guide pratique, « *La relation médecin du travail / entreprise, à la croisée des enjeux de santé au travail et de gestion des ressources humaines* », Boîte à outils GRH en PME, dossier n° 7, décembre 2012.

Outre la communication complexe entre le médecin du travail et l'employeur, les enjeux de pouvoir et de savoir entre ces deux acteurs peuvent aussi constituer un frein à leur mission commune, à savoir la prévention effective des risques professionnels.

B – La communication entre l'employeur et le médecin du travail malmenée par des enjeux de pouvoir et de compétences

S'il est indéniable que la communication entre l'employeur et le médecin du travail constitue un facteur déterminant leur permettant de mener à bien leur mission commune de préservation de la santé des travailleurs, il ne fait aucun doute que leur objectif commun est en partie mis à mal en raison des enjeux de compétences et de pouvoirs qui existent entre eux. La coopération entre ces deux acteurs est donc indispensable, mais il convient de garder à l'esprit que chacun dispose de son propre rôle et par conséquent, ils doivent rester dans les limites de leurs compétences respectives. Par ailleurs, l'employeur doit accepter une limitation de son pouvoir de direction en raison d'un principe supérieur : le droit à la santé des salariés (1). Le médecin du travail, quant à lui, doit veiller à délimiter avec précision son champ de compétence auprès de l'employeur, notamment en distinguant bien ce qui relève des compétences professionnelles du salarié de ce qui relève de son aptitude médicale (2).

1/ La limitation du pouvoir de direction de l'employeur au profit des impératifs de santé

En vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur dispose d'un pouvoir de direction à son égard, « dont la finalité est de lui permettre d'assurer la gestion de son entreprise »⁵⁴¹. À ce titre, l'employeur peut déterminer les règles applicables dans l'entreprise, par le biais notamment du règlement intérieur. Au sein du règlement intérieur, l'employeur « fixe exclusivement les mesures d'application de la réglementation en matière de santé et de sécurité dans l'entreprise [...], les règles générales et permanentes relatives à la discipline, notamment la nature et l'échelle des sanctions que peut prendre l'employeur »⁵⁴². Néanmoins,

⁵⁴¹ P. L. NISOL, « Le pouvoir de direction de l'employeur est-il devenu une chimère », Jurisprudence Sociale Lamy, 29 janvier 2015, n° 380, pages 4 à 6.

⁵⁴² Article L.1321-1 du Code du travail.

le pouvoir de direction de l'employeur n'est pas sans limites, notamment au regard des règles d'ordre public, des dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles⁵⁴³. D'autre part, comme le souligne le Professeur BOSSU, « *l'autorité du chef d'entreprise ne s'étend pas au-delà de la vie professionnelle* », ce qui signifie que « *Dans sa vie personnelle, le salarié est entièrement libre sous réserve de ne pas violer ses obligations contractuelles et de ne pas causer, par son comportement, un trouble objectif à l'intérêt de l'entreprise.* »⁵⁴⁴

Dans le cadre de la relation contractuelle entre les salariés et l'employeur, le pouvoir de direction de ce dernier peut être limité de plusieurs manières.

Tout d'abord, en principe, l'employeur peut exercer son pouvoir de direction afin de décider quels salariés il souhaite embaucher au regard de leurs compétences professionnelles. Il doit néanmoins respecter l'interdiction de discrimination à l'embauche, notamment en raison de l'état de santé ou du handicap du salarié⁵⁴⁵. En ce sens, l'interdiction de discrimination « *vient buter la liberté de l'employeur de choisir les futurs salariés* »⁵⁴⁶. D'autre part, la législation a mis à la charge de l'employeur une obligation d'emploi de travailleurs handicapés. À ce titre, l'employeur qui occupe au moins 20 salariés est tenu d'embaucher 6 % de travailleurs handicapés⁵⁴⁷ : « *En première analyse, [cette obligation] peut apparaître comme une véritable obligation de résultat, puisque le législateur a pris le soin de préciser le pourcentage de travailleurs handicapés* »⁵⁴⁸. Pourtant, en réalité, l'employeur peut s'acquitter partiellement de l'obligation d'emploi par différents moyens. Depuis le 1^{er} janvier 2020, l'emploi direct de travailleurs handicapés est privilégié. Ainsi, le Code du travail prévoit que l'employeur peut s'acquitter de son obligation d'emploi en accueillant en stage les bénéficiaires de l'obligation d'emploi, ainsi que les jeunes de plus de seize ans bénéficiaires de droits à la prestation de compensation du handicap [...], en accueillant les bénéficiaires de l'obligation d'emploi pour des périodes de mise en situation en milieu professionnel ainsi qu'en employant les

⁵⁴³ P. L. NISOL, « *Le pouvoir de direction de l'employeur est-il devenu une chimère* », Jurisprudence Sociale Lamy, 29 janvier 2015, n° 380, pages 4 à 6.

⁵⁴⁴ B. BOSSU, « *Les pouvoirs de l'employeur* », fiche de révision, n°3361.

⁵⁴⁵ Article L.1132-1 du Code du travail.

⁵⁴⁶ S. FANTONI QUINTON, P. Y. VERKINDT, « *Obligation de résultat en matière de santé au travail — À l'impossible, l'employeur est tenu ?* », Droit Social, mars 2013, pages 229 à 238.

⁵⁴⁷ Article L.5212-2 du Code du travail.

⁵⁴⁸ S. FANTONI QUINTON, P. Y. VERKINDT, « *Obligation de résultat en matière de santé au travail — À l'impossible, l'employeur est tenu ?* », Droit Social, mars 2013, pages 229 à 238.

bénéficiaires de l'obligation d'emploi mis à disposition par les entreprises de travail temporaire et par les groupements d'employeurs⁵⁴⁹. D'autre part, les employeurs peuvent aussi s'acquitter de leur obligation d'emploi en versant une contribution annuelle aux fonds de développement pour l'insertion professionnelle des handicapés⁵⁵⁰. En revanche, depuis le 1^{er} janvier 2020, il n'est plus possible pour l'employeur de s'acquitter de son obligation en passant des contrats de fourniture, de sous-traitance ou de prestations de services avec des entreprises adaptées, des centres de distribution de travail à domicile, des établissements ou services d'aide par le travail ou des travailleurs indépendants handicapés. Malgré tout, cela pourra faire l'objet d'une déduction à la contribution annuelle.

Ensuite, le pouvoir de direction de l'employeur quant à l'organisation de l'entreprise peut être limité par des impératifs de sécurité de salariés⁵⁵¹. En effet, en 2008, dans le célèbre arrêt « Snecma », la Cour de cassation a admis la suspension d'un projet de réorganisation de l'entreprise au motif que ce projet avait pour effet de compromettre la santé et la sécurité des salariés⁵⁵², même si en 2015 la Cour a infléchi sa jurisprudence en recentrant le débat sur les mesures prises par l'employeur en vue d'éviter l'altération de la santé des salariés liée à la réorganisation de l'entreprise⁵⁵³.

Enfin, durant l'exécution du contrat de travail, l'employeur est tenu d'adapter le travail à l'Homme en vertu de son obligation de prévention des risques professionnels⁵⁵⁴, notamment en mettant en œuvre les préconisations émises par le médecin du travail⁵⁵⁵. Lorsque le médecin émet des préconisations individuelles d'aménagement de poste, l'employeur doit suivre cet avis en prenant les mesures nécessaires afin que le poste de travail du salarié soit compatible avec lesdites préconisations. Cela peut entraîner une modification de l'organisation du travail ou l'achat de matériel adapté. Les avis du médecin du travail peuvent,

⁵⁴⁹ Article L.5212-7 du Code du travail.

⁵⁵⁰ Article L.5212-9 du Code du travail.

⁵⁵¹ F. VELOT, « *Quand la sécurité fait obstacle au pouvoir de direction* », Les Cahiers Lamy du CE, juin 2008, n° 72, pages 16 à 18.

⁵⁵² Cass. soc., 5 mars 2008, n° 06-45.888, *Bull. civ.*, 2008, V, n° 46.

⁵⁵³ Cass. soc., 22 octobre 2015, n° 14-20.173, *Bull. civ.*, 2016, n° 838, *Soc.*, n° 397 ; Cass. soc., 5 mars 2015, n° 13-26.321, Inédit.

⁵⁵⁴ Article L.4121-2 du Code du travail.

⁵⁵⁵ Article L.4624-6 du Code du travail.

par conséquent, avoir pour effet de limiter le pouvoir de direction de l'employeur. À titre d'exemple, lorsque le médecin émet une préconisation individuelle d'aménagement du temps de travail, l'employeur doit la prendre en considération alors même que cette préconisation peut entrer en conflit avec son pouvoir de direction en vertu duquel il peut en temps normal fixer les horaires de travail des salariés. Le législateur prévoit néanmoins la possibilité pour l'employeur de refuser de mettre en œuvre les préconisations du médecin s'il s'en justifie par écrit. L'employeur doit alors apporter au médecin et au salarié des arguments objectifs lui permettant de démontrer son impossibilité de mettre en œuvre les préconisations⁵⁵⁶. Si l'employeur ne met pas en place les préconisations émises par le médecin, le salarié sera en droit de refuser d'occuper son poste, comme l'a précisé la Cour de cassation⁵⁵⁷. Dans cette affaire, une salariée a été licenciée pour absence injustifiée alors qu'elle avait refusé d'occuper un poste de travail qui n'était pas conforme à l'avis du médecin du travail. La Cour de cassation a validé la position des juges du fond requalifiant le licenciement en licenciement sans cause réelle et sérieuses estimant que le refus de la salariée de reprendre son travail sur un poste incompatible avec les préconisations du médecin du travail ne constituait pas une faute.

De même, lorsque le médecin du travail signale à l'employeur la présence d'un risque pour la santé des travailleurs en lui indiquant les mesures à prendre pour y remédier, l'employeur doit prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, il doit faire connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite⁵⁵⁸.

L'employeur peut donc voir son pouvoir de direction limité en fonction des préconisations émises par le médecin du travail. Bien que justifiée par des impératifs de santé, cette limitation du pouvoir peut être source d'incompréhensions et de tensions entre l'employeur et le médecin du travail, d'autant que l'employeur ne dispose pas des éléments médicaux justifiant les préconisations du médecin du travail.

Les difficultés relationnelles entre l'employeur et le médecin du travail sont également liées à la méconnaissance partielle par l'employeur des limites du champ d'action du médecin du travail, et notamment de la frontière ténue entre les compétences professionnelles et l'« aptitude » médicale.

⁵⁵⁶ Article L.4624-6 du Code du travail.

⁵⁵⁷ Cass. soc., 23 septembre 2009, n° 08-42.629, *Bull. civ.*, 2009, V, n° 189.

⁵⁵⁸ Article L.4624-9 du Code du travail.

2/ La frontière tenue entre les compétences professionnelles et l'« aptitude » médicale du salarié

Lors de l'embauche d'un salarié, l'employeur apprécie ses compétences professionnelles au cours de l'entretien d'embauche, mais également durant la période d'essai⁵⁵⁹. En parallèle de cela, l'employeur doit s'assurer que le salarié ne présente pas de contre-indication médicale à occuper son poste de travail en organisant auprès du service de santé au travail une VIP initiale⁵⁶⁰ ou un examen médical d'aptitude à l'embauche⁵⁶¹ selon le poste occupé par le salarié. Ainsi, les compétences professionnelles du salarié et son « aptitude » médicale ne doivent pas être confondues, les premières relevant de la compétence de l'employeur, et la seconde de celle du médecin du travail.

Tout d'abord, concernant l'évaluation des compétences professionnelles du salarié par l'employeur, ce dernier peut, au cours de l'entretien d'embauche, questionner le salarié au sujet de ses aptitudes professionnelles ou bien lui demander certaines informations dans le but d'apprécier sa capacité à occuper le poste proposé. À ce titre, le Code du travail précise que « *ces informations doivent présenter un lien direct et nécessaire avec l'emploi proposé ou avec l'évaluation des aptitudes professionnelles* »⁵⁶² et il est précisé que « *Le candidat est tenu de répondre de bonne foi à ces demandes d'informations.* »⁵⁶³ En revanche, l'employeur ne doit pas questionner le salarié au sujet de son état de santé, sous peine d'être sanctionné par les juges en raison d'une discrimination à l'embauche⁵⁶⁴. Comme le soulignent S. BOURGEOT et P. Y. VERKINDT, « *les « aptitudes professionnelles » du candidat à l'emploi, qui peuvent être légitimement évaluées, ne se confondent pas avec l'aptitude médicale, cette dernière n'étant appréciée que par le médecin du travail dans le cadre de la visite médicale d'embauche* »⁵⁶⁵. Cela signifie que le salarié dispose d'un « droit au silence » concernant son état de santé vis-à-vis de l'employeur. Selon S. FANTONI et A. M. LAFLAMME, « *Ce droit au silence est sans nul*

⁵⁵⁹ Article L.1221-20 du Code du travail.

⁵⁶⁰ Article L.4624-1 du Code du travail.

⁵⁶¹ Article L.4624-2 du Code du travail.

⁵⁶² Article L.1221-6 du Code du travail.

⁵⁶³ Article L.1221-6 du Code du travail.

⁵⁶⁴ Article L.1132-1 du Code du travail.

⁵⁶⁵ S. BOURGEOT, P.Y VERKINDT, « *La maladie du salarié au prisme de la distinction de la vie personnelle et de la vie professionnelle* », Droit social, n° 1, janvier 2010, pages 56 à 64.

doute lié au fait que le système français a prévu que ce soit le médecin du travail, seul juge de l'aptitude médicale du travailleur, qui examine la question de la compatibilité entre un état de santé et les exigences d'un poste de travail »⁵⁶⁶. En revanche, il ne relève pas des missions du médecin du travail d'évaluer les compétences professionnelles du salarié. Par conséquent, selon le Code du travail, les rôles de l'employeur et du médecin du travail sont clairement établis et distincts, mais malheureusement, les contours des missions du médecin du travail sont souvent partiellement méconnus de l'employeur. De ce fait, l'employeur exerce parfois une pression sur le médecin du travail afin qu'il assure une mission qui ne lui est pas dévolue. En effet, force est de constater que bien souvent un « *amalgame entre aptitude et compétence* »⁵⁶⁷ subsiste dans l'esprit de l'employeur. Dans son ouvrage, P. MARICHALAR aborde la question de la confusion entre l'aptitude et la compétence en se référant à une situation concrète, celle d'un avis d'aptitude rendu par le Docteur CARRÉ, médecin du travail, au sujet d'une salariée sourde embauchée dans un centre d'appel. Le médecin justifie sa décision en rappelant que sa mission est d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ; or, de ce point de vue, la salariée étant atteinte de surdité, sa santé ne pouvait pas être altérée du fait de l'utilisation du téléphone. En ce sens, le médecin rappelle qu'il est « *mandaté pour déterminer l'aptitude et non la compétence d'un salarié* ». De même, à l'ACMS, nous avons pu constater que les médecins du travail étaient confrontés à ces problématiques ; à titre d'exemple, en 2018, un médecin du travail a reçu un salarié souffrant d'une pathologie entrainant des difficultés importantes de concentration, ayant pour conséquence une diminution de sa productivité. De ce fait, l'employeur l'a adressé au médecin du travail en vue d'évaluer la compatibilité entre son état de santé et son poste de travail. En retour, le médecin du travail a indiqué que l'état de santé du salarié était compatible avec son poste de travail, ce qui a généré des tensions avec l'employeur, ce dernier ne concevant pas la raison pour laquelle le médecin du travail refusait d'émettre un avis d'inaptitude alors que l'insuffisance professionnelle du salarié était en lien avec son état de santé. Au vu de ces exemples, nous pouvons souligner que la frontière entre les compétences et l'« aptitude » médicale des salariés est parfois poreuse.

⁵⁶⁶ S. FANTONI QUINTON, A. M. LAFLAMME, « *Garder le silence ou mentir sur son état de santé : quelles conséquences juridiques pour le candidat à l'embauche ? Une approche comparée France/Québec* », Droit Social, janvier 2016, pages 19 à 26.

⁵⁶⁷ P. MARICHALAR, « *Médecin du travail, médecin du patron ?* », SciencesPo, Les presses, 2014.

D'ailleurs, par certains aspects, l'employeur doit tenir compte de l'état de santé du salarié lorsqu'il évalue les compétences de ce dernier. Ainsi, la Cour de cassation a précisé que, dans le cadre de son pouvoir de direction, l'employeur ne peut pas sanctionner un salarié en raison d'une insuffisance professionnelle alors qu'il n'est pas sans savoir, au vu des avis du médecin du travail, que cette insuffisance est liée à l'état de santé du salarié⁵⁶⁸.

Les rôles de l'employeur et du médecin du travail sont donc bien distincts, l'un évaluant les compétences professionnelles du salarié, le second émettant un avis quant à la compatibilité entre l'état de santé du salarié et son poste de travail. Dans ce cadre, le rôle du médecin est bien de délivrer des conseils à l'employeur en vue de protéger la santé des salariés. Néanmoins, l'employeur reste seul responsable en ce qui concerne la protection de la santé des salariés, et en cas d'altération à leur état de santé, il ne pourra en aucun cas invoquer un partage de responsabilité avec le médecin du travail, même en cas de manquement ou de défaillances de la part de ce dernier.

§2 – L'absence de délégation de responsabilité entre l'employeur et le médecin du travail quant à la protection de la santé des salariés

Les rôles et les responsabilités de l'employeur et du médecin du travail quant à la protection de la santé et de la sécurité des salariés sont bien distincts. Au regard d'une obligation de moyen, le médecin du travail doit « *éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* »⁵⁶⁹ en étant force de proposition à l'égard de l'employeur au sujet notamment de « *l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise [de] l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la santé physique et mentale [de] la protection des travailleurs contre l'ensemble des nuisances, etc.* »⁵⁷⁰. L'employeur, quant à lui, est titulaire du pouvoir de direction dans l'entreprise, et il doit, à ce titre, assurer la protection de la santé des salariés au regard d'une obligation de sécurité de résultat en matière de prévention des risques professionnels. Pour ce faire, l'employeur doit notamment mettre en œuvre les préconisations individuelles et collectives émises par le

⁵⁶⁸ Cass. soc., 19 décembre 2007, n° 06-43.918, *Bull. civ.*, 2007, V, n° 216.

⁵⁶⁹ Article L.4622-2 du Code du travail.

⁵⁷⁰ Article R.4623-1 du Code du travail.

médecin du travail afin d'adapter les postes de travail en fonction de l'état de santé des salariés et de combattre les risques à la source. En ce sens, le respect par l'employeur des différentes préconisations délivrées par le médecin du travail constitue un préalable obligatoire lui permettant de démontrer qu'il a bien mis en œuvre les mesures nécessaires pour assurer la protection de la santé de ses salariés⁵⁷¹. Cependant, l'employeur doit parfois aller au-delà de la stricte application des préconisations rendues par le médecin afin de satisfaire à son obligation de prévention des risques professionnels. Ainsi, « *au fil de sa jurisprudence, la Cour de cassation rappelle que [...] l'absence ou le manque d'actions de la part du médecin du travail ne peut délier l'employeur de ses obligations.* »⁵⁷² Cela signifie que la responsabilité de l'employeur peut être engagée en cas d'altération de la santé d'un salarié alors même que le médecin du travail n'a émis aucune préconisation destinée à préserver la santé du salarié (A) voire même lorsque l'employeur a scrupuleusement respecté les préconisations du médecin (B).

A – L'absence de préconisation de la part du médecin du travail ne peut délier l'employeur de ses obligations quant à la prévention des risques professionnels

Dans le cadre de sa mission, le médecin du travail conseille l'employeur quant aux mesures à prendre en vue de protéger la santé des salariés, par le biais de préconisations individuelles et collectives, lesquelles sont soit obligatoires soit laissées à l'appréciation du médecin du travail (1). Cependant, dans le cadre de son obligation de prévention des risques professionnels, l'employeur devra lui-même anticiper toutes les mesures à prendre en vue de préserver la santé de ses salariés pour pallier une éventuelle insuffisance ou absence de préconisation de la part du médecin du travail, celle-ci ne l'exonérant pas de son obligation de sécurité de résultat (2).

⁵⁷¹ Cass. soc., 19 décembre 2007, n° 06-43.918, *Bull. civ.*, 2007, V, n° 216.

⁵⁷² V. GENTY, S. QUINTON FANTONI, « *L'employeur, le médecin du travail et la protection de la santé des travailleurs : deux acteurs aux responsabilités différentes* », *Semaine Sociale Lamy*, 26 mai 2015, n° 1678.

1/ L'absence d'obligation systématique pour le médecin du travail d'émettre des préconisations

Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur concernant l'ensemble des questions relatives à la santé et à la sécurité des salariés dans l'entreprise. Ainsi, les conseils délivrés par le médecin se traduisent par la délivrance de préconisations individuelles et collectives destinées à aider l'employeur dans sa démarche de prévention des risques.

Concernant les préconisations individuelles, le Code du travail précise que le médecin du travail peut proposer des mesures d'aménagement, d'adaptation ou de transformation de poste de travail pour les salariés dont l'état de santé le justifie⁵⁷³. Nous pouvons relever qu'il ne s'agit aucunement d'une obligation à la charge du médecin du travail, ce qui signifie qu'aucune disposition ne le contraint à émettre des préconisations individuelles, et ce même si l'état de santé du salarié le nécessite. En ce sens, en fonction des éléments médicaux en sa possession et des échanges avec le salarié, le médecin du travail juge de l'opportunité d'émettre une préconisation individuelle. Il s'agit là d'une mission délicate, car le médecin doit articuler deux éléments fondamentaux divergents, à savoir l'objectif de préservation de la santé des salariés et les conséquences sociales et économiques découlant de ces avis (ce point sera développé ultérieurement⁵⁷⁴). Toutefois, le médecin du travail doit rester vigilant lorsque l'état de santé du salarié est susceptible d'impacter la santé ou la sécurité de tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail. La Loi met en effet à la charge du médecin du travail la mission d'« *éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, [...] ainsi que tout risque manifeste d'atteinte à la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail.* »⁵⁷⁵ La responsabilité pénale du médecin du travail pourrait donc être engagée en cas de mise en danger de la vie d'autrui⁵⁷⁶ ou en cas de faute d'imprudence ou de négligence⁵⁷⁷, dans le cas où il aurait laissé un salarié travailler malgré un état de santé pouvant entraîner la mise en danger de tierces personnes évoluant dans l'environnement immédiat de travail.

⁵⁷³ Article L.4624-3 du Code du travail.

⁵⁷⁴ Voir infra (Partie 1, Titre 2, Chapitre 2, Section 1, §3).

⁵⁷⁵ Article L.4622-3 du Code du travail.

⁵⁷⁶ Article 223-1 du Code pénal.

⁵⁷⁷ Article 221-6 du Code pénal.

Concernant les préconisations à caractère collectif, le médecin du travail doit avertir l'employeur dès lors qu'il constate la présence d'un risque professionnel afin de lui proposer des mesures permettant de protéger la santé des salariés⁵⁷⁸. Dans ce contexte, il ne s'agit pas d'une simple possibilité, mais bien d'une obligation mise à la charge du médecin du travail. Néanmoins, nous pouvons tout de même noter qu'à l'heure actuelle, la recherche de la responsabilité civile du médecin en raison d'un défaut d'information de sa part est très rarement mise en œuvre, la Cour de cassation rappelant surtout qu'il appartient à l'employeur d'assurer la protection de la santé des salariés, et ce même en l'absence de préconisations de la part du médecin du travail.

2/ La protection effective de la santé des salariés : une obligation à la charge de l'employeur même en l'absence de préconisation de la part du médecin du travail

Si l'employeur doit s'appuyer sur les compétences du médecin du travail et des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail afin de préserver l'état de santé des salariés, la Cour de cassation rappelle que cette responsabilité incombe uniquement à l'employeur⁵⁷⁹. À ce titre, la Cour considère que la faute inexcusable de l'employeur peut être reconnue (lorsque les conditions de sa reconnaissance sont réunies), même si le médecin du travail n'a pas alerté l'employeur au sujet de la présence d'un risque professionnel. Dans cet arrêt, une salariée reconnue atteinte d'une maladie professionnelle inscrite au tableau n° 57C (Poignet - Main et doigt) a demandé la reconnaissance de la faute inexcusable de son employeur, ce qui a donné lieu à un rejet de la part de la Cour d'Appel au motif de l'absence de mises en garde spécifiques du CHSCT ou du médecin du travail. Or, la Cour de cassation considère, quant à elle, que l'absence d'alerte de la part du CHSCT ou du médecin du travail ne suffit pas pour exonérer l'employeur de son obligation de sécurité de résultat. Ainsi, même en l'absence d'alerte spécifique, la faute inexcusable de l'employeur peut être engagée si ce dernier 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. Par conséquent, « *l'absence de mise en garde et de préconisations par le médecin du travail quant aux risques professionnels ne*

⁵⁷⁸ Article L.4624-9 du Code du travail.

⁵⁷⁹ Cass. civ. 2e, 18 novembre 2010, n° 09-17.275, *Bull. civ. II*, 2010, n° 191.

permet pas à l'employeur de se soustraire à son obligation de sécurité de résultat et à son obligation de prévention des risques professionnels. »⁵⁸⁰ Cela signifie qu'en cas de survenue d'un AT ou d'une MP, seule la responsabilité de l'employeur peut être engagée, l'employeur ne pouvant aucunement arguer d'un défaut d'alerte de la part du médecin du travail pour se soustraire à ses responsabilités. Par conséquent, dans cette affaire, l'employeur aurait dû identifier l'exposition à un risque pouvant entraîner une maladie en procédant à une analyse complète et précise des risques professionnels au sein de l'entreprise en vue d'adapter les techniques de travail, au besoin en sollicitant le médecin du travail.

Une autre décision emblématique de la Cour de cassation en matière de prévention des risques professionnels rappelle l'obligation mise à la charge de l'employeur par le législateur en termes d'adaptation du « *travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail, ainsi que le choix des équipements de travail* »⁵⁸¹. En ce sens, pour la Cour de cassation⁵⁸² il appartient à l'employeur d'adapter le poste de travail d'un salarié même en l'absence de préconisation émise par le médecin du travail. Dans cette affaire, une salariée a été déclarée apte à son poste de travail avec pour seule préconisation d'« *éviter le port de charges lourdes de plus de 17 kg* ». Malgré l'absence de préconisation spécifique de la part du médecin du travail, la salariée a demandé à l'employeur à plusieurs reprises une table de travail adaptée à sa morphologie, c'est-à-dire adaptée à sa taille, ce qui n'a pas été suivi d'effet par l'employeur. À la suite d'une étude de poste réalisée sans la présence de la salariée, le médecin du travail fait savoir à l'employeur que le poste de travail décrit est compatible avec l'état de santé de la salariée en question. Pourtant, la Cour de cassation décide qu'au titre de l'obligation générale de prévention des risques par l'employeur, il appartient à ce dernier « *d'adapter le poste de travail d'une salariée aux contraintes spécifiques à sa taille afin de prévenir la pénibilité au travail, voire les risques professionnels* ». Par ailleurs, la Cour souligne que l'étude de poste ayant été réalisée en l'absence de la salariée, cette dernière n'avait pas pu alerter le médecin du travail quant à la nécessité d'adapter le poste de travail du fait de sa morphologie. Enfin, au-delà du non-respect par l'employeur de son obligation

⁵⁸⁰ V. GENTY, S. QUINTON FANTONI, « *L'employeur, le médecin du travail et la protection de la santé des travailleurs : deux acteurs aux responsabilités différentes* », Semaine Sociale Lamy, 26 mai 2015, n° 1678

⁵⁸¹ Article L.4121-2 du Code du travail.

⁵⁸² Cass. soc., 7 janvier 2015, n° 13-17.602, Inédit.

d'adapter le travail à l'homme, la Cour considère que « *l'attitude réitérée de l'employeur ayant entraîné la dégradation des conditions de travail de la salariée par le refus d'adapter son poste de travail et le fait de lui confier de manière habituelle une tâche dépassant ses capacités, mettait en jeu sa santé* » et constitue à ce titre un harcèlement moral. Cette décision est intéressante dans la mesure où elle met à la charge de l'employeur une obligation d'adaptation du poste de travail du salarié malgré l'absence de recommandation spécifique de la part du médecin du travail, mais surtout, elle reconnaît que le refus réitéré de l'employeur d'adapter le poste de travail d'un salarié peut constituer un harcèlement moral. Sur ce dernier point, la décision de la Cour de cassation apparaît inédite.

Pour conclure, la jurisprudence rappelle régulièrement que la prévention des risques professionnels incombe à l'employeur et qu'à ce titre il doit assurer la protection effective de la santé et de la sécurité des salariés. Cela signifie que l'employeur ne peut d'aucune manière se retrancher derrière l'absence de conseil du médecin du travail pour se soustraire à sa responsabilité. Nous pourrions penser qu'à l'impossible, l'employeur est tenu⁵⁸³, mais les évolutions des contours de l'obligation de sécurité de résultat montrent bien ce qu'attendent les juges de l'employeur, à savoir qu'il met en œuvre toutes les diligences visées aux articles L.4121-1 et suivants du Code du travail indépendamment des préconisations du médecin du travail.

Ce raisonnement de la Cour de cassation s'étend également aux situations dans lesquelles l'employeur respecte scrupuleusement les préconisations du médecin du travail, ce qui conduit malgré tout à une altération de l'état de santé du salarié.

⁵⁸³ S. FANTONI QUINTON, P. Y. VERKINDT, « *Obligation de résultat en matière de santé au travail — À l'impossible, l'employeur est tenu ?* », Droit Social, mars 2013, pages 229 à 238.

B – Le strict respect par l’employeur des préconisations individuelles émises par le médecin du travail : une mesure parfois insuffisante pour garantir la protection de la santé des salariés

Le respect par l’employeur des préconisations émises par le médecin du travail constitue l’un des éléments permettant à l’employeur de justifier du respect de son obligation de sécurité de résultat vis-à-vis des salariés. En effet, de jurisprudence constante, la Cour de cassation considère que « *l’employeur, tenu d’une obligation de sécurité de résultat en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs dans l’entreprise, doit en assurer l’effectivité en prenant en considération les propositions de mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l’âge, à la résistance physique ou à l’état de santé physique et mentale des travailleurs que le médecin du travail est habilité à faire* »⁵⁸⁴. Lorsque l’employeur ne respecte pas les préconisations émises par le médecin du travail, il peut voir sa responsabilité civile engagée.

Néanmoins, l’employeur doit aller au-delà du simple respect des préconisations du médecin afin de remplir pleinement sa mission de prévention des risques. Pour ce faire, il doit mettre en place une démarche systémique de prévention des risques professionnels. À ce titre, le respect par l’employeur des préconisations émises par le médecin du travail ne suffit pas pour écarter sa responsabilité en cas d’altération de la santé des salariés, la Cour de cassation⁵⁸⁵ insistant sur le respect par l’employeur de ses obligations en termes de prévention primaire des risques professionnels. Dans cet arrêt, une salariée prothésiste dentaire, a développé une maladie professionnelle (allergie due à certaines résines), ce qui a donné lieu à l’émission de préconisations de la part du médecin du travail. Conformément à ses obligations, l’employeur a adapté le poste de travail de la salariée en tenant compte des préconisations émises par le médecin du travail, ce qui n’a pas empêché la salariée d’être victime d’une rechute de sa maladie, ce qui l’a par la suite conduite à être déclarée inapte à son poste de travail. La salariée a alors intenté une action contre son employeur devant le CPH. En appel, la Cour a considéré que « *l’employeur [...] justifie avoir fait réaliser [...] les travaux nécessaires à l’aspiration et à l’évacuation des poussières de matériaux utilisés, que selon le médecin du travail*

⁵⁸⁴ Cass. soc., 19 décembre 2007, n° 06-43.918, *Bull. civ.*, 2007, V, n° 216.

⁵⁸⁵ Cass. soc., 2 décembre 2009, n° 08-44.969, Inédit.

l'aménagement du poste de travail était tout à fait correct, que l'employeur a fait procéder aux aménagements du poste de travail dans un délai raisonnable ». Elle considère donc que « *l'inaptitude de la salariée au poste de travail ne résulte pas d'une carence [...] imputable [à l'employeur]* ». Néanmoins, la Cour de cassation prend le contre-pied de cette décision en considérant que la Cour d'Appel aurait dû vérifier si l'employeur avait commis une faute « *en s'abstenant de prendre des mesures qui auraient prémuni la salariée contre la réaction allergique et auraient évité la dégradation de son état de santé antérieurement à la reconnaissance de sa maladie professionnelle* ». Avec cet arrêt, la Cour de cassation recentre le débat de la responsabilité de l'employeur sur l'exhaustivité de la démarche de prévention des risques professionnels qu'il a mise en œuvre. À la lecture de cette décision, il convient de tirer l'enseignement selon lequel la responsabilité de l'employeur ne peut être écartée qu'à deux conditions : d'une part, l'employeur doit démontrer qu'il a bien suivi les préconisations émises par le médecin du travail et d'autre part, il doit démontrer qu'il a pris toutes les mesures préventives nécessaires afin d'éviter que le risque ne se réalise. Cela signifie que les mesures de prévention doivent être générales, mais aussi spécifiques ; seule cette démarche exhaustive permet à l'employeur de satisfaire à son obligation de sécurité en matière de prévention des risques, la Cour insistant sur la nécessité pour l'employeur de prendre toutes les mesures nécessaires et adéquates afin de prévenir tout risque professionnel. La position prise par la Cour de cassation reprend une logique similaire à celle employée pour les décisions rendues concernant la prévention du harcèlement moral⁵⁸⁶, l'employeur devant prendre à la fois toutes les mesures générales et spécifiques préventives afin d'éviter que le risque ne se réalise, et si malgré cela, le salarié est victime de harcèlement, l'employeur doit prendre toutes les mesures d'adaptation nécessaires spécifiques à cette situation individuelle afin de supprimer le risque.

Dans le même esprit, « *la Cour de cassation a reconnu la faute inexcusable de l'employeur dans l'aggravation d'une maladie professionnelle alors que les préconisations du médecin du travail avaient été respectées* »⁵⁸⁷. Dans cet arrêt⁵⁸⁸, un salarié a été reconnu atteint d'une

⁵⁸⁶ Cass. soc., 1^{er} juin 2016, n° 14-19.702, *Bull. civ.* 2016.

⁵⁸⁷ V. GENTY, S. QUINTON FANTONI, « *L'employeur, le médecin du travail et la protection de la santé des travailleurs : deux acteurs aux responsabilités différentes* », *Semaine Sociale Lamy*, 26 mai 2015, n° 1678.

⁵⁸⁸ Cass. civ. 2e, 6 novembre 2014, n° 13-20.768, Inédit.

hypoacousie bilatérale (surdit e concernant les deux oreilles), prise en charge au titre du tableau n  42 des MP. Plus tard, le salariée a  t e victime d'une aggravation de la MP, ce qui l'a conduit à demander la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur. Dans le cadre de sa défense, l'employeur considère que sa faute inexcusable ne peut pas être engagée dans la mesure où il avait fourni au salariée des bouchons d'oreilles conformément aux préconisations émises par le médecin du travail.   cela, la Cour de cassation rétorque que l'employeur doit prendre toutes les mesures nécessaires et adéquates afin de protéger la sant e des salariées, l'employeur ne pouvant pas se contenter d'appliquer les seules préconisations émises par le médecin. Dans ce contexte, la Cour rappelle que l'employeur aurait dû prendre d'autres mesures destinées à éviter au salariée d'être exposé au bruit. En effet, la Cour relève qu'aucun changement n'est intervenu dans les tâches et les horaires de travail du salariée, ce qui l'exposait inexorablement à un environnement de nuisances sonores extrêmement élevées. La fourniture de bouchons d'oreilles n'étant pas de nature à supprimer le bruit, mais seulement à l'atténuer, l'employeur aurait dû prendre d'autres mesures destinées à préserver le salariée du danger auquel il était exposé. Ici encore, l'exhaustivité de la démarche de prévention de l'employeur est mise au cœur du d bat⁵⁸⁹. Par conséquent, l'employeur doit réaliser une démarche exhaustive de prévention des risques professionnels et ne peut aucunement se contenter de suivre les préconisations individuelles du médecin du travail. *« Ces différents arrêts rappellent quelle est la place du médecin du travail dans la prévention des risques professionnels et rappellent que, in fine, il revient bien   l'employeur de s'assurer de la protection effective de la sant e des salariées. »*⁵⁹⁰

« Une véritable démarche de prévention des risques professionnels est complexe à mettre en œuvre. L'employeur et le médecin du travail doivent agir de concert pour préserver la sant e des travailleurs. Mais l'employeur doit garder à l'esprit que c'est lui qui expose les salariées aux risques professionnels et qu'il est le seul détenteur du pouvoir d'organisation ; et c'est la raison pour laquelle l'obligation de sécurité de résultat lui incombe. Le médecin du travail à un rôle de conseil tant vis-à-vis de l'employeur que des salariées. Son rôle est donc de proposer à

⁵⁸⁹ V. GENTY, S. QUINTON FANTONI, *« L'employeur, le médecin du travail et la protection de la sant e des travailleurs : deux acteurs aux responsabilités différentes »*, Semaine Sociale Lamy, 26 mai 2015, n  1678.

⁵⁹⁰ V. GENTY, S. QUINTON FANTONI, *« L'employeur, le médecin du travail et la protection de la sant e des travailleurs : deux acteurs aux responsabilités différentes »*, Semaine Sociale Lamy, 26 mai 2015, n  1678.

l'employeur des mesures visant à préserver la santé des salariés, tandis que le rôle de l'employeur est de prendre toutes les mesures nécessaires et adéquates pour protéger la santé de ses salariés. Lorsque l'employeur manque à ses obligations en termes de prévention des risques professionnels et que la santé des salariés se trouve altérée, non seulement il manque à son obligation de sécurité, mais sa faute inexcusable peut également être retenue. Plus encore, ses manquements peuvent constituer des actes de harcèlement moral. Pour l'heure, l'insuffisance ou le manque de conseils de la part du médecin du travail n'est pas sanctionné, mais nous pouvons imaginer une jurisprudence différente pour l'avenir. Des prémises se devinent dans les affaires où les employeurs se sont tournés vers les services de santé au travail pour manquement au contrat qui les lie et partage financier des préjudices nés d'un défaut de conseil (Cass. 1ère civ., 19 déc. 2013, n° 12-25.056).

Autant la répartition de l'obligation de sécurité paraît-elle juste au regard des attributions de chacun, autant il serait inconcevable que les médecins du travail et les services de santé au travail ne puissent pas être mis devant leur responsabilité en cas d'insuffisance de moyens avérée. »⁵⁹¹

⁵⁹¹ V. GENTY, S. QUINTON FANTONI, « L'employeur, le médecin du travail et la protection de la santé des travailleurs : deux acteurs aux responsabilités différentes », Semaine Sociale Lamy, 26 mai 2015, n° 1678.

Conclusion du chapitre 2

L'employeur est débiteur d'une obligation légale de prévention des risques professionnels destinée à protéger l'état de santé des salariés. La jurisprudence de la Cour de cassation a défini les contours de cette obligation, la transformant en véritable obligation de sécurité de résultat en 2002 avec les arrêts « amiante », atteignant ainsi son paroxysme avec l'arrêt « Snecma » en 2008, avant de revenir à plus de pragmatisme avec l'arrêt « Air France » en 2015, replaçant ainsi l'obligation de prévention de l'employeur au cœur de son obligation de sécurité. L'employeur doit désormais démontrer qu'il a pris l'ensemble des mesures générales et personnalisées visant à prévenir les risques professionnels afin de démontrer qu'il a satisfait à son obligation de sécurité. Pour cela, l'employeur s'appuie sur les compétences du médecin du travail, lequel peut émettre des préconisations individuelles et collectives destinées à protéger l'état de santé des salariés. L'employeur doit alors prendre en considération les préconisations émises par le médecin même si le strict respect de ces préconisations peut s'avérer insuffisant pour lui permettre de satisfaire à son obligation de prévention des risques, l'employeur devant de lui-même prendre toutes les mesures nécessaires visant à assurer la sécurité des salariés. S'il ne fait aucun doute que l'employeur et le médecin du travail doivent se coordonner afin d'assurer la protection de la santé des salariés, il n'en demeure pas moins que l'articulation de leurs rôles respectifs s'avère complexe, marquée par une certaine forme d'incompréhension des rôles et des responsabilités de chacun. Quoi qu'il en soit, le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, mais l'employeur reste en tout état de cause seul responsable vis-à-vis de ses salariés, et ce même en cas de manquements de la part du médecin du travail dans l'exercice de ses missions.

Conclusion du titre 1

L'employeur dispose du pouvoir de direction lui permettant de prendre les décisions nécessaires destinées à prévenir les risques professionnels dans son entreprise. Néanmoins, l'employeur ne peut remplir cette mission seul, ce dernier ne disposant pas de toutes les compétences techniques en interne et n'ayant pas accès aux informations médicales concernant les salariés. Par conséquent, l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, animée et coordonnée par le médecin du travail, intervient en qualité d'experte auprès de l'employeur afin qu'il puisse mener une démarche active et complète de prévention des risques professionnels. Le concours direct du médecin du travail est également incontournable, ce dernier étant le seul acteur à détenir les informations médicales concernant l'état de santé des salariés, ce qui lui permet de délivrer des préconisations individuelles ou collectives adaptées. Néanmoins, la coopération et l'articulation des missions entre l'employeur et le médecin du travail restent encore à optimiser afin d'améliorer la prévention des risques professionnels en entreprise, laquelle reste aujourd'hui insuffisante. L'insuffisance de prévention des risques à des conséquences directes sur l'état de santé des salariés, ces derniers étant encore trop souvent victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, générant ainsi d'importants contentieux entre l'employeur et le salarié, ce dernier recherchant la réparation du préjudice subi. Dans ce contexte tendu, les avis émis par le médecin du travail peuvent se retrouver au cœur des contentieux entre le salarié et l'employeur, notamment lorsque l'employeur ne respecte pas l'avis du médecin. De même, le médecin peut être directement impliqué dans ces contentieux lorsque sa responsabilité est recherchée en cas de manquement dans l'exercice de sa mission ou de manquements déontologiques.

TITRE 2 : LES FONDEMENTS MULTIPLES DE LA JUDICIARISATION CROISSANTE DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Le système de santé au travail français, tel qu'il a été conçu dans les années 1940, n'a fait l'objet que de légères réformes au fil des décennies, tandis qu'en parallèle, le monde du travail a subi de profondes transformations. À partir de 2011 les réformes se sont succédées, sans véritablement faire émerger un système efficient puisqu'aujourd'hui encore le système de santé au travail est remis en cause dans son ensemble. En effet, le système de santé au travail actuel est considéré comme complexe, ce dernier étant construit par « *strates successives* »⁵⁹², intégrant de nombreuses institutions et organismes, ce qui manque parfois de lisibilité⁵⁹³. La croissance du nombre de contentieux dans le domaine de la santé au travail est avant tout le reflet de la complexité de ce système de santé au travail (Chapitre 1). Ces contentieux, qu'ils émanent des salariés ou des employeurs, trouvent leurs fondements dans diverses causes, avec souvent comme point de départ une altération de la relation entre l'employeur et le salarié (Chapitre 2).

⁵⁹² Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », établi par C. LECOCQ, B. DUPUIS, H. FOREST, avec l'appui de H. LANOUZIERE, juillet 2018, page 2.

⁵⁹³ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », établi par C. LECOCQ, B. DUPUIS, H. FOREST, avec l'appui de H. LANOUZIERE, juillet 2018, page 2.

CHAPITRE 1 : LA CROISSANCE DES CONTENTIEUX COMME REFLET DE LA COMPLEXITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL

Le médecin du travail exerce sa mission dans un environnement bien particulier, celui du monde du travail, et contrairement au médecin soignant, qui entretient une relation binaire avec son patient, le médecin du travail, quant à lui, interagit avec plusieurs acteurs, lesquels sont impactés par ses avis et préconisations individuels et collectifs. À ce titre, en cas de désaccord avec les avis émis par le médecin plusieurs acteurs sont susceptibles d'intenter une action, soit dirigée contre le médecin ou le service de santé au travail directement, soit uniquement dirigée contre les éléments médicaux fondant l'avis du médecin. En conséquence, les contentieux peuvent émaner des salariés, des employeurs voire des représentants du personnel, et ces contentieux peuvent être portés devant différentes instances en fonction du motif. En ce sens, l'ensemble des missions exercées par le médecin du travail est susceptible d'engendrer un contentieux : la contestation des éléments de nature médicale de ses avis médicaux individuels, le respect du formalisme de ses avis, l'absence ou l'insuffisance d'actions sur le milieu de travail ou de suivi individuel des travailleurs, ou encore un éventuel manquement à ses obligations déontologiques, etc. Les différentes parties prenantes et voies de contentieux reflètent la complexité du système de santé au travail (Section 1). Au-delà des contentieux directement en lien avec les missions du médecin du travail, les contentieux sont à mettre en relation avec les fondements mêmes de la santé au travail, qui s'est construite sur un modèle en opposition avec certains principes édictés par le Code de la santé publique, tels que le libre choix du médecin par le patient ou encore le respect du consentement du patient ; le positionnement des médecins du travail apparaissant alors ambigu. En ce sens, l'ambiguïté atavique du système de santé au travail apparaît comme vectrice de contentieux à l'égard du médecin du travail (Section 2).

SECTION 1 : LES DIFFÉRENTES PARTIES PRENANTES ET VOIES DE CONTENTIEUX, STIGMATE DE LA COMPLEXITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL

Les avis rendus par le médecin du travail dans l'exercice de ses missions, qu'ils soient individuels ou collectifs, peuvent faire l'objet d'une contestation ou d'un contentieux, tant sur le fond que sur la forme, devant différentes instances, en fonction du motif. Le médecin du travail est également exposé à un risque de contentieux en cas de non-respect avéré ou supposé des règles de déontologie médicale. Ainsi, trois sortes de contentieux peuvent être distinguées. Tout d'abord, le contentieux administratif, lequel a disparu depuis le 1^{er} janvier 2017, et qui concernait la contestation des éléments médicaux inhérents aux avis individuels émis par le médecin (§1). Ensuite, le contentieux devant les tribunaux concerne notamment le formalisme des avis ou encore l'insuffisance de suivi des salariés, auquel s'est ajouté en 2017 l'ancien contentieux administratif (§2). Enfin, des plaintes peuvent être portées devant le Conseil de l'Ordre des Médecins, lesquelles ont pour objet de sanctionner directement le médecin du travail en cas de manquement à ses obligations déontologiques (§3).

§1 – La contestation des avis médicaux individuels : une remise en cause du contentieux administratif

Jusqu'au 31 décembre 2016, les avis individuels émis par le médecin du travail à l'issue des visites médicales pouvaient faire l'objet d'un recours administratif auprès de l'inspecteur du travail, lequel a été remplacé par un recours devant le CPH selon la procédure accélérée au fond. Pour autant, il apparaît indispensable d'étudier ce recours administratif afin de comprendre la spécificité du système de santé au travail français, ce dernier étant atypique au regard du système de santé global. Néanmoins, l'originalité des modalités de contestation des avis du médecin du travail (A) a montré des limites ayant conduit à une réforme importante de la procédure de contestation (B).

A – L’originalité du système de contestation des avis individuels émis par le médecin du travail

Jusqu’au 31 décembre 2016, la contestation des avis individuels émis par le médecin du travail relevait de la compétence exclusive de l’inspecteur du travail (1). La législation encadrant les modalités de contestation était initialement peu précise, mais les réformes et la jurisprudence ultérieures en ont délimité les contours afin de garantir une plus grande sécurité juridique (2).

1/ La compétence exclusive de l’inspecteur du travail jusqu’au 31 décembre 2016

Les avis et préconisations individuels émis par le médecin du travail à l’issue des visites médicales peuvent faire l’objet d’un recours par les employeurs et par les salariés, lequel pouvait avoir lieu uniquement auprès de l’inspecteur du travail jusqu’au 31 décembre 2016. La demande de l’employeur ou du salarié devait énoncer « *les motifs de la contestation* »⁵⁹⁴. Au préalable, il convient de souligner que la compétence de l’inspecteur du travail se limitait aux contestations d’ordre médical, ce dernier étant notamment « *incompétent si la contestation port[ait] sur la prise en compte par l’employeur des mesures de reclassement proposées par le médecin du travail.* »⁵⁹⁵

Les inspecteurs du travail sont des fonctionnaires d’État, chargés de contrôler « *l’application du droit du travail (code du travail, conventions et accords collectifs) dans tous ses aspects : santé et sécurité, fonctionnement des institutions représentatives du personnel [...], durée du travail, contrat de travail, travail illégal...* », de conseiller et d’informer « *les employeurs, les salariés et les représentants du personnel sur leurs droits et obligations* » et de faciliter « *la conciliation amiable entre les parties, notamment lors des conflits collectifs* ». D’autre part, les inspecteurs du travail « *constatent également les infractions commises en matière de*

⁵⁹⁴ Article R.4624-35 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu’au 31 décembre 2016.

⁵⁹⁵ T. KAPP, « *La contestation de l’avis du médecin du travail devant l’inspecteur du travail* », Droit Social, n° 2, février 2011, pages 159 à 168.

discriminations [...], les délits de harcèlement sexuel ou moral [...], les infractions relatives à la traite des êtres humains, au travail forcé et à la réduction en servitude [...] »⁵⁹⁶.

En sus de ces missions, il appartenait également à l'inspecteur du travail de rendre des décisions à la suite des contestations d'avis individuels du médecin du travail. Le Conseil d'État a précisé qu'« *il appartient à l'inspecteur du travail de se prononcer lui-même sur l'aptitude du salarié à tenir son poste de travail, sans pouvoir se borner à annuler les propositions du médecin du travail et à lui enjoindre d'en formuler de nouvelles.* »⁵⁹⁷ En effet, le médecin du travail disposant d'une indépendance technique⁵⁹⁸, son avis pouvait demeurer différent de celui de l'inspecteur du travail.

Pour ce qui concerne les modalités de contestation, le Code du travail prévoyait, dans ses dispositions antérieures au 1^{er} janvier 2017, qu'« *En cas de difficulté ou de désaccord [avec les mesures individuelles préconisées par le médecin du travail], l'employeur ou le salarié peut exercer un recours devant l'inspecteur du travail.* »⁵⁹⁹ Ainsi, le Code du travail prévoyait que l'ensemble des mesures individuelles proposées par le médecin du travail (mutation ou transformation de poste) puisse faire l'objet d'un recours auprès de l'inspecteur du travail. En réalité, la possibilité de contestation allait au-delà des préconisations individuelles, l'ensemble des avis rendus par le médecin pouvant être contestés, ce qui comprenait également les avis d'aptitude sans préconisation particulière ainsi que les avis d'inaptitude. Ainsi, l'ensemble des avis individuels émis par le médecin pouvait être contesté, peu important le type de visite (visite d'embauche, visite périodique, visite de reprise, visite à la demande du salarié ou de l'employeur). En revanche, les préconisations émises lors de la visite de préreprise ou lors de la première visite dans le cadre de la procédure d'inaptitude ne pouvaient pas faire l'objet de contestation dans la mesure où il ne s'agit pas d'avis définitifs. Par ailleurs, le Conseil d'État⁶⁰⁰

⁵⁹⁶ Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion, « *L'inspection du travail* » : <http://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/le-reglement-des-conflits-individuels-et-collectifs/article/l-inspection-du-travail> [Consulté le 06 juillet 2020].

⁵⁹⁷ Conseil d'État, 1^{ère} et 6^e sous-sections réunies, 27 septembre 2006, n° 275845, Publié au recueil Lebon.

⁵⁹⁸ Article L.4623-8 du Code du travail.

⁵⁹⁹ Article L.4624-1 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

⁶⁰⁰ Conseil d'État, 4^e et 5^e sous-sections réunies, 17 juin 2009, n° 314729.

a précisé que l'avis émis par le médecin du travail durant la période d'essai du salarié peut également faire l'objet d'un recours devant l'inspecteur du travail.

Lorsque l'inspecteur du travail était saisi d'une contestation d'ordre médical, il prenait sa décision « *après avis du médecin inspecteur du travail.* »⁶⁰¹ L'une des principales missions du médecin inspecteur du travail est de « *surveiller et [d']aider [l'employeur] à l'application correcte des dispositions législatives et réglementaires prescrites par le code du travail, concernant la prévention des risques d'atteinte à la santé du fait du travail et la protection de la santé des travailleurs.* »⁶⁰² D'autre part, le médecin inspecteur, spécialisé en médecine du travail, avait également pour mission de donner un avis à l'inspecteur du travail dans le cadre des contestations d'avis émis par le médecin du travail. La spécialisation du médecin inspecteur en médecine du travail le rendait légitime à émettre un avis relatif à l'aptitude du salarié à occuper son poste.

Le Conseil d'État a précisé que la demande d'avis auprès du médecin inspecteur constitue une formalité obligatoire pour l'inspecteur du travail, sous peine de voir sa décision entachée de nullité⁶⁰³. En revanche, l'inspecteur du travail n'était pas tenu de suivre l'avis du médecin inspecteur.

Concernant la date d'effet de la décision rendue par l'inspecteur du travail, le Conseil d'État avait précisé qu'elle se substituait rétroactivement à l'avis émis par le médecin du travail⁶⁰⁴. En cas de désaccord avec la décision de l'inspecteur du travail, la partie qui avait formé le recours initial pouvait intenter un recours devant le ministère du Travail dans un délai de deux mois⁶⁰⁵.

Le recours administratif devant l'inspecteur du travail était le seul recours possible pour la contestation des avis du médecin du travail, un recours ne pouvant alors être exercé devant

⁶⁰¹ Article L.4624-1 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

⁶⁰² P. MALADRY, I. TORDJMAN, « *Médecin inspecteur du travail : quelles sont ses missions ?* », La revue du praticien, mai 2018.

⁶⁰³ Conseil d'État, 4^e et 5^e sous-sections réunies, 7 octobre 2009, n° 319107.

⁶⁰⁴ Conseil d'État, 4^e et 5^e sous-sections réunies, 16 avril 2010, n° 326553, Publié au recueil Lebon.

⁶⁰⁵ Article R.4624-36 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

le juge. D'ailleurs, la Cour de cassation considérait que les avis émis par le médecin du travail s'imposaient à l'employeur, au salarié et au juge, s'ils n'étaient pas contestés devant l'inspecteur du travail⁶⁰⁶. Sur ce point, les arrêts de la Cour de cassation ont été nombreux et les juges considéraient qu'en « *l'absence de recours, exercé devant l'inspecteur du travail, contre les avis du médecin du travail, ceux-ci s'imposent au juge* », et ce même si le service de santé au travail n'était pas agréé au moment où le médecin du travail a émis son avis⁶⁰⁷.

Le texte initial du Code du travail relatif aux modalités de contestation des avis émis par le médecin du travail⁶⁰⁸ étant peu précis, créant ainsi une certaine insécurité juridique, différentes réformes et jurisprudences sont venues pallier cette carence en y apportant des précisions.

2/ Les modalités de contestation devant l'inspecteur du travail délimitées au fil des réformes et de la jurisprudence

Jusqu'au décret du 30 janvier 2012⁶⁰⁹, les modalités de contestation des avis émis par le médecin du travail étaient régies par le texte suivant : « *En cas de difficulté ou de désaccord [avec les mesures individuelles préconisées par le médecin du travail], l'employeur ou le salarié peut exercer un recours devant l'inspecteur du travail. Ce dernier prend sa décision après avis du médecin inspecteur du travail.* »⁶¹⁰ Ainsi, ce texte laissait maintes questions en suspens, telles que les interrogations portant sur le délai durant lequel les parties peuvent exercer ce recours, la nécessité d'informer l'autre partie du recours ainsi que sur les effets de l'avis émis par le médecin du travail dans l'attente de la décision de l'inspecteur du travail.

Concernant la première interrogation, dans le texte initial, aucun délai n'était prévu pour exercer un recours contre l'avis du médecin du travail, ce qui pouvait entraîner des conséquences substantielles, notamment pour l'employeur. À titre d'exemple, lorsqu'un salarié est déclaré inapte à son poste de travail, l'employeur peut procéder à son licenciement

⁶⁰⁶ Cass. soc., 17 décembre 2014, n° 13-12.277, *Bull. civ.*, 2014, V, n° 310.

⁶⁰⁷ Cass. soc., 17 décembre 2014, n° 13-12.277, *Bull. civ.*, 2014, V, n° 310.

⁶⁰⁸ Article L.4624-1 du Code du travail dans sa version antérieure au 19 août 2015.

⁶⁰⁹ Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail.

⁶¹⁰ Article L.4624-1 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 19 août 2015.

en cas d'impossibilité de reclassement, et il était alors possible pour un salarié d'exercer un recours contre l'avis d'inaptitude plusieurs mois après son licenciement⁶¹¹. Dans ce cas, si l'inspecteur du travail considérait que le salarié pouvait occuper son poste de travail, le licenciement était privé de cause⁶¹². En vue de remédier à cette problématique majeure, le décret du 30 janvier 2012 sus-cité, applicable à compter du 1^{er} juillet 2012, a prévu que l'employeur ou le salarié pouvaient adresser un recours à l'inspecteur du travail dans un délai de deux mois, lequel pouvait être adressé « *par tout moyen permettant de [lui] conférer une date certaine.* »⁶¹³ L'instauration de ce délai de contestation a permis une relative sécurité juridique pour les parties. Afin que l'employeur et le salarié soient bien informés du délai durant lequel ils peuvent exercer un recours contre l'avis émis par le médecin du travail, le décret du 30 janvier 2012 a également précisé que « *L'avis médical d'aptitude ou d'inaptitude mentionne les délais et voies de recours.* »⁶¹⁴. À défaut, la DIRECCTE avait souligné que « *si le délai n'est pas précisé ou s'il est inexact, la décision pourra être contestée, sans condition de délai et sans pouvoir opposer la tardiveté du recours.* »⁶¹⁵

Néanmoins, le décret du 30 janvier 2012 précité n'a pas apporté l'ensemble des précisions requises permettant d'écarter tout risque juridique, ce décret n'indiquant aucunement que la partie qui exerçait le recours devait en avvertir l'autre partie. Ainsi, si nous reprenons notre précédent exemple, un salarié déclaré inapte à son poste de travail pouvait exercer un recours contre l'avis d'inaptitude sans en avvertir l'employeur, ce qui pouvait avoir de lourdes conséquences pour l'employeur notamment lorsqu'à la suite de cet avis d'inaptitude il avait procédé au licenciement du salarié. Dans ce contexte, comme dans le précédent exemple, si l'inspecteur du travail considérait que le salarié pouvait occuper son poste de travail, le licenciement était privé de cause⁶¹⁶. Face à cette difficulté substantielle, la Loi du 17 août 2015⁶¹⁷ a enfin précisé qu'en cas de recours, la partie qui conteste doit en informer l'autre

⁶¹¹ Conseil d'État, 4^e et 5^e sous-sections réunies, 27 juin 2011, n° 334834.

⁶¹² Cass. soc., 4 octobre 2007, n° 06-43.131, Inédit.

⁶¹³ Article R.4624-35 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

⁶¹⁴ Article R.4624-34 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

⁶¹⁵ DIRECCTE des Pays de la Loire, « *Aptitude / inaptitude médicale au poste de travail* », 8^e édition, mise à jour au 31 mars 2015.

⁶¹⁶ Cass. soc., 4 octobre 2007, n° 06-43.131, Inédit.

⁶¹⁷ Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi.

partie⁶¹⁸, venant ainsi sécuriser davantage la procédure de recours contre les avis émis par le médecin du travail.

Enfin, des difficultés ont été soulevées en lien avec les effets produits par le recours contre l'avis émis par le médecin du travail, ce qui a donné lieu à une jurisprudence de la Cour de cassation précisant que ce recours n'a pas d'effet suspensif⁶¹⁹. Cela signifie que l'avis du médecin du travail s'impose aux parties jusqu'à ce que l'inspecteur du travail rende sa décision. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'un salarié était déclaré inapte par le médecin du travail, l'employeur devait prendre en compte cet avis et en tirer les conséquences au vu de ses obligations légales, à savoir la recherche d'un poste de reclassement compatible avec les préconisations du médecin du travail, la reprise du versement du salaire à l'issue du délai d'un mois à compter de la constatation de l'inaptitude lorsque le salarié n'a pas été reclassé ou licencié⁶²⁰, et ce même si un recours était en cours auprès de l'inspecteur du travail. Si ce dernier annulait l'avis du médecin du travail et rendait un avis d'aptitude, alors le salarié devait être réintégré à son poste de travail⁶²¹ ; « *En cas de difficultés, l'employeur [était] tenu de solliciter à nouveau l'avis du médecin du travail* »⁶²², ce qui pouvait poser des difficultés lorsque l'employeur avait procédé au reclassement du salarié ou lorsqu'il avait procédé au licenciement de ce dernier. Dans le premier cas, l'employeur devait réintégrer le salarié à son ancien poste de travail, mais la situation était bien plus délicate dans le second cas, le licenciement étant alors considéré comme sans cause réelle et sérieuse. Ainsi, la jurisprudence considérait que « *le salarié a droit non à sa réintégration dans l'entreprise [car le licenciement n'est pas nul] mais à une indemnité* » pour licenciement sans cause réelle et sérieuse⁶²³.

Les contours du cadre de la contestation des avis émis par le médecin du travail ont été précisés au fil des réformes et de la jurisprudence, sécurisant ainsi les parties. Néanmoins, cela n'a pas empêché sa remise en cause, à la lumière de deux motivations principales.

⁶¹⁸ Article L.4624-1 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

⁶¹⁹ Cass. soc., 9 avril 2008, n° 07-41.141, *Bull. civ.*, 2008, V, n° 81.

⁶²⁰ Cass. soc., 4 mai 1999, n° 98-40.959, *Bull. civ.*, 1999, V, n° 184, p. 133.

⁶²¹ Cass. soc., 26 novembre 2008, n° 07-43.598, *Bull. civ.*, 2008, V, n° 233.

⁶²² Cass. soc., 28 janvier 2010, n° 08.42-702, Inédit.

⁶²³ Cass. soc., 4 octobre 2007, n° 06-43.131, Inédit.

B – La remise en question des modalités de contestation des avis individuels émis par le médecin du travail

La compétence exclusive de l'inspecteur du travail quant aux contestations des avis émis par le médecin du travail a été remise en cause principalement pour deux raisons. La première tient au fait qu'au fil des années, la montée en puissance du nombre de contestations est devenue une problématique majeure permettant difficilement aux inspecteurs du travail d'y faire face seuls (1). La seconde motivation est liée au débat ayant eu cours durant plusieurs années autour de la compétence de l'inspecteur du travail, habilité à émettre une décision d'ordre médical, alors qu'il ne dispose d'aucune compétence dans ce domaine (2).

1/ La montée en puissance du nombre de contestations à l'encontre des avis émis par le médecin du travail

Les recours contre les avis du médecin du travail auprès de l'inspecteur du travail ont augmenté de manière significative en seulement quelques années. En effet, selon les chiffres publiés par la DIRECCTE de l'Île-de-France dans son rapport de 2016⁶²⁴, en 2008, il y a eu environ 130 contestations d'avis en Île-de-France, ce nombre n'ayant cessé d'augmenter pour atteindre plus de 400 contestations en 2014. Il convient de souligner que ces contestations proviennent principalement des salariés, à hauteur d'environ deux tiers des recours, néanmoins, ces proportions sont variables d'une région à l'autre⁶²⁵. Par ailleurs, la DIRECCTE de l'Île-de-France souligne que dans 7 cas sur 10, l'inspecteur du travail confirme la décision du médecin du travail et seuls 10 % des décisions rendues par les inspecteurs du travail font l'objet d'un recours auprès du ministère du Travail.

Les données étant recueillies par région, il est difficile d'obtenir précisément le nombre de contestations d'avis du médecin au niveau national. Néanmoins, le rapport ISSINDOU met en lumière les chiffres de l'inspection du travail recueillis sur 20 régions⁶²⁶. Selon ces données, en

⁶²⁴ DIRECCTE Île-de-France, Chiffres clés, Edition 2016, page 62.

⁶²⁵ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015.

⁶²⁶ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 22, [74].

2005, 525 avis émis par les médecins du travail avaient fait l'objet d'une contestation, ce qui n'a cessé d'augmenter au fil des années pour atteindre 1597 contestations en 2013, multipliant ainsi le nombre de contestations entre 2005 et 2013 par plus de trois. Néanmoins, il convient cependant de souligner que les contestations d'avis en 2013 représentaient seulement 0,016 % du total des avis émis par les médecins du travail. Cela signifie que malgré leur augmentation significative, la contestation des avis émis par les médecins du travail reste un acte plutôt marginal.

Les motivations de cette augmentation des recours tiennent en deux facteurs principaux, comme l'explique le rapport ISSINDOU. Tout d'abord, cela tient au fait que « *la jurisprudence de la Cour de cassation [...] en a fait la voie incontournable de la contestation au fond de l'avis du médecin du travail* » et, d'autre part, cela est lié à la meilleure information des employeurs et des salariés quant à leur possibilité de recours, cette dernière devant être inscrite, depuis 2012, directement sur l'avis émis par le médecin du travail.

L'augmentation significative du nombre de contestations a mis en difficulté le corps des inspecteurs du travail, qui au vu de leurs effectifs ont été confrontés à des difficultés pour remplir correctement cette mission. En outre, leur légitimité à remplir cette mission a fait l'objet de débats intenses.

2/ Le débat autour de la compétence de l'inspecteur du travail

Durant de nombreuses années, la contestation des avis émis par le médecin du travail devant l'inspecteur du travail a fait débat. En effet, nombreux ont été ceux qui se sont demandé comment un inspecteur du travail pouvait émettre un avis médical : « *On ignore [...] comment un inspecteur du travail peut être amené à porter une appréciation sur l'état de santé d'un salarié et, du même coup, à s'immiscer dans l'exercice de la médecine, alors même qu'il ne dispose, a priori, d'aucune compétence scientifique et médicale* »⁶²⁷. D'ailleurs, H. GOSELIN, membre de l'IGAS, considérait « *qu'une voie de recours est nécessaire, mais qu'il n'est pas justifié de confier à l'inspecteur du travail le soin de « statuer » sur les propositions du médecin du travail. En effet, la question en débat est celle de savoir, d'une part, si l'avis*

⁶²⁷ S. BRIMO, « *L'inspecteur du travail, autorité administrative et médecin malgré lui* », RDSS, 2015, page 1031.

*d'aptitude ou d'inaptitude est fondé compte tenu de l'état de santé du salarié et, d'autre part, si les postes suggérés par le médecin du travail sont bien adaptés à cet état de santé. La contestation porte donc sur l'avis strictement médical du médecin du travail, domaine dans lequel l'inspecteur du travail n'a aucune compétence. Sans compter qu'il n'a accès à aucune donnée médicale concernant le salarié en raison du secret médical... Et c'est pourtant à lui qu'il revient aujourd'hui de prendre la décision. »*⁶²⁸ Le fait de confier aux inspecteurs du travail le soin d'émettre une décision médicale constituait un non-sens pour certains auteurs et acteurs de la santé au travail, ce qui a conduit à la réforme des modalités de contestation des avis du médecin du travail.

Ainsi, la Loi « Travail »⁶²⁹, sous l'impulsion de la doctrine et notamment du rapport ISSINDOU, est venue réformer en profondeur les modalités de recours. Le rapport ISSINDOU avait suggéré « *de décharger l'inspecteur du travail des recours contre les préconisations ou les avis d'inaptitude du médecin du travail, pour l'instruction desquels il ne dispose pas des compétences médicales indispensables.* » Ce groupe de travail avait formulé deux hypothèses : « *L'une serait de confier ce recours à une commission médicale régionale à instituer, l'autre d'instaurer d'abord une contestation devant une structure collégiale interne au service de santé au travail, puis, pour les cas résiduels, un recours à expert médical judiciaire.* »⁶³⁰

Avec la Loi « Travail », le législateur a finalement décidé de confier ce recours directement à un expert médical judiciaire puisque les nouvelles dispositions du Code du travail prévoyaient que le salarié ou l'employeur pouvait saisir le CPH d'une demande de désignation d'un médecin-expert inscrit sur la liste des experts près la cour d'appel⁶³¹. Toutefois, cette nouvelle procédure de contestation n'a eu cours que durant quelques mois seulement, différentes réformes successives étant venues la modifier partiellement.

⁶²⁸ H. GOSSELIN, « *Aptitude et inaptitude : les pistes d'une réforme* », Semaine Sociale Lamy, 19 mars 2007, n° 1299.

⁶²⁹ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

⁶³⁰ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 5, [17].

⁶³¹ Article L.4624-7 du Code du travail.

§2 – L’extension de la saisine des tribunaux concernant les contentieux autour des avis émis par le médecin du travail

Les contentieux en lien avec un avis émis par le médecin du travail devant les tribunaux revêtent aujourd’hui deux formes. D’une part, depuis le 1^{er} janvier 2017, le tribunal, et plus précisément le CPH, est compétent pour ce qui concerne la contestation des avis médicaux du médecin du travail (A), auparavant confiée exclusivement à l’inspecteur du travail. D’autre part, l’employeur ou le salarié peuvent également saisir le tribunal d’instance ou de grande instance, devenus depuis le 1^{er} janvier 2020, le tribunal judiciaire (B), notamment lorsque l’une ou l’autre des parties considère que l’avis émis par le médecin comporte un vice de forme.

A – La complexité du nouveau contentieux devant le Conseil de prud’hommes selon la procédure accélérée au fond

Les CPH ont une compétence exclusive pour traiter des litiges individuels entre les salariés et les employeurs de droit privé : *« Dans le cadre de cette mission, les conseillers prud’hommes sont chargés de la conciliation des parties et, à défaut, du jugement des affaires. Pour certaines situations urgentes, il existe une procédure de référé permettant d’obtenir rapidement une décision. »*⁶³²

La Loi « Travail » du 8 août 2016⁶³³ est venue confier aux CPH de nouvelles prérogatives en réformant en profondeur la procédure de contestation des avis émis par le médecin du travail, mais les textes initiaux ont laissé de multiples interrogations en suspens, ce qui a conduit en seulement trois ans à de nombreuses transformations sur le fond (1). Si cette nouvelle procédure de contestation a permis de remédier aux difficultés auxquelles étaient confrontés les inspecteurs du travail, en revanche, elle apparaît discutable dans la mesure où elle mène inexorablement à une diminution du droit de contestation du salarié (2).

⁶³² Ministère du Travail, de l’Emploi et de l’Insertion, « *Le conseil de prud’hommes* » : <http://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/litiges-individuels-et-conflits-collectifs/article/le-conseil-de-prud-hommes> [Consulté le 07 juillet 2020].

⁶³³ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

1/ Les multiples transformations de fond du nouveau contentieux devant le Conseil de prud'hommes

L'article L.4624-7 du Code du travail prévoit que le CPH est compétent pour toute « contestation portant sur les avis, propositions, conclusions écrites ou indications émis par le médecin du travail reposant sur des éléments de nature médicale ». Il s'agit d'une « procédure accélérée au fond » permettant en principe d'obtenir une décision rapide de la part du CPH du fait de l'urgence de la situation. Dès le 1^{er} janvier 2017, il était prévu que le salarié et l'employeur disposent d'un délai de quinze jours à compter de la notification de l'avis pour le contester⁶³⁴, abrogeant ainsi le délai de deux mois prévu dans la procédure antérieure. En instaurant un délai de contestation plus bref, la volonté du législateur était sans doute de limiter le risque juridique et très certainement de réduire le nombre de contestations.

La version initiale du texte régissant la procédure de contestation des avis médicaux était peu précise, soulevant ainsi dès le mois de janvier 2017 des problématiques majeures, conduisant de ce fait à la parution de plusieurs réformes successives au cours des mois qui ont suivi la mise en place de cette nouvelle procédure. Par conséquent, l'article L.4624-7 fixant les modalités de contestation des avis médicaux a été modifié à trois reprises entre 2017 et 2019⁶³⁵, et des précisions ont également été apportées à la partie réglementaire par trois décrets successifs sur la même période⁶³⁶. De même, des explications complémentaires émanant de la Direction Générale du Travail (DGT) ont dû être apportées dès le mois de janvier 2017 afin d'appréhender les contours des nouvelles modalités de cette procédure de contestation. Ainsi, les principales informations et modifications portaient sur la précision relative aux parties présentes à l'instance devant le CPH (a), le retour sur le devant de la scène du médecin inspecteur du travail (b) ainsi que sur l'introduction du médecin mandaté par l'employeur dans cette procédure (c).

⁶³⁴ Article R.4624-45 du Code du travail.

⁶³⁵ Ordonnance n°2017-1718 du 20 décembre 2017, puis la Loi n°2018-217 du 29 mars 2018, et enfin l'Ordonnance n°2019-738 du 17 juillet 2019.

⁶³⁶ Décret n°2017-1008 du 10 mai 2017, puis le décret n°2017-1698 du 15 décembre 2017, et enfin le décret n°2019-1419 du 20 décembre 2019.

a) Des précisions quant à la détermination des parties à l'instance devant le CPH

L'une des premières interrogations à laquelle ont été confrontés les employeurs, les salariés et les services de santé au travail portait sur la détermination des parties à l'instance devant le CPH. En effet, à l'occasion des premières contestations d'avis, certains CPH ont convoqué les médecins du travail et/ou les services de santé au travail à l'audience de référé, en leur demandant de se présenter ou de se faire représenter. La légitimité de la convocation du médecin ou du service de santé au travail a posé question, ce qui a conduit la DGT à apporter des précisions, dans une lettre du 3 février 2017⁶³⁷, mentionnant ainsi que le médecin du travail n'est pas partie au litige et que « *l'exercice de cette voie de recours juridictionnelle contre l'avis médical du médecin du travail ne permet [...] pas la mise en cause ou l'intervention [du] médecin ou du service de santé au travail, dans l'instance qui oppose les seules parties au contrat de travail.* » En conséquence, la DGT indique explicitement que les « parties » à l'instance sont l'employeur et le salarié, et précise en ce sens qu'il n'y a pas « *lieu pour le médecin du travail ou le service de santé au travail de se présenter ou de se faire représenter* ». Cependant, l'inspection médicale du travail de l'Île-de-France a également précisé⁶³⁸ « *en complément de ce message [...] que, la procédure étant orale, il n'est pas exclu que le conseil des prud'hommes exige néanmoins une comparution à l'audience, malgré le courrier l'informant que le médecin ne peut être mis en cause. Dans ce cas, il est alors conseillé au médecin de se présenter à l'audience pour expliquer la position qui est explicitée dans la note [précitée].* » Très rapidement, en mai 2017, un décret⁶³⁹ est venu préciser que le médecin du travail « *n'est pas partie au litige* », sécurisant ainsi les médecins du travail ainsi que les services de santé au travail dans le cadre de cette procédure complexe.

b) Le médecin inspecteur du travail de nouveau sur le devant de la scène

Les nouvelles modalités de contestation des avis émis par le médecin du travail introduites par la Loi « Travail » prévoyaient initialement que le CPH puisse demander la

⁶³⁷ Y. STRUILLLOU, Directeur général du travail, lettre du 3 février 2017 concernant la contestation de l'avis d'aptitude du médecin du travail devant les conseils de prud'hommes.

⁶³⁸ Courriel adressé par l'inspection médicale de l'Île-de-France aux médecins du travail, 06 février 2017.

⁶³⁹ Décret n° 2017-1008 du 10 mai 2017 portant diverses dispositions procédurales relatives aux juridictions du travail.

désignation d'un médecin-expert inscrit sur la liste des experts près la cour d'appel. Afin de remplir sa mission, le médecin-expert pouvait demander au médecin du travail la communication du DMST du salarié, le secret médical ne pouvant aucunement lui être opposé⁶⁴⁰. De ce fait, il s'agissait d'une nouvelle exception au secret médical, le salarié ne pouvant pas s'opposer à la transmission de son dossier au médecin expert. Sur le fond, nous pouvions nous interroger sur la légitimité du médecin-expert à émettre un avis quant à la compatibilité entre l'état de santé d'un salarié et son poste de travail alors même qu'il n'avait aucune connaissance des conditions de travail et des risques professionnels inhérents à l'entreprise. En effet, la particularité du médecin du travail réside dans le fait d'émettre un avis en prenant en compte à la fois l'état de santé du salarié et son poste de travail, ce qui rend son avis légitime. Par ailleurs, « *plusieurs conseils de prud'hommes se sont fait l'écho des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la réforme initiée en janvier 2017 : manque de médecins experts, [...] incertitudes juridiques sur l'étendue et la portée de l'expertise...* »⁶⁴¹

Ainsi, seulement quelques mois après la mise en œuvre de cette nouvelle procédure, l'Ordonnance du 22 septembre 2017 et son décret d'application du 15 décembre 2017⁶⁴² ont de nouveau modifié la procédure de contestation des avis du médecin du travail, replaçant ainsi le médecin inspecteur du travail dans un rôle central. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2018, le CPH ne fait plus appel à un médecin expert, mais il « *peut confier toute mesure d'instruction au médecin-inspecteur du travail territorialement compétent pour l'éclairer sur les questions de fait relevant de sa compétence* »⁶⁴³. Afin de permettre au médecin inspecteur du travail de remplir sa mission, il est précisé que le médecin du travail peut être entendu par le médecin inspecteur du travail⁶⁴⁴. D'autre part, il convient de coupler cette nouvelle disposition avec un article préexistant du Code du travail, lequel précisait déjà que le médecin inspecteur du travail puisse obtenir à sa demande la communication du DMST du salarié⁶⁴⁵. Cela signifie a

⁶⁴⁰ Article L.4624-7 du Code du travail dans sa version antérieure à Ordonnance n° 2017-1387 du 22 septembre 2017 relative à la prévisibilité et la sécurisation des relations de travail.

⁶⁴¹ Éditions Législatives, actuEL HSE, « *Avis d'inaptitude : quels sont les recours contre le médecin du travail ?* », 25 octobre 2017.

⁶⁴² Décret n° 2017-1698 du 15 décembre 2017 portant diverses mesures relatives à la procédure suivie devant le conseil de prud'hommes.

⁶⁴³ Article L.4624-7 du Code du travail.

⁶⁴⁴ Article R.4624-45 du Code du travail.

⁶⁴⁵ Article L.4624-8 du Code du travail.

priori qu'en cas de contestation de l'un de ses avis, il appartient au médecin du travail de transmettre le DMST du salarié au médecin inspecteur du travail si celui-ci en fait la demande. Néanmoins, sur ce point, le Conseil de l'Ordre des médecins a fait part dans une communication écrite, en date du 26 juillet 2018⁶⁴⁶, de ses réserves quant à la transmission des éléments médicaux au médecin inspecteur du travail. En effet, le Docteur SIMON, Président de la section exercice professionnel du Conseil de l'Ordre, précise que « *le médecin inspecteur du travail intervient dans cette procédure comme expert et non dans ses missions de médecin inspecteur* ». Par conséquent, il précise que « *dans ces conditions les règles de communication du dossier médical prévues entre médecins du travail et médecins inspecteurs du travail à l'article L 4624-8 du code du travail ne s'appliquent pas ici* ». Ainsi, il préconise aux médecins du travail de respecter la procédure suivante : « *informer le salarié de la demande de l'expert, adresser les documents en rapport avec la contestation qu'il est susceptible de communiquer et obtenir son autorisation écrite pour les envoyer à l'expert* ». Il apparaît essentiel que le législateur ou la jurisprudence apportent des précisions à ce sujet afin d'encadrer au mieux cette nouvelle procédure de contestation des avis médicaux.

c) Le rôle du médecin mandaté par l'employeur

Presque un an après la mise en place de la nouvelle procédure de contestation des avis médicaux émis par le médecin du travail devant le CPH, l'ordonnance du 20 décembre 2017 a prévu qu'« *à la demande de l'employeur, les éléments médicaux ayant fondé les avis, propositions, conclusions écrites ou indications émis par le médecin du travail peuvent être notifiés au médecin que l'employeur mandate à cet effet* »⁶⁴⁷. Avant cette réforme, le Professeur FANTONI QUINTON avait indiqué que « *concernant la transmission à l'employeur des pièces médicales ayant concouru à l'expertise il serait assez naturel de transposer, même si le Code du travail ne le dit pas explicitement, la règle posée par l'article L.141-2-2 du Code de la sécurité sociale [...]. Cet article précise que les éléments médicaux peuvent être transmis à l'employeur qui le demande, au médecin qu'il mandate à cet effet* »⁶⁴⁸. Ce principe permet de respecter l'un des principes fondamentaux du procès, à savoir le respect du principe du

⁶⁴⁶ Lettre du CNOM - Docteur François SIMON aux médecins du travail, 26 juillet 2018.

⁶⁴⁷ Article L.4624-7 du Code du travail.

⁶⁴⁸ S. FANTONI QUINTON, « *La contestation des avis du médecin du travail aux prud'hommes — le mystère s'épaissit et les risques s'accumulent...* », Semaine sociale Lamy, 3 juillet 2017, n° 1776, pages 7 à 10.

contradictoire⁶⁴⁹. Néanmoins, une question reste encore en suspens, celle de savoir s'il appartient au médecin inspecteur du travail ou au médecin du travail de transmettre les éléments du DMST au médecin mandaté par l'employeur. Aucune précision n'ayant été apportée par le législateur, les médecins du travail devront faire preuve de prudence afin de respecter le secret médical auquel ils sont tenus.

Les nouvelles modalités de contestation des avis émis par le médecin du travail sont complexes et sont, de surcroît, coûteuses, ce qui conduit inexorablement à un affaiblissement du droit de contestation des salariés.

2/ La contestation des avis émis par le médecin du travail devant le CPH : vers la fin d'un droit à contestation pour les salariés ?

Le recours contre les avis émis par le médecin du travail exercé auprès du CPH constitue dorénavant un enjeu financier pour les parties dans la mesure où la procédure devient payante, en raison notamment du coût de l'expertise médicale réalisée par le médecin inspecteur du travail. Auparavant, lorsque la contestation était portée devant l'inspecteur du travail, le recours n'avait pas de coût direct pour les parties, ce qui le rendait très accessible. Dorénavant, les nouvelles modalités de contestation sont coûteuses pour les parties, le médecin inspecteur du travail étant rémunéré en principe par la « partie perdante ». Néanmoins, le CPH « *peut décider, par décision motivée, de ne pas mettre tout ou partie des honoraires et frais d'expertise à la charge de la partie perdante, dès lors que l'action en justice n'est pas dilatoire ou abusive* »⁶⁵⁰.

Avant de s'intéresser spécifiquement aux frais d'expertise, il convient d'analyser la sémantique de ce texte, et plus spécifiquement d'analyser le terme suivant : « la partie perdante ». En effet, le terme utilisé semble inapproprié dans le contexte de la contestation d'un avis médical. À titre d'exemple, lorsqu'un salarié conteste l'avis d'inaptitude émis par le médecin du travail en vue d'être déclaré apte à son poste de travail par le CPH, si le CPH rend une décision favorable au salarié, la partie « gagnante » sera le salarié, mais nous pouvons nous

⁶⁴⁹ Dictionnaire juridique de Serge Braudo : « "Le principe du respect du contradictoire", on dit aussi "principe du respect de la contradiction", s'applique à tous les états de la procédure. Il exige que le demandeur informe le défendeur de sa prétention, que les parties échangent leurs conclusions et leurs pièces [...] ».

⁶⁵⁰ Article L.4624-7 du Code du travail.

demander si l'employeur peut réellement être considéré comme la partie « perdante » alors que l'avis médical a été émis par le médecin du travail et que l'employeur n'a aucune influence sur la décision du médecin, lequel est indépendant techniquement.

Concernant spécifiquement les frais d'expertise, la rémunération du médecin inspecteur du travail est prévue par l'arrêté du 27 mars 2018⁶⁵¹ : « *les honoraires perçus par le médecin inspecteur du travail chargé d'une mesure d'instruction par le conseil de prud'hommes, en application du IV de l'article L. 4624-7 du code du travail, correspondent à huit fois le coût de la consultation au cabinet majorée de la majoration pour le médecin généraliste* », soit 200 euros actuellement. À ces frais, peuvent s'ajouter des frais d'avocat en vue de se faire représenter devant le CPH, même si cela n'est pas obligatoire⁶⁵². En raison des divers coûts, ces nouvelles modalités de contestation apparaissent ostensiblement défavorables aux salariés, comme en attestent les chiffres obtenus à l'ACMS sur l'année 2017, avec seulement 10 contestations provenant des salariés sur l'ensemble des 37 contestations, ce nombre ayant encore chuté en 2018, avec seulement 4 contestations formées par les salariés sur un total de 25. Par conséquent, ces chiffres démontrent que les salariés sont moins enclins à contester l'avis émis par le médecin du travail, ce qui est très certainement en lien direct avec le caractère onéreux de cette nouvelle procédure.

Par le biais de ces nouvelles modalités de recours, les contestations d'avis du médecin du travail sont au cœur d'un processus de judiciarisation dans la mesure où elles sont portées devant le CPH, empruntant ainsi une voie judiciaire autrefois administrative.

Outre, la contestation des avis émis par le médecin du travail devant le CPH, le tribunal judiciaire peut également être saisi par les employeurs ou par les salariés souhaitant obtenir la réparation d'un préjudice en lien avec l'exercice des missions du médecin du travail.

⁶⁵¹ Arrêté du 27 mars 2018 relatif au montant des honoraires dus aux médecins inspecteurs du travail en application du IV de l'article L. 4624-7 du code du travail.

⁶⁵² Article R.1453-1 du Code du travail.

B – Le contentieux devant le tribunal d’instance et de grande instance, devenus le tribunal judiciaire

Auparavant, le TGI était la juridiction civile de droit commun, « *tranch[ant] les litiges civils opposant des personnes privées (physiques ou morales)* » lorsque ces litiges n’étaient « *pas spécialement attribués par la loi à une autre juridiction civile (tribunal d’instance, conseil de prud’hommes, etc.), ainsi que les litiges civils qui concern[aient] des demandes supérieures à 10 000 euros* »⁶⁵³ tandis que le tribunal d’instance tranchait notamment les litiges civils concernant des demandes inférieures à 10 000 euros. La Loi du 23 mars 2019⁶⁵⁴ a mené à la fusion ces deux tribunaux, devenus le tribunal judiciaire au 1^{er} janvier 2020, avec pour objectif, selon F. CALVEZ en charge du pilotage de la transformation de l’organisation judiciaire, de « *permettre de simplifier la saisine de la juridiction de première instance par le justiciable* »⁶⁵⁵.

Dans le cadre de leur mission, les médecins du travail et leur service de santé au travail peuvent faire l’objet d’un litige devant le tribunal judiciaire. Actuellement, les contentieux sont principalement en lien avec un vice de forme dans les avis émis par le médecin du travail (1), mais nous voyons également émerger un autre type de contentieux lié aux insuffisances des services de santé au travail dans l’exercice de leurs missions, et plus particulièrement en ce qui concerne le nombre insuffisant d’actions individuelles et collectives (2).

1/ La saisine du tribunal judiciaire en lien avec un vice de forme des avis émis par le médecin du travail

L’étude des contentieux portés devant le TGI à l’encontre des médecins du travail et des services de santé au travail permet de mettre en exergue l’importance accordée au formalisme des avis émis par le médecin du travail. En effet, ce formalisme étant strictement encadré par le Code du travail, en cas de contentieux, les juges sont très attentifs au respect par le médecin du travail des dispositions prévues par le Code du travail.

⁶⁵³ Ministère de la Justice, « *Tribunal judiciaire* » : <http://www.justice.gouv.fr/organisation-de-la-justice-10031/lordre-judiciaire-10033/tribunal-de-grande-instance-12034.html> [Consulté en janvier 2019, ce lien concerne dorénavant les missions du tribunal judiciaire].

⁶⁵⁴ Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.

⁶⁵⁵ Dalloz actualité, Interview F. CALVEZ, *Propos recueillis par T. Coustet* « *Fusion des TGI et des TI : « Il fallait rationaliser tout le fonctionnement de ces juridictions* », 25 octobre 2019.

La défaillance du médecin du travail quant au respect du formalisme des avis est révélée le plus souvent dans le cadre d'une procédure contentieuse opposant l'employeur et le salarié, devant le CPH⁶⁵⁶. En effet, la situation la plus fréquente est celle d'un salarié ayant fait l'objet d'une mesure de licenciement par son employeur à la suite d'un avis d'inaptitude émis par le médecin du travail ; lorsque l'avis d'inaptitude comporte un vice de forme, le salarié intente alors une action à l'encontre de son employeur afin d'obtenir l'annulation de son licenciement. Néanmoins, bien souvent le vice de forme n'est pas l'unique motif invoqué dans le cadre de cette procédure contentieuse, ce motif se mêlant à d'autres griefs mettant en cause directement l'employeur, tels qu'un manquement à son obligation de recherche de reclassement. Lorsque le formalisme de l'avis d'inaptitude n'a pas été respecté, la Cour de cassation considère que l'avis d'inaptitude tout entier est entaché de nullité⁶⁵⁷. À ce titre, plusieurs avis d'inaptitude ont été annulés par les juges, et notamment ceux en lien avec un « danger immédiat »⁶⁵⁸, au motif que l'avis ne comportait pas expressément l'ensemble des mentions nécessaires pour caractériser le danger immédiat, à savoir l'inscription expresse du danger immédiat, la nécessité de réaliser un unique examen et la référence réglementaire à l'article R.4624-31 du Code du travail⁶⁵⁹. De même, le non-respect de l'ancien délai réglementaire de deux semaines séparant les deux avis d'inaptitude a également fait l'objet d'un abondant contentieux devant les CPH aboutissant à la nullité de la procédure d'inaptitude⁶⁶⁰. Par conséquent, de nombreux employeurs ont été condamnés par le CPH en raison d'un vice de forme dans un avis émis par le médecin du travail, le contraignant ainsi à verser des dommages et intérêts au salarié.

Dans un second temps, les employeurs sont fondés à agir contre leur service de santé au travail en raison du manquement du médecin du travail, le contentieux étant porté dans ce contexte devant le tribunal judiciaire. Néanmoins, pour l'heure, les décisions condamnant les services de santé au travail restent rares en comparaison au nombre de condamnations des employeurs devant les tribunaux. Cela s'explique par le fait qu'en amont de toute procédure judiciaire, les employeurs ayant subi un tel préjudice en demandent la réparation directement

⁶⁵⁶ L'appel est porté devant la Cour d'appel puis devant la chambre sociale de la Cour de cassation.

⁶⁵⁷ Cass. soc., 20 septembre 2006, n° 05-40.241, *Bull. civ.*, 2006, V, n° 275.

⁶⁵⁸ Ancienne procédure d'inaptitude prévue par l'article R.4624-31 du Code du travail.

⁶⁵⁹ Cass. soc., 19 janvier 2005, n° 03-40.765, *Bull. civ.*, 2005, V, n° 7, p. 6 ; Cass. soc. 11 mai 2005, n° 03-45.174, *Bull. civ.*, 2005, V, n° 155, p. 134 ; Cass. soc., 16 décembre 2010, n° 09-66.954, *Bull. civ.*, 2010, V, n° 300.

⁶⁶⁰ Cass. soc., 20 septembre 2006, n° 05-40.241, *Bull. civ.*, 2006, V, n° 275.

au service de santé au travail, ce qui aboutit le plus souvent à une résolution du litige d'un commun accord. Cependant, la Cour de cassation a déjà tranché un litige entre un employeur et son service de santé au travail, en lien avec un vice de forme quant au délai séparant les deux examens médicaux constatant l'inaptitude. L'affaire a été jugée en amont par le tribunal d'instance de Tarascon le 17 septembre 2009 puis par la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence le 15 octobre 2010. La Cour de cassation considère que « *la cour d'appel, qui a constaté que les deux visites médicales étaient intervenues les mardi 28 septembre et lundi 11 octobre 2008, a exactement retenu que le délai de deux semaines devant séparer ces deux examens n'avait pas été respecté ; qu'après avoir relevé une faute commise par [le service de santé au travail], elle a caractérisé le lien de causalité entre cette faute et le préjudice en ayant résulté pour l'entreprise* »⁶⁶¹. Par conséquent, l'employeur, qui a subi un préjudice du fait du non-respect de la procédure d'inaptitude, peut se retourner contre le service de santé au travail afin d'obtenir réparation du préjudice subi.

Les dispositions législatives et réglementaires issues de la Loi « Travail » pourront aussi susciter de nouveaux contentieux en cas de non-respect de la procédure prévue par les textes. À titre d'exemple, les préconisations individuelles doivent faire l'objet, depuis le 1^{er} janvier 2017, d'un échange préalable avec l'employeur⁶⁶², ce qui pourra conduire à l'annulation de ces préconisations en cas de non-respect de cette formalité. L'avis d'inaptitude, quant à lui, doit également être précédé de différentes actions, telles que l'échange avec l'employeur, l'étude de poste et des conditions de travail, etc.⁶⁶³, et le médecin du travail doit mentionner sur la fiche d'inaptitude plusieurs éléments prévus par le Code du travail, à savoir la date de mise à jour de la fiche d'entreprise, la date de l'échange avec l'employeur et la date de l'étude de poste et des conditions de travail. Si ces conditions de forme ne sont pas respectées, en cas de contentieux, les juges pourraient également décider de la nullité de l'avis du médecin.

En parallèle de ces contentieux portant sur le formalisme des avis émis par le médecin du travail, nous avons constaté que les contentieux pouvaient également être liés à un manquement du service de santé au travail dans l'accomplissement de sa mission.

⁶⁶¹ Cass. soc., 31 mai 2012, n° 11-10.958, Inédit.

⁶⁶² Article L.4624-3 du Code du travail.

⁶⁶³ Article R.4624-42 du Code du travail.

2/ Le développement du contentieux pour manquement des services de santé au travail dans l'accomplissement de leurs missions

Les services de santé au travail sont tenus d'assurer des prestations aux adhérents en termes de suivi individuel de l'état de santé des salariés et d'actions sur le milieu de travail. En cas de défaillances dans l'organisation du suivi individuel de l'état de santé des salariés, les employeurs peuvent tenter une action judiciaire à leur encontre. En amont de toute procédure judiciaire, nous avons constaté à l'ACMS que certains employeurs réclament une diminution de la cotisation lorsque le service a du retard dans l'organisation des visites médicales. Si la plupart de ces précontentieux se résolvent d'un commun accord et en dehors de toute procédure judiciaire, la première chambre civile de la Cour de cassation⁶⁶⁴ a eu l'occasion de rendre une décision emblématique au sujet de la défaillance d'un service de santé au travail dans l'organisation du suivi individuel. Dans cette affaire, les juges du fond ont constaté « *que l'association n'avait procédé qu'à un seul des examens médicaux périodiques sur les cinq demandés par la société [...] et n'avait pas respecté le délai de visite annuelle pour quatre des salariés soumis à une surveillance médicale renforcée* ». Par conséquent, les juges ont relevé que le service de santé au travail était défaillant dans l'exécution de sa mission, ce qui avait pour conséquence de placer l'employeur en situation d'infraction pénale vis-à-vis de ses salariés. En outre, cette défaillance a été génératrice pour l'employeur d'un déficit d'informations déterminantes à l'accomplissement des actions de prévention et au respect des obligations lui incombant dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail. En conséquence, la Cour de cassation valide la position des juges du fond qui considèrent que « *la société avait subi un préjudice en rapport avec l'insuffisance des examens médicaux et de la surveillance des salariés imputable* » au service de santé au travail. En réparation du préjudice subi, l'employeur a obtenu des dommages et intérêts d'un montant égal à celui de la cotisation annuelle au service de santé au travail.

À ce sujet, les contentieux devant les tribunaux sont rares et axés sur les défaillances du service de santé au travail dans l'organisation du suivi individuel des salariés. À contrario, les manquements du service de santé au travail quant aux actions sur le milieu de travail ne font pas l'objet de décision judiciaire emblématique. Cependant, à l'heure où les actions sur le

⁶⁶⁴ Cass. civ. 1^{ère}, 19 décembre 2013, n° 12-25.056, *Bull. civ. I*, 2013, n° 256.

milieu de travail prennent une place de plus en plus prégnante au regard de la diminution des échéances relatives au suivi individuel de l'état de santé des salariés, les contentieux à venir pourraient porter sur ces actions ou plus précisément sur l'absence ou l'insuffisance d'actions. Tout comme les avis médicaux individuels, les préconisations collectives doivent faire l'objet d'un formalisme particulier, à savoir un écrit motivé et circonstancié concernant les mesures à prendre pour préserver la santé des salariés⁶⁶⁵. En ce sens, il pourrait être reproché au médecin du travail un défaut de signalement des risques, empêchant ainsi l'employeur de prendre les mesures visant à supprimer ces risques. De même, le médecin du travail pourrait faire l'objet d'un contentieux en lien avec une absence ou une insuffisance de conseils vis-à-vis des employeurs, des salariés ou de leurs représentants. D'ailleurs, quelques employeurs reprochent déjà aux médecins du travail (et aux services de santé au travail), l'absence d'actualisation régulière de la fiche d'entreprise. Ces litiges pourraient prendre de l'ampleur dans les années à venir dans la mesure où depuis le 1^{er} janvier 2017, la fiche d'entreprise et son actualisation font désormais partie des conditions de validité du formalisme de l'avis d'inaptitude émis par le médecin du travail. Par conséquent, nous pouvons anticiper l'émergence d'une nouvelle forme de contentieux en lien avec l'absence de mention portée sur l'avis d'inaptitude quant à la date d'actualisation de la fiche d'entreprise.

La croissance du nombre de contentieux en lien avec les missions du médecin du travail s'avère anxiogène pour les médecins du travail qui craignent de voir leur responsabilité engagée. Les médecins du travail sont également confrontés à des plaintes davantage personnelles devant le Conseil de l'Ordre des médecins en cas de suspicion de manquement à leurs obligations déontologiques.

⁶⁶⁵ Article L.4624-9 du Code du travail.

§3 – Le contentieux auprès du Conseil de l’Ordre des médecins

Les plaintes déposées auprès du Conseil de l’Ordre des médecins peuvent être exercées par le salarié ou par l’employeur, lorsqu’ils estiment que le médecin du travail a manqué à ses obligations déontologiques. En effet, le Conseil de l’Ordre des médecins est une juridiction ordinaire chargée de veiller au respect des principes déontologiques par les médecins (A). À l’analyse des contentieux devant le Conseil de l’Ordre des médecins, nous pouvons constater qu’ils sont le reflet d’une altération de la relation de confiance entre les parties (B).

A – Le Conseil de l’Ordre des médecins, une juridiction ordinaire chargée du respect des principes déontologiques

Le Conseil de l’Ordre des médecins rassemble l’ensemble des médecins exerçants sur le territoire français. Ses missions sont strictement encadrées par le Code de la santé publique (1), mais des spécificités existent en santé au travail, notamment concernant les acteurs susceptibles d’intenter une action à l’encontre du médecin du travail (2). La procédure et les enjeux d’une telle plainte sont différents de la saisine du tribunal judiciaire et du CPH (3).

1/ Les missions du Conseil de l’Ordre des médecins

L’ensemble des médecins exerçants en France, quelle que soit leur spécialité, doivent s’inscrire au tableau de l’Ordre des médecins. À ce titre, « *L’ordre national des médecins [...] regroupent obligatoirement tous les médecins [...] habilités à exercer.* »⁶⁶⁶ Il s’agit de « *la seule institution française qui rassemble et fédère l’ensemble des médecins, quel [que] soit leur statut, leur âge, leur mode d’exercice, leur spécialité...* »⁶⁶⁷.

Le Code de la santé publique dispose que l’Ordre des médecins assure « *la défense de l’honneur et de l’indépendance de la profession médicale [...]* »⁶⁶⁸. Il veille également « *au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement*

⁶⁶⁶ Article L.4121-1 du Code de la santé publique.

⁶⁶⁷ Conseil Départemental de l’Ordre des médecins, « *Notre rôle* » : <https://www.cdom70.fr/le-cdom/notre-role.html> [Consulté le 10 juillet 2020].

⁶⁶⁸ Article L.4121-2 du Code de la santé publique.

indispensables à l'exercice de la médecine [...] et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie »⁶⁶⁹.

Le Code de déontologie médicale, lequel est rédigé par le Conseil de l'Ordre des médecins, édicte les devoirs généraux des médecins, leurs devoirs envers les patients et les rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé. Par ces principes fondamentaux, le CNOM veille « *à mettre en accord la déontologie avec l'éthique* »⁶⁷⁰. Pour ce faire, les missions du Conseil de l'Ordre sont accomplies par l'intermédiaire des Conseils départementaux et régionaux. Les CDOM sont chargés de veiller au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement. À cet effet, ils sont chargés de recueillir les plaintes et les doléances déposées à l'encontre de l'ensemble des médecins. Les médecins du travail, comme tous les autres médecins, peuvent faire l'objet d'une action disciplinaire à leur encontre devant la juridiction ordinaire.

2/ Les acteurs susceptibles de porter plainte contre le médecin du travail

Plusieurs acteurs cités par le Code de la santé publique sont susceptibles de saisir le CDOM lorsqu'ils estiment qu'un médecin a manqué à ses devoirs déontologiques. À ce titre, le Code de la santé publique dispose, depuis le décret du 25 mars 2007⁶⁷¹, que le CDOM peut saisir la chambre disciplinaire de l'ordre « *à la suite de plaintes, formées notamment par les patients, les organismes locaux d'assurance maladie obligatoires, les médecins-conseils chefs ou responsables du service du contrôle médical placé auprès d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale, les associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité* »⁶⁷².

Dans le domaine de la santé au travail, la première interrogation portait sur la détermination des différents acteurs habilités à émettre une plainte à l'encontre du médecin du travail. En

⁶⁶⁹ Article L.4121-2 du Code de la santé publique.

⁶⁷⁰ CNOM, « *Au cœur de la relation médecin-patient* », <https://studylibfr.com/doc/3667615/au-c%C5%93ur-de-la-relation-m%C3%A9decin-patient> [consulté le 10 juillet 2020].

⁶⁷¹ Décret n° 2007-434 du 25 mars 2007 relatif au fonctionnement et à la procédure disciplinaire des conseils de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

⁶⁷² Article R.4126-1 du Code du travail.

application de l'article R.4126-1 du Code de la santé publique précité, seuls les patients, c'est-à-dire les salariés, peuvent intenter une action à l'encontre du médecin du travail. Cependant, l'adverbe « notamment » utilisé dans cet article suppose que d'autres acteurs qui ne sont pas mentionnés peuvent également être légitimes à intenter une action à l'encontre du médecin. À ce titre, le Conseil de l'Ordre a précisé que « *l'énumération par l'article R.4126-1 du code de la santé publique des personnes susceptibles de former une plainte contre un médecin n'est pas limitative ; qu'il s'ensuit que toute personne qui estime avoir des reproches à faire à un médecin peut saisir d'une plainte le conseil départemental* »⁶⁷³. À la suite de cette décision, des syndicats et des associations⁶⁷⁴ ont demandé l'abrogation de l'adverbe « notamment » et l'inscription d'une liste limitative des personnes habilitées à déposer plainte contre un médecin devant le CDOM. Ces syndicats et associations estiment que ces dispositions permettant aux employeurs d'engager « *une action disciplinaire contre des médecins du travail [...] ayant rédigé des certificats faisant un lien entre une pathologie et le travail [...] permettent qu'il soit porté atteinte, lors de la conciliation préalable ou lors de la procédure juridictionnelle, soit à la protection du secret médical, soit au droit du médecin à un procès équitable et quelles font obstacle, par la menace de poursuites disciplinaires, à l'exercice serein par les médecins du travail de leur office.* » Pourtant, dans sa décision du 11 octobre 2017⁶⁷⁵, le Conseil d'État ne suit pas le raisonnement des syndicats en validant la possibilité pour un employeur de porter plainte contre le médecin du travail, tout en précisant que l'employeur doit être « *lésé de manière suffisamment directe et certaine par le manquement d'un médecin à ses obligations déontologiques* ». En outre, le Conseil d'État considère que cette faculté laissée à l'employeur ne saurait porter atteinte au respect par le médecin du secret médical ou au droit à un procès équitable.

Par extension, nous pouvons également supposer qu'une plainte puisse valablement être déposée par les représentants du personnel lorsqu'ils s'estiment lésés en raison d'un manquement déontologique supposé du médecin du travail.

⁶⁷³ Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins, audience du 15 mai 2014, décision rendue publique par affichage le 26 juin 2014, n° 11843, Dr Elisabeth DELPUECH.

⁶⁷⁴ Requête de l'association santé et médecine du travail, le syndicat national des médecins du travail des mines et des industries électriques et gazières, le syndicat UGICT CGT, l'association ASD PRO, l'union syndicale Solidaires, le syndicat de la médecine générale.

⁶⁷⁵ Conseil d'État, 4^e et 5^e chambres réunies, 11 octobre 2017, n° 403576.

3/ La procédure et les enjeux d'une plainte déposée devant le Conseil de l'Ordre des médecins

Lorsqu'un employeur, un salarié ou un représentant du personnel entend adresser une plainte à l'encontre d'un médecin, il doit « adresser [au CDOM] une lettre en recommandé avec accusé de réception avec un historique détaillé des faits incriminés »⁶⁷⁶. Le Président du CDOM en accuse réception à l'auteur et en informe le médecin mis en cause, et par la suite, il convoque les parties dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte en vue d'une séance de conciliation. Cela permet aux parties de s'exprimer oralement, ce qui aboutit à la rédaction d'un procès-verbal de conciliation ou à un procès-verbal de carence. En cas d'échec de la conciliation, la plainte est transmise à la chambre disciplinaire de première instance « avec l'avis motivé du conseil »⁶⁷⁷, dans un délai de trois mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte. Ainsi, le Conseil départemental doit indiquer s'il s'associe à la plainte, et il appartient ensuite à la chambre disciplinaire de première instance de statuer dans un délai de six mois suivant le dépôt de la plainte⁶⁷⁸, à la suite de quoi un recours est encore possible devant la chambre disciplinaire nationale puis devant le Conseil d'État en dernier recours.

Les enjeux liés à la saisine de la juridiction ordinaire sont différents de ceux liés à la saisine des juridictions civiles ou pénales, la juridiction ordinaire n'ayant pas pour objet de réparer les préjudices matériels. Lorsqu'une faute déontologique commise par le médecin est reconnue par la juridiction ordinaire, le médecin peut se voir infliger une sanction disciplinaire, à savoir un avertissement, un blâme, une interdiction d'exercer avec ou sans sursis, ou la radiation du tableau de l'Ordre. En conséquence, le but dans le cadre d'une plainte auprès de la juridiction ordinaire n'est pas d'ordre pécuniaire, mais plutôt de l'ordre de la sanction à l'encontre du médecin qui aurait manqué à ses obligations de déontologie médicale. Néanmoins, récemment, nous avons pu observer l'émergence d'autres types de motivations, et notamment lorsque la plainte formée contre le médecin du travail provient de l'employeur. En effet, à titre d'exemple, lorsqu'un salarié intente une action contre son employeur devant

⁶⁷⁶ Conseil départemental de la ville de Paris de l'Ordre des médecins, « *Plainte et doléance* » : <http://www.conseil75.ordre.medecin.fr/content/plainte-et-doleance> [Consulté le 10 juillet 2020].

⁶⁷⁷ Article L.4123-2 du Code de la santé publique.

⁶⁷⁸ Article L.4124-1 du Code de la santé publique.

le CPH en raison d'une souffrance au travail, le salarié peut verser dans son dossier prud'homal un courrier que le médecin du travail a rédigé à l'attention de l'un de ses confrères afin de permettre la prise en charge médicale du salarié. De ce fait, en vertu du principe du contradictoire, l'employeur peut se trouver en possession d'un courrier médical que le médecin du travail a adressé à un confrère. Lorsque l'employeur s'estime lésé par ce courrier, il peut, en parallèle de la procédure l'opposant à son salarié, porter plainte contre le médecin du travail devant le CDOM afin d'amener ce dernier à retirer l'écrit réalisé. Cela sera notamment justifié lorsque le médecin du travail a fait un lien entre l'état de santé du salarié et ses conditions de travail sur les seuls dires du salarié, sans avoir vérifié au préalable leur véracité.

Toutefois, l'employeur devra veiller à ne pas porter plainte de manière abusive contre le médecin du travail, la chambre disciplinaire pouvant dans ce cas lui infliger une amende. Il en est de même pour une procédure abusive émanant d'un salarié. En effet, des salariés⁶⁷⁹ et des employeurs⁶⁸⁰ ont déjà été condamnés, par la chambre disciplinaire de l'Ordre des médecins, à verser au médecin du travail des indemnités, à savoir une indemnité pour procédure abusive ainsi qu'une amende pour plainte abusive, ces deux indemnités pouvant être cumulatives.

Ces dernières années nous assistons à une augmentation du nombre de plaintes formées devant le CDOM par les employeurs et les salariés. L'analyse de ce contentieux disciplinaire à l'égard des médecins met en exergue une altération de la relation de confiance entre les parties.

⁶⁷⁹ Par exemple : Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins, audience du 8 juin 2016, décision rendue publique le 22 septembre 2016, n° 12618.

⁶⁸⁰ Par exemple (ACMS) : Chambre disciplinaire de première instance, audience du 21 janvier 2020, décision rendue publique par affichage le 8 juin 2020, n° C.2018-6543.

B – Les contentieux devant le Conseil de l’Ordre des médecins, signe d’une judiciarisation globale des relations de travail

Le ministère de la Santé⁶⁸¹ estime que le phénomène de plaintes à l’encontre des médecins du travail reste « *marginal* » au vu du faible nombre de décisions rendues par le CNOM les concernant. En effet, ces dernières années, la chambre disciplinaire nationale du CNOM a rendu relativement peu de décisions concernant des plaintes émises à l’encontre de médecins du travail. En effet, en 2014 le CNOM a rendu 251 décisions au sujet de plaintes déposées à l’encontre de médecins, toutes spécialités confondues, dont 7 seulement impliquant des médecins du travail⁶⁸². Par la suite, en 2016, le nombre de plaintes portées devant la chambre disciplinaire nationale du CNOM à l’encontre de médecins du travail a augmenté, celle-ci ayant rendu 9 décisions aboutissant à 4 blâmes et 5 n’ont abouti à aucune sanction⁶⁸³. De même, pour l’année 2018, la chambre disciplinaire nationale de l’Ordre des médecins indique dans son rapport annuel que parmi les 203 décisions rendues, 9 décisions concernaient des plaintes portées à l’encontre de médecins du travail. Ces décisions ont donné lieu, pour les médecins du travail, à 3 avertissements, 2 blâmes, 1 interdiction entièrement assortie du sursis, 1 interdiction de 3 mois éventuellement assortie partiellement de sursis, et 2 n’ont abouti à aucune sanction⁶⁸⁴.

L’analyse des plaintes émises à l’encontre des médecins du travail de l’ACMS entre 2015 et 2018 met en avant le fait qu’une majorité de plaintes est déposée par des salariés, même si le ratio s’inverse sur l’année 2018 (*cf. annexe n°2*). En effet, sur les 14 plaintes émises entre 2015 et 2018 à l’égard des médecins du travail de l’ACMS, 8 provenaient de salariés et 6 d’employeurs. Il convient néanmoins de souligner que sur l’année 2018, 5 plaintes ont été recensées dont 4 émanant d’employeurs.

Si le nombre de plaintes portées devant le CNOM peut apparaître « *marginal* », pour autant, « *les professionnels se disent sous la pression croissante des employeurs, qui attaquent leurs*

⁶⁸¹ M. GOANEC, « *Médecine du travail : le conseil de l’ordre attentif aux...employeurs* », Médiapart.fr, 19 janvier 2016.

⁶⁸² Chambre disciplinaire nationale de l’Ordre des médecins, Rapport annuel d’activité de la juridiction ordinaire, 2014, page 74.

⁶⁸³ Chambre disciplinaire nationale de l’Ordre des médecins, Rapport annuel d’activité de la juridiction ordinaire, 2016, page 70.

⁶⁸⁴ Chambre disciplinaire nationale de l’Ordre des médecins, Rapport annuel d’activité de la juridiction ordinaire, 2018, page 67.

certificats médicaux devant le conseil de l'ordre des médecins »⁶⁸⁵. Comme le souligne P. ADAM, « *quatre ou cinq décisions ordinales favorables, c'est suffisant pour faire peser une grosse pression sur les médecins* »⁶⁸⁶. De plus, il convient de souligner que le nombre de contentieux portés devant la chambre disciplinaire nationale du Conseil de l'Ordre ne reflète aucunement la réalité du nombre de plaintes déposées par les employeurs et les salariés, ces derniers saisissant tout d'abord les Conseils départementaux du Conseil de l'Ordre.

Nous pouvons souligner le fait que les plaintes émises par les salariés ou par les employeurs à l'encontre du médecin du travail font partie d'une judiciarisation globale des relations de travail, et sont bien souvent le reflet d'un contentieux entre le salarié et l'employeur. À cet effet, les avis du médecin peuvent être instrumentalisés dans le cadre d'un contentieux prud'homal opposant l'employeur et son salarié. Ainsi, les parties utilisent les écrits du médecin du travail (avis, certificats, etc.) afin d'obtenir un avantage dans le cadre de leur procédure devant le CPH. Concernant les plaintes émises par les employeurs, Monsieur A. DESEUR⁶⁸⁷ indique que « *les employeurs et leurs conseils cherchent à se défendre* » face à la montée des procédures prud'homales ou pénales pour harcèlement⁶⁸⁸. La nature des échanges entre le médecin du travail et les employeurs a peu à peu évolué, passant d'un échange verbal à un échange de plus en plus formalisé par écrit en vue de sa traçabilité, cela constituant autant d'éléments pouvant être mobilisés en cas de contentieux.

Les plaintes émises par les employeurs concernent souvent des certificats considérés comme tendancieux ou de complaisance tandis que les plaintes émises par les salariés concernent par exemple un manquement du médecin à son obligation de secret médical, une accusation de connivence avec l'employeur, ou encore une accusation de propos déplacés de la part du médecin (injures, maltraitance, maladresse).

⁶⁸⁵ M. GOANEC, « *Médecine du travail : le conseil de l'ordre attentif aux...employeurs* », Médiapart.fr, 19 janvier 2016.

⁶⁸⁶ M. GOANEC, « *Médecine du travail : le conseil de l'ordre attentif aux...employeurs* », Médiapart.fr, 19 janvier 2016.

⁶⁸⁷ Ancien Président du Conseil national de l'Ordre des médecins.

⁶⁸⁸ M. GOANEC, « *Médecine du travail : le conseil de l'ordre attentif aux...employeurs* », Médiapart.fr, 19 janvier 2016.

Concernant les plaintes émises par les employeurs, à titre d'exemple, le CNOM a rendu une décision le 15 janvier 2015 à la suite d'une plainte formée par un employeur reprochant au médecin du travail d'avoir rédigé un certificat médical à une salariée en mentionnant « *des faits comme avérés ou avec une formulation qui donnait foi à ces dires* »⁶⁸⁹. Dans une autre affaire jugée par le CNOM le 16 janvier 2014, l'employeur reprochait au médecin du travail de s'être prononcé sur un droit de retrait exercé par un salarié alors que le médecin ne connaissait pas le site sur lequel le salarié avait exercé son droit de retrait⁶⁹⁰. Concernant plus spécifiquement l'analyse des contentieux à l'encontre des médecins du travail de l'ACMS, nous pouvons citer quelques exemples emblématiques de plaintes. En 2018, un employeur a porté plainte contre le médecin du travail en raison d'un courrier qu'il avait adressé au médecin traitant du salarié, l'employeur considérant ce courrier comme tendancieux. Dans le cadre d'un litige l'opposant à son salarié devant le CPH, l'employeur a eu accès à ce courrier médical, et afin d'assurer sa défense contre le salarié, l'employeur a intenté une action contre le médecin du travail dans le but que cette pièce du dossier prud'homal soit retirée. Ce motif de plainte constitue l'un des principaux motifs de plaintes à l'encontre des médecins du travail. En revanche, il convient également de souligner l'émergence d'autres motifs de plaintes, certes moins fréquents, mais traduisant l'altération des relations entre les salariés et les employeurs. À titre d'exemple, un employeur a intenté une action contre le médecin du travail, considérant que ce dernier émettait trop de préconisations d'aménagement de poste, qu'il n'était pas en mesure de mettre en place. L'audience de conciliation a donné lieu à la rédaction d'un procès-verbal de non-conciliation, mais l'entreprise s'est finalement désistée de l'instance quelques semaines plus tard, s'apercevant qu'il ne relevait pas des compétences du Conseil de l'Ordre de statuer sur le bien-fondé des aménagements de poste, d'autant que le nombre de préconisations émises par le médecin était en cohérence avec le nombre de préconisations émises par d'autres médecins du travail dans le même secteur d'activité. La même année, en 2018, un employeur a intenté une action à l'encontre de deux médecins du travail de l'ACMS. Dans la première affaire, l'employeur contestait le respect par le médecin du travail du formalisme de l'avis d'inaptitude, et plus spécifiquement de l'obligation d'échange préalable avec l'employeur. Avant d'émettre l'avis d'inaptitude, le médecin du

⁶⁸⁹ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins, 15 janvier 2015, n° 12660.

⁶⁹⁰ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins, 16 janvier 2014, n° 12218.

travail avait procédé à un échange avec le directeur régional du site pour lequel le salarié a été déclaré inapte. Néanmoins, l'employeur estime que l'échange aurait dû avoir lieu directement avec lui, ce qui devrait, selon l'employeur, invalider l'avis d'inaptitude rendu par le médecin du travail. L'audience de conciliation a donné lieu à la rédaction d'un procès-verbal de non-conciliation, puis la chambre disciplinaire de première instance a rejeté la plainte de l'employeur⁶⁹¹, mais l'employeur a décidé de contester cette décision devant la chambre disciplinaire nationale⁶⁹². Dans la seconde affaire, ce même employeur a porté plainte contre un autre médecin du travail afin d'éviter que ce dernier n'émette un avis d'inaptitude pour un salarié. En effet, le médecin a sollicité l'employeur à plusieurs reprises afin de procéder à l'étude du poste de travail du salarié dans le cadre d'une éventuelle procédure d'inaptitude. L'employeur n'a pas permis au médecin du travail de procéder à l'étude du poste de travail et a intenté une action contre ce médecin devant le Conseil de l'Ordre des médecins considérant qu'il avait manqué à ses obligations déontologiques en envisageant à l'égard de ce salarié une inaptitude au poste, l'employeur estimant que le salarié ne souffre d'aucune pathologie l'empêchant de travailler. Après un procès-verbal de non-conciliation entre le médecin et l'employeur, la chambre disciplinaire de première instance d'Île-de-France a rejeté les demandes de la société et a condamné la société à verser au médecin du travail la somme de 2 500 euros pour procédure abusive et 2 500 euros d'amende pour plainte abusive⁶⁹³. L'employeur a néanmoins formé un recours devant la chambre disciplinaire nationale⁶⁹⁴. Il convient de souligner que ces deux dernières plaintes émises par le même employeur témoignaient d'une relation altérée entre l'employeur et les salariés.

Concernant les plaintes émises par les salariés à l'encontre des médecins du travail, nous pouvons également très fréquemment constater en parallèle un contexte conflictuel sous-jacent avec l'employeur. En effet, parallèlement à la plainte émise à l'encontre du médecin du travail, une action contentieuse devant le CPH a parfois lieu entre l'employeur et le salarié.

⁶⁹¹ Chambre disciplinaire de première instance d'Île-de-France, audience du 18 juin 2019, décision rendue publique par affichage du 21 août 2019, n° C.2018-6356.

⁶⁹² L'audience devant la chambre disciplinaire nationale n'a pas encore eu lieu à ce jour (30 septembre 2020).

⁶⁹³ Chambre disciplinaire de première instance d'Île-de-France, audience du 21 janvier 2020, décision rendue publique par affichage du 8 juin 2020, n° C.2018-6543.

⁶⁹⁴ L'audience devant la chambre disciplinaire nationale n'a pas encore eu lieu à ce jour (30 septembre 2020).

Une décision rendue par la Cour de cassation le 30 juin 2015⁶⁹⁵ illustre l'implication du médecin du travail dans un contentieux opposant le salarié à son employeur. Dans cette affaire, un salarié reproche notamment au médecin du travail des « *manœuvres ayant eu pour objet et pour effet de mettre obstacle à la procédure de constatation de son inaptitude* ». Le salarié intente alors une action à l'encontre de son employeur car il « *estime que l'attitude du médecin du travail caractérise en soi un harcèlement moral dont l'employeur est responsable* »⁶⁹⁶. Si la Cour de cassation ne reconnaît pas le harcèlement moral de la part de l'employeur en raison de l'indépendance professionnelle du médecin du travail, en revanche, en parallèle, « *la Chambre disciplinaire de première instance du Conseil régional de l'ordre des médecins de Lorraine a infligé un blâme au médecin du travail au motif qu'il a manqué à ses obligations en se dispensant de formuler un avis lors de la seconde visite* »⁶⁹⁷.

Au-delà de ce contexte conflictuel entre le salarié et l'employeur, le contentieux déontologique reflète également l'altération de la relation de confiance entre le médecin du travail et le salarié. À ce titre, le Contentieux déontologique à l'égard des médecins du travail est en partie dû à l'organisation du système de santé au travail français. En effet, le Code de la santé publique confère aux patients le libre choix de leur médecin⁶⁹⁸ et selon le CNOM « *ce droit, ainsi que la liberté consentie par la loi d'en faire usage, contribue à la confiance que [le patient] accorde à son médecin.* »⁶⁹⁹ En santé au travail, le salarié n'a pas ce libre choix de son médecin du travail ce qui n'est, par conséquent, pas favorable au développement d'une relation de confiance entre le médecin et le salarié. Les contentieux autour des avis du médecin du travail peuvent s'expliquer pour partie par l'ambiguïté du système de santé au travail français, dont les principes ne sont pas toujours en adéquation avec le Code de la santé publique.

⁶⁹⁵ Cass. soc., 30 juin 2015, n° 13-28.201, *Bull. civ.*, 2015, n° 833, *Soc.*, n° 1305.

⁶⁹⁶ C. MANAOUIL, S. FANTONI QUINTON, « *Entre rupture du secret professionnel et accusation de harcèlement moral à l'occasion d'une procédure d'inaptitude, le médecin du travail au cœur de toutes les polémiques* », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, octobre 2016, volume 77, n° 5, pages 779 à 783.

⁶⁹⁷ C. MANAOUIL, S. FANTONI QUINTON, « *Entre rupture du secret professionnel et accusation de harcèlement moral à l'occasion d'une procédure d'inaptitude, le médecin du travail au cœur de toutes les polémiques* », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, octobre 2016, volume 77, n° 5, pages 779 à 783

⁶⁹⁸ Article R.4127-6 du Code de la santé publique.

⁶⁹⁹ Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Libre choix du médecin* » : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-6-libre-choix-230> [Consulté le 1er octobre 2019].

SECTION 2 : L'AMBIGUÏTÉ ATAVIQUE DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL FRANÇAIS COMME TERREAU FERTILE AU DÉVELOPPEMENT DU CONTENTIEUX

En France, le système de santé au travail est marqué par son particularisme au regard du système de santé général, entrant ainsi en contradiction avec certains principes fondamentaux issus du Code de la santé publique. En effet, le médecin du travail est, comme tout médecin exerçant en France, soumis aux principes édictés par le Code de santé publique, mais il exerce pourtant ses missions en conflit avec certains principes relatifs aux droits des usagers du système de santé. Ainsi, la spécificité du système de santé au travail apparaît en contradiction avec le droit dont dispose chaque individu, qu'il soit salarié ou employeur, de choisir librement son médecin (§1) et aussi avec le principe du respect par le médecin du consentement éclairé du patient (§2).

§1 – L'absence de libre choix du médecin du travail par le salarié et par l'employeur

En santé au travail, le médecin du travail apparaît comme un praticien imposé, tant pour le salarié que pour l'employeur, ce qui constitue un frein à la relation de confiance entre le médecin et le salarié, mais également un frein à la collaboration entre le médecin et l'employeur (A). Pour autant, cette absence de libre choix du médecin du travail est nécessaire pour permettre au médecin du travail d'exercer sa mission de prévention des risques professionnels à l'échelle de l'entreprise ou de l'établissement et de maintenir une cohérence dans le suivi individuel des salariés (B).

A – Le médecin du travail, un praticien imposé aux salariés et à l'employeur

Le médecin du travail est le conseiller à la fois des salariés et des employeurs, ce qui lui confère une place privilégiée dans l'entreprise. Pourtant, les salariés n'ont pas la possibilité de choisir librement leur médecin du travail, lequel apparaît alors comme un confident imposé (1). De même, alors qu'en principe l'employeur est libre de choisir les personnes avec qui il collabore, il n'est pas toujours en mesure de choisir son médecin du travail, notamment lorsque ce dernier intervient au sein d'un service de santé au travail interentreprises (2).

1/ Le médecin du travail, un confident imposé aux salariés

Les dispositions du Code de la santé publique s'imposent à tout médecin inscrit au tableau de l'Ordre des médecins. En ce sens, le médecin du travail est, comme tout médecin, soumis à ces dispositions, et il est tenu de respecter les principes le concernant.

Parmi les principes issus du Code de la santé publique, la liberté dont dispose tout individu en France de choisir librement son praticien et son établissement de santé est érigée en « *principe fondamental de la législation sanitaire* »⁷⁰⁰. Cela a été introduit en 2002 par la Loi dite « Kouchner »⁷⁰¹ et confirmé par la suite par la Cour de cassation. Ainsi, le Code de la santé publique ⁷⁰²précise que « *le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit.* » La jurisprudence de la Cour de cassation était déjà venue rappeler en 1963⁷⁰³ ce principe d'ordre public qu'est le libre choix du médecin par le malade. Le patient peut ainsi librement choisir son médecin en fonction de critères qui lui sont propres, tels que la spécialité du médecin, les compétences et la renommée de ce dernier et/ou de l'établissement dans lequel il intervient, mais également en fonction de critères plus pragmatiques tels que le secteur géographique du médecin ou sa disponibilité. Le patient peut, à tout moment, décider de changer de praticien si ce dernier ne lui convient pas. De surcroît, le patient est également libre de décider de l'opportunité de consulter un médecin, et peut, par exemple, décider de ne pas avoir recours à la médecine alors que son état de santé le justifierait.

Le principe fondamental du libre choix du médecin par le patient n'a pas vocation à s'appliquer en santé au travail, le salarié ne disposant pas du libre choix de son médecin du travail. En effet, le médecin assure le suivi en santé au travail de l'ensemble des salariés de l'établissement ou de l'entreprise à laquelle le salarié appartient. De surcroît, les visites et les examens médicaux effectués dans le cadre du suivi individuel de l'état de santé du salarié sont obligatoires pour ce dernier, le salarié ne disposant pas de la liberté de décider de

⁷⁰⁰ Article L.1110-8 du Code de la santé publique ; Cass. civ. 1ère, 6 mai 2003, n° 01-03.259, *Bull. civ.*, 2003, V, n° 109, p. 85.

⁷⁰¹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁷⁰² Article R.4127-6 du Code de la santé publique et article 6 du Code de déontologie médicale.

⁷⁰³ Cass. chambres réunies, 16 mai 1963, n° 61-90.673, *Bull. des arrêts Cour de Cassation, Chambres réunies*, n° 4.

l'opportunité de se rendre aux visites et examens médicaux obligatoires prévus par le Code du travail. En ce sens, la Cour de cassation est venue préciser que le fait pour le salarié de refuser, malgré plusieurs injonctions de l'employeur, de se rendre aux visites médicales pouvait être constitutif d'une faute⁷⁰⁴ pouvant aller jusqu'au licenciement. À ce titre, l'obligation pour le salarié de se rendre aux différentes visites médicales organisées par l'employeur est rattachée à ses obligations contractuelles. Cette obligation est également à mettre en relation avec les obligations de l'employeur qui est lui-même tenu de mettre en place le suivi en santé au travail de ses salariés, selon les périodicités prévues par le Code du travail. En effet, la Cour de cassation retient la responsabilité civile,⁷⁰⁵ mais également pénale⁷⁰⁶ de l'employeur lorsqu'il n'organise pas les examens médicaux obligatoires prévus par le Code du travail.

La relation entre le salarié et le médecin du travail est nécessairement différente de celle d'un médecin et de son patient. En réalité, comme le souligne le professeur WEBER⁷⁰⁷ « *la fiction d'un salarié-patient n'a guère de consistance* » dans la mesure où « *en consentant au contrat de travail [le salarié] doit se soumettre à la médecine du travail* ». Ainsi, en se soumettant aux visites médicales obligatoires, le salarié devient dépendant de l'avis émis par le médecin du travail, et prend ainsi le risque d'être écarté de son poste de travail lorsque le médecin du travail estime que son état de santé n'est pas compatible avec son poste de travail. Dans la mesure où l'avenir économique et social du salarié peut se retrouver impacté par la décision du médecin du travail, la relation de confiance entre le médecin et le salarié peut être difficile à établir. Pourtant, Hervé GOSELIN⁷⁰⁸ considère, quant à lui, que « *la vérification de l'aptitude ou de l'absence d'incompatibilités manifestes [...] ne constitue un obstacle à l'établissement d'une relation de confiance avec le médecin.* » En effet, si le développement d'une relation de confiance entre le médecin du travail et le salarié n'est pas impossible, il n'en demeure pas moins qu'elle reste complexe à mettre en place. Pourtant, cette relation de confiance est indispensable au médecin du travail en vue d'acquérir une connaissance approfondie de l'état

⁷⁰⁴ Cass. soc., 17 octobre 2000, n° 97-45.286, Inédit.

⁷⁰⁵ Cass. civ. 2^e, 14 mars 2013, n° 11-27.989, Inédit.

⁷⁰⁶ Cass. crim., 12 janvier 2016, n° 14-87.695, *Bull. crim.*, 2016, n° 6.

⁷⁰⁷ J. C., WEBER, « *Le consentement du salarié-patient* », Congrès de la Société de Médecine du Travail : Éthique et Santé au Travail, Strasbourg, 28 mai 2009.

⁷⁰⁸ H. GOSELIN., « *Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives* », janvier 2007.

de santé du salarié et ainsi de lui délivrer les conseils de prévention les plus adaptés afin d'éviter l'altération de son état de santé du fait de son travail.

Certains médecins du travail usent de stratagèmes afin de nouer une relation de confiance avec les salariés dont ils assurent le suivi, dans le but de leur apporter les conseils adaptés afin de préserver leur santé. À titre d'exemple, un médecin du travail intervenant dans un service de santé au travail des Hauts-de-France⁷⁰⁹ en charge notamment du suivi en santé au travail des travailleurs intérimaires, population particulièrement exposée aux risques professionnels et dont la traçabilité du suivi médical est très complexe à mettre à œuvre⁷¹⁰, confie débiter la visite médicale d'embauche en inscrivant sur la fiche d'aptitude le terme « apte ». Le salarié est alors rassuré quant à sa possibilité à occuper son poste de travail et peut se confier librement au médecin du travail sur ses éventuelles pathologies, ses conditions de travail, etc. Cette stratégie permettait à ce médecin de délivrer les conseils de prévention adaptés aux salariés sans toutefois remettre en cause leur possibilité d'occuper leur poste de travail.

Si l'absence de libre choix du médecin du travail par le salarié constitue sans nul doute le facteur principal expliquant pourquoi la relation de confiance entre le médecin du travail et le salarié est complexe à établir, nous pouvons néanmoins souligner que l'Histoire de la santé au travail n'a pas été favorable à la construction de cette relation de confiance. En effet, comme le souligne le Professeur FRIMAT⁷¹¹, l'organisation des services médicaux lors de la création de la médecine du travail avait été « *mal accueillie par le milieu ouvrier qui se méfiait des initiatives prises par le patronat* ». Ils craignaient « *la sélection de la main d'œuvre par le médecin* ». Encore aujourd'hui, « *cette suspicion à l'égard d'un médecin [...] rémunéré par l'employeur trouve un écho auprès des salariés et de leurs représentants* ». Pourtant, le médecin du travail est également, dans une certaine mesure, un partenaire imposé à l'employeur.

⁷⁰⁹ Entretien avec un médecin du travail de la région Haut-de-France, 2013.

⁷¹⁰ V. GENTY, S. FANTONI QUINTON, « *Le suivi médical des travailleurs intérimaires après le 20 juillet 2011 : une réforme en demi-teinte...* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, septembre 2013, volume 74, n°4, pages 387 à 390.

⁷¹¹ P. FRIMAT, « *De la médecine du travail à la santé au travail : évolution des concepts* », La revue du praticien, Santé & Société, volume 67, septembre 2017.

2/ Le médecin du travail, un partenaire souvent imposé à l'employeur

Les employeurs doivent organiser le suivi en santé au travail de leurs salariés. Pour ce faire, en fonction de leur effectif, les employeurs sont tenus d'adhérer à un service de santé au travail interentreprises ou peuvent organiser un service de santé au travail autonome⁷¹².

Ainsi, les employeurs dont l'effectif de salariés ne dépasse pas 500 salariés ont l'obligation d'adhérer à un SSTI, et doivent consulter leur CSE sur le choix de ce service⁷¹³. Lorsque l'entreprise adhère à un SSTI, ce qui est le cas de la grande majorité des entreprises établies en France⁷¹⁴, ni le CSE ni l'employeur ne choisissent directement le médecin du travail. En effet, il appartient au Président du SSTI de déterminer le médecin du travail qui sera en charge du suivi en santé au travail de l'ensemble des salariés de l'entreprise. La répartition des entreprises entre les médecins du travail du SSTI est néanmoins soumise au contrôle de la DIRECCTE, l'agrément délivré fixant l'effectif maximal de travailleurs suivis par l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail⁷¹⁵. Ensuite, lorsqu'un médecin du travail a été désigné pour assurer le suivi des salariés d'une entreprise, l'employeur ne peut pas en changer sur simple demande ; un changement de médecin du travail n'étant possible qu'avec l'accord de ce dernier. S'il n'est pas d'accord, le SSTI devra demander l'accord de la commission de contrôle et du conseil d'administration⁷¹⁶, et à défaut d'accord de ces instances, le changement de médecin ne peut intervenir que sur autorisation de l'inspecteur du travail délivrée après avis du médecin inspecteur du travail⁷¹⁷. En revanche, s'ils ne sont pas satisfaits de leur médecin du travail ou de leur SSTI, les employeurs peuvent décider de mettre un terme à leur adhésion au SSTI, mais ils devront alors consulter le CSE, lequel pourra s'y opposer. En cas d'opposition du CSE à la décision de l'employeur, il appartiendra alors au DIRECCTE de se prononcer après avis du médecin inspecteur du travail⁷¹⁸.

⁷¹² Article D.4622-1 du Code du travail.

⁷¹³ Article R.4622-17 du Code du travail.

⁷¹⁴ Environ 15 millions de salariés sont suivis en SSTI alors qu'ils sont environ 1 million à être suivi en service autonome, PRESANSE, « *Rapport chiffres clés 2018* », journée d'information Médecins-Relais, jeudi 27 juin 2019.

⁷¹⁵ Article D.4622-48 du Code du travail.

⁷¹⁶ Article R.4623-12 du Code du travail.

⁷¹⁷ Article R.4623-13 du Code du travail.

⁷¹⁸ Article D.4622-23 du Code du travail.

Concernant les employeurs dont l'effectif de l'entreprise ou de l'établissement dépasse 500 salariés, ces derniers ont le choix entre l'organisation d'un service de santé au travail autonome ou l'adhésion à un SSTI. S'il appartient bien à l'employeur de faire ce choix, il doit néanmoins consulter au préalable le CSE, lequel pourra s'opposer à sa décision⁷¹⁹. Une fois encore, en cas d'opposition du CSE à la décision de l'employeur, il appartiendra alors au DIRECCTE de se prononcer sur la forme du service, après avis du médecin inspecteur du travail⁷²⁰. Lorsque l'employeur décide de mettre en place un service de santé au travail autonome, il devra procéder au recrutement d'un médecin du travail⁷²¹ qui sera nommé et affecté avec l'accord du CSE⁷²².

En conséquence, hormis dans les services de santé au travail autonomes, l'employeur n'est pas en mesure de choisir librement le médecin du travail avec qui il devra collaborer. Le médecin du travail est pourtant un partenaire privilégié de l'employeur en ce qui concerne la prévention des risques professionnels dans l'entreprise. En effet, le médecin du travail conseille l'employeur sur les mesures nécessaires à prendre en vue d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, etc⁷²³. En ce sens, la mise en œuvre d'une véritable démarche de prévention des risques dans l'entreprise implique nécessairement une bonne collaboration entre l'employeur et le médecin du travail, laquelle nécessite l'instauration d'une relation de confiance entre l'employeur et le médecin du travail, même si cette relation se situe sur un autre plan que la relation singulière entre le médecin et le salarié.

Au vu d'une étude réalisée en Bretagne en 2014, il semblerait que la relation de collaboration entre le médecin du travail et l'employeur soit plus aisée dans les services de santé au travail autonomes que dans les SSTI, ce qui se traduit par un nombre moins important de contestations des avis émis par les médecins du travail⁷²⁴. En effet, les échanges entre l'employeur et le médecin du travail sont certainement plus simples et plus nombreux au sein

⁷¹⁹ Article D.4622-2 du Code du travail.

⁷²⁰ Article D.4622-3 du Code du travail.

⁷²¹ Article R.4624-3 du Code du travail.

⁷²² Article R.4623-5 du Code du travail.

⁷²³ Articles L.4622-2 et R.4623-1 du Code du travail.

⁷²⁴ Étude de la région Bretagne, 2014 — Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 23, [78].

d'un service de santé au travail autonome, en raison de trois facteurs importants. D'une part, la proximité géographique entre l'employeur et le médecin du travail simplifie leurs échanges. D'autre part, le médecin exerçant au sein d'un service autonome est amené à échanger avec un seul employeur alors que le médecin exerçant au sein de SSTI doit échanger avec des dizaines, voire des centaines d'employeurs, ce qui rend la relation de confiance et de collaboration difficile à établir avec chacun des employeurs. Enfin, nous pouvons ajouter que la facilité des échanges entre le médecin et l'employeur est certainement liée au fait que dans les services autonomes l'employeur a choisi son médecin du travail, il aura ainsi davantage confiance en une personne qu'il a librement choisie.

Afin de mener au mieux ses missions, il est indispensable pour le médecin du travail d'établir une relation de confiance et de collaboration à la fois avec les salariés et avec les employeurs. Malgré tout, cette impossibilité, tant pour le salarié que bien souvent pour l'employeur, de choisir individuellement son médecin du travail peut se justifier par la mission spécifique dévolue au médecin du travail.

B – L'absence de libre choix du médecin du travail nécessaire à une politique globale de prévention des risques professionnels et à la cohérence du suivi individuel des salariés

Le système de santé au travail français, fondé initialement sur un suivi essentiellement individuel, par une vérification systématique de l'aptitude du salarié à occuper son poste de travail, a évolué très progressivement vers une approche collective de la santé au travail permettant une meilleure prise en compte de la prévention primaire des risques professionnels. Le Professeur FRIMAT⁷²⁵ souligne que « *mettre l'accent sur la prévention primaire ne signifie pas abandonner le suivi individuel* ». Il convient néanmoins de « *mieux l'orienter pour en faire bénéficier préférentiellement les salariés exposés aux risques les plus importants et ceux qui se trouvent dans une situation de fragilité* ». Le médecin du travail, dont la mission consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs, doit non seulement avoir une bonne connaissance de l'état de santé des salariés, mais également de leur

⁷²⁵ P. FRIMAT, « *De la médecine du travail à la santé au travail : évolution des concepts* », La revue du praticien, Santé & Société, volume 67, septembre 2017.

environnement de travail. En effet, seule la connaissance de ces deux éléments combinés permet au médecin du travail de remplir efficacement sa mission. À ce titre, la connaissance des risques professionnels inhérents à l'entreprise implique la présence et/ou la venue du médecin du travail au sein de l'entreprise afin qu'il puisse constater les risques professionnels et conseiller l'employeur, les salariés et leurs représentants sur les mesures à mettre en œuvre en vue de diminuer ces risques ou leur impact sur la santé des salariés. En ce sens, l'absence de libre choix du médecin du travail par les salariés est rendue nécessaire par la mission même du médecin du travail qui serait rendue impossible si chaque salarié pouvait librement choisir son médecin du travail. En effet, si tel était le cas, l'employeur serait confronté à un nombre important d'interlocuteurs, lesquels ne seraient très certainement pas en mesure de fournir des conseils unifiés de prévention des risques professionnels.

Par ailleurs, le suivi individuel de l'état de santé des salariés par un seul médecin du travail permet à ce dernier d'unifier ce suivi, tout en prenant en compte les fragilités individuelles. De plus, cela permet également au médecin du travail de croiser les données relatives aux pathologies des salariés avec les risques professionnels afin de constater l'impact des risques professionnels sur la santé des salariés, avec pour objectif d'alerter l'employeur en vue de supprimer les risques responsables des pathologies. Le médecin du travail peut ensuite suivre l'évolution clinique de la pathologie des salariés tout en vérifiant que l'employeur a mis en œuvre les mesures de prévention préconisées. Si plusieurs médecins du travail intervenaient au sein de la même entreprise, il y a fort à parier que seul l'aspect clinique individuel pourrait être traité, ce qui réduirait considérablement l'intérêt et l'impact de la mission du médecin du travail. Par conséquent, il apparaît essentiel de conserver ce système dans lequel un seul et même médecin du travail assure le suivi en santé au travail de l'ensemble des salariés de l'entreprise.

Comme nous l'avons précédemment souligné, la relation de confiance entre le médecin du travail et le salarié est complexe à établir en partie en raison de l'absence de libre choix du médecin par le salarié. Néanmoins, il ne s'agit pas de l'unique raison, cela pouvant également s'expliquer par le fait que les avis émis par le médecin du travail s'imposent au salarié, le mettant ainsi dans une situation de vulnérabilité quant à son avenir professionnel. En effet, la facilité avec laquelle un patient se confie à ses médecins (traitant et spécialistes) peut

s'expliquer par le fait que le patient sait qu'aucune décision médicale ne peut lui être imposée. Dans ce contexte, le patient peut délivrer au médecin l'ensemble des informations médicales le concernant afin d'obtenir un avis éclairé lui permettant de prendre sa décision en connaissance de cause. La situation est toute autre en ce qui concerne la relation entre le médecin du travail et le salarié, étant donné qu'une fois que ce dernier a confié les informations sur son état de santé au médecin, il n'est plus maître de la situation et se retrouve à la merci d'un médecin qui, par ses décisions, conditionnera son avenir professionnel tout entier, sans même que son consentement lui soit demandé.

§2 – L'incompatibilité de la notion d'aptitude avec le principe du consentement éclairé du salarié

L'ampleur du phénomène de judiciarisation autour des avis émis par le médecin du travail s'explique en partie par la spécificité du système de santé au travail français. En effet, la médecine de « l'aptitude » est toujours ancrée dans l'ADN de notre système de santé au travail, et ce malgré la suppression de la vérification systématique de l'aptitude pour tous les salariés. Ainsi, la vérification de l'aptitude des salariés à occuper leur poste de travail entre en contradiction, par certains aspects, avec l'incompatibilité posée par le Code de déontologie médicale entre la médecine de prévention et la médecine de contrôle (A). De même, cela entre en contradiction avec le principe du respect du consentement éclairé du patient, autre principe fondamental issu du Code de la santé publique (B).

A – Le système de santé au travail en contradiction avec l'incompatibilité entre la médecine de prévention et la médecine de contrôle

Par définition, le médecin de prévention ne peut assurer des missions relevant de la médecine de contrôle. Pourtant, nous pouvons nous questionner sur la notion d'aptitude médicale, laquelle peut être considérée par certains aspects comme une mission relevant de la médecine de contrôle (1). De plus, il a été démontré que la notion d'aptitude ancrée dans notre système de prévention ne constitue pas réellement un moyen d'assurer la protection effective de la santé des salariés (2).

1/ La notion d'aptitude, une notion relevant de la médecine de contrôle ?

Le Code de la santé publique⁷²⁶ interdit à un médecin de prévention d'exercer la médecine de contrôle. À ce titre, il est expressément indiqué qu'« *un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention* ». D'ailleurs, le Conseil d'État⁷²⁷ a rappelé ce principe en 2006 dans un arrêt opposant la SNCF au syndicat national professionnel des médecins du travail et à la fédération des syndicats Sud rail. Dans cette affaire, les syndicats ont demandé au Conseil d'État d'annuler la note du directeur des ressources humaines (DRH) de la SNCF qui prévoyait que le médecin du travail réaliserait les examens d'aptitude prévus par l'arrêté du 30 juillet 2003, c'est-à-dire les examens d'aptitude pour le personnel habilité à l'exercice d'une fonction de sécurité. Dans sa décision, le Conseil d'État précise alors qu'il ne revient pas au médecin du travail, dont le rôle est exclusivement préventif, de procéder aux examens de contrôle de l'aptitude des agents. De ce fait, le Conseil d'État indique que les syndicats sont fondés à demander l'annulation de la note du DRH et rappelle ainsi le régime d'incompatibilité entre les fonctions de médecine du travail et celles du médecin en charge de la vérification de l'aptitude des agents à l'exercice de fonctions de sécurité.

Pour les salariés de droit privé, la réglementation relative à la santé au travail apparaît pourtant en contradiction avec ce principe. En effet, les médecins du travail, dont la mission est exclusivement préventive comme le prévoit le Code du travail⁷²⁸, vérifient l'aptitude des salariés à occuper leur poste de travail. Cette notion d'aptitude fait débat depuis plusieurs années, dans la mesure où cela peut être perçu comme une mission de contrôle, ce qui est contraire à la mission préventive du médecin du travail. Face à ce constat, en 2015, le rapport du groupe ISSINDOU⁷²⁹ a proposé de « *limiter le contrôle de l'aptitude aux salariés qui occupent un poste de sécurité* », idée qui a été reprise par le législateur dans la Loi du 8 août 2016⁷³⁰. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2017, le médecin du travail émet un avis d'aptitude

⁷²⁶ Article R.4127-100 du Code de la santé publique.

⁷²⁷ Conseil d'État, 1^{ère} et 6^e sous-sections réunies, 7 juin 2006, n° 279632, mentionné aux tables du recueil Lebon.

⁷²⁸ Article L.4622-3 du Code du travail.

⁷²⁹ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015.

⁷³⁰ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

uniquement pour les salariés « affecté[s] à un poste présentant des risques particuliers pour [leur] santé ou [leur] sécurité ou pour celles de [leurs] collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail »⁷³¹. L'article R.4624-24 du Code du travail relatif aux objectifs de la visite médicale d'aptitude avant l'embauche mentionne explicitement que le médecin du travail doit « s'assurer que le travailleur est médicalement apte au poste de travail auquel l'employeur envisage de l'affecter, notamment en vérifiant la compatibilité du poste avec l'état de santé du travailleur qui y est affecté, afin de prévenir tout risque grave d'atteinte à sa santé ou à sa sécurité ou à celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail » et « de rechercher si le travailleur n'est pas atteint d'une affection comportant un danger pour les autres travailleurs ».

En principe, la vérification de l'aptitude médicale des salariés est limitée aux salariés affectés à un poste présentant des risques particuliers. Néanmoins, nous pouvons nous demander si ces nouvelles dispositions sont réellement de nature à modifier le principe de la médecine de « l'aptitude ». En effet, pour les salariés non exposés à un poste à risque particulier, le médecin du travail n'émettra plus d'avis d'aptitude. Même si la sémantique a évolué, le médecin du travail sera tout de même amené à vérifier la compatibilité entre l'état de santé du salarié et son poste de travail. En conséquence, il pourra émettre des préconisations d'aménagement, d'adaptation, de transformation de poste ou émettre un avis d'inaptitude. Si aucune préconisation n'est émise, cela signifie que le salarié est « apte » à occuper son poste de travail même si cela n'est plus écrit explicitement sur l'attestation de suivi. De même, lorsque le salarié est reçu par un IDEST lors des visites d'information et de prévention, ce dernier remet une attestation de suivi individuel, sans aucune mention relative à l'aptitude. Cependant, l'IDEST pourra décider à tout moment de réorienter le salarié vers le médecin du travail, notamment s'il décèle une problématique de santé particulière. Ainsi, lorsque le salarié a une pathologie incompatible avec son poste de travail, il court toujours le risque d'être déclaré inapte à son poste de travail.

⁷³¹ Articles R.4624-22 et R.4624-28 du Code du travail.

2/ La vérification de l'aptitude médicale, nullement nécessaire pour assurer la protection de l'état de santé des salariés

Le système de vérification de l'aptitude médicale du salarié par le médecin du travail ne constitue aucunement une nécessité afin d'assurer efficacement le suivi en santé au travail des salariés et de prévenir les risques professionnels. En effet, ni la convention de l'OIT sur les services de santé au travail⁷³² ni la directive-cadre de 1989⁷³³ ne prévoient l'obligation d'instaurer une vérification systématique de l'aptitude des salariés à occuper leur poste de travail. Ainsi, la convention de l'OIT prévoit que les services de santé au travail doivent conseiller les employeurs, les travailleurs et leurs représentants concernant « les *exigences requises pour établir et maintenir un milieu de travail sûr et salubre, propre à favoriser une santé physique et mentale optimale en relation avec le travail* » et « *l'adaptation du travail aux capacités des travailleurs compte tenu de leur état de santé physique et mentale* ». Par conséquent, il n'est pas imposé aux États membres la mise en place d'un système dans lequel le médecin du travail réaliserait des examens médicaux permettant la vérification systématique de l'aptitude médicale des travailleurs à occuper leur poste de travail. De même, la directive-cadre de 1989 prévoit à l'article 14 que « *chaque travailleur doit pouvoir faire l'objet, s'il le souhaite, d'une surveillance de santé à intervalles réguliers.* » Or, le système de santé au travail français ne laisse pas le choix au salarié, mais le contraint à un suivi individuel de son état santé, la jurisprudence estimant que les visites médicales prévues par le Code du travail sont obligatoires pour le salarié, sous peine de sanction à son encontre⁷³⁴.

Aujourd'hui encore, la notion de vérification par le médecin du travail de l'aptitude médicale du salarié à occuper son poste de travail fait toujours débat, malgré le fait que cela soit désormais limité aux salariés occupant un poste à risques. Le rapport du groupe ISSINDOU⁷³⁵ avait pourtant préconisé que la vérification de l'aptitude médicale du salarié à occuper son poste soit « *opéré par un médecin distinct du médecin du travail qui assure le suivi habituel de*

⁷³² Convention OIT n° 161 sur les services de santé au travail, 1985.

⁷³³ Directive-cadre n° 89/391 CEE 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.

⁷³⁴ Cass. soc., 17 octobre 2000, n° 97-45.286, Inédit.

⁷³⁵ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015.

l'état de santé au travail du salarié. » Le rapport indique qu'il est « *impératif de distinguer le médecin qui va intervenir en qualité de contrôleur de l'aptitude du salarié concerné et celui qui assure le suivi de santé du salarié dans un cadre strictement préventif.* » Cependant, la Loi « Travail »⁷³⁶ n'a pas repris cette proposition, la législation confiant toujours au médecin du travail la mission ambiguë de vérifier l'aptitude des salariés affectés à des postes à risques, ce qui entre en contradiction directe avec la mission exclusivement préventive confiée au médecin du travail. De plus, alors que l'employeur doit adapter le travail à l'Homme, certains médecins considèrent que « *l'aptitude [est] plus proche [...] de l'adaptation de l'homme au travail que de l'adaptation du travail à l'homme* »⁷³⁷. Selon ces médecins, la mission du médecin du travail devrait davantage être centrée sur l'information des travailleurs quant aux risques inhérents à leur poste travail, comme le prévoit l'OIT⁷³⁸, sans que l'avis du médecin ne s'impose au salarié.

Or, le fait que la décision du médecin du travail s'impose au salarié remet en cause le principe du consentement éclairé du salarié. En ce sens, la frontière poreuse entre la médecine de prévention et la médecine de contrôle concernant la vérification de l'aptitude du salarié à occuper son poste de travail est très certainement favorable à l'émergence de contentieux.

B – L'atteinte au consentement éclairé du salarié

Avant d'émettre un avis d'aptitude, d'inaptitude ou des préconisations individuelles d'aménagement de poste, le médecin du travail n'est pas légalement tenu d'obtenir l'accord du salarié, ce qui est contraire au principe du respect de la volonté du patient. Le médecin du travail a néanmoins un devoir d'information vis-à-vis du salarié (1) et il lui est tout de même conseillé de rechercher, dans la mesure du possible, le consentement éclairé du salarié, même si cela n'est pas prévu dans la réglementation relative à la santé au travail (2).

⁷³⁶ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

⁷³⁷ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 17, [54].

⁷³⁸ Article 13 de la convention OIT n° 161 relative aux Services de Santé au Travail, 1985.

1/ Le devoir d'information du médecin du travail vis-à-vis des salariés

En principe, le médecin du travail doit se conformer aux dispositions du Code de déontologie médicale et à celles du Code de la santé publique. De ce fait, il est tenu d'appliquer la disposition du Code de la santé publique fixant un devoir d'information du médecin à l'égard de son patient : *« toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. [...] »* Cette obligation d'information *« incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. »*⁷³⁹ Le médecin du travail n'est pas concerné par la dispense de soins, mais son obligation d'informations concerne l'ensemble des *« actions de prévention qui sont proposés »*, c'est-à-dire notamment les préconisations individuelles d'aménagement de poste de travail et les avis d'inaptitude. Or, en santé au travail, ces mesures ne sont pas simplement proposées, mais imposées au salarié, ce dernier ne disposant pas de la liberté d'accepter ou de refuser les préconisations émises par le médecin du travail. De même, lorsque le médecin du travail dépiste une pathologie au salarié, il peut émettre un avis d'incapacité temporaire, lequel s'impose au salarié, et l'orienter vers la médecine de soins pour prise en charge. Dans ce cadre, le pouvoir confié au médecin du travail dépasse le cadre du « simple » devoir d'information, même s'il est également débiteur à l'égard du salarié d'un devoir d'information lors de la consultation dans plusieurs domaines. En effet, le Code de déontologie médicale précise que *« le médecin doit à la personne qu'il examine [...] ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations [...] qu'il lui propose. »*⁷⁴⁰ Ainsi, le médecin du travail doit informer le salarié des conséquences sur son état de santé de l'exposition aux risques professionnels, notamment lorsqu'une pathologie est déjà survenue ou si une pathologie est susceptible d'apparaître. Ce devoir d'information à la charge du médecin du travail est prévu expressément par le Code du travail. À ce titre, lors des VIP, le professionnel de santé⁷⁴¹ doit

⁷³⁹ Article L.1111-2 du Code de la santé publique.

⁷⁴⁰ Article 35 du Code de déontologie médicale.

⁷⁴¹ Médecin du travail, ou par délégation, le collaborateur médecin, l'interne ou l'IDEST.

« informer [le salarié] sur les risques éventuels auxquels l'expose son poste de travail », « le sensibiliser sur les moyens de prévention à mettre en œuvre », « l'informer sur les modalités de suivi de son état de santé » et « sur la possibilité dont il dispose, à tout moment, de bénéficier d'une visite à sa demande avec le médecin du travail »⁷⁴². De même, pour les salariés bénéficiant d'un suivi individuel renforcé, lors de l'examen médical d'aptitude le médecin du travail est tenu de les « informer sur les risques des expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire » et les « sensibiliser sur les moyens de prévention à mettre en œuvre »⁷⁴³. Le médecin du travail doit délivrer ces informations au salarié par tout moyen et il devra les consigner dans le DMST. Le Code de la santé publique précise qu'« En cas de litige, il appartient au professionnel [...] d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé [...]. »⁷⁴⁴, principe qui a également été rappelé par la Cour de cassation⁷⁴⁵.

Le médecin du travail n'est pas uniquement débiteur d'une obligation d'information vis-à-vis de son « patient », car contrairement à la médecine de soins où le patient dispose du libre choix d'être soigné, en santé au travail, il n'est pas nécessaire d'obtenir l'accord du salarié avant d'émettre des préconisations individuelles d'aménagement de poste ou encore un avis d'inaptitude. Néanmoins, ce consentement devra être recherché dans la mesure du possible.

2/ La recherche du consentement éclairé du salarié

Comme le souligne le Professeur WEBER, « Pendant longtemps le consentement a été considéré comme secondaire dans la conception des relations entre médecins et malades »⁷⁴⁶. Pourtant, aujourd'hui, le principe du consentement éclairé du patient est un principe fondamental du Code de la santé publique. En vertu de ce principe, non seulement le médecin doit rechercher dans tous les cas le consentement de la personne qu'il examine ou qu'il soigne, mais cette personne est libre d'accepter ou de refuser les investigations ou le traitement proposé par le médecin. En cas de refus, le médecin doit respecter la décision du

⁷⁴² Article R.4624-11 du Code du travail.

⁷⁴³ Article R.4624-24 du Code du travail.

⁷⁴⁴ Article L.1111-2 du Code de la santé publique.

⁷⁴⁵ Cass. civ. 1^{ère}, 25 février 1997, n° 94-19.685, *Bull. civ. I*, 1997, n° 75, p. 49.

⁷⁴⁶ J. C., WEBER, « *Le consentement du salarié-patient* », Congrès de la Société de Médecine du Travail : Éthique et Santé au Travail, Strasbourg, 28 mai 2009.

malade et l'informer des conséquences de ce refus⁷⁴⁷. Par conséquent, en médecine de soins, le praticien ne peut aucunement imposer sa décision à son patient. Le CNOM précise que « *cette liberté du patient est une exigence éthique fondamentale, corollaire du devoir d'information* ». En effet, le CNOM ajoute que « *l'information du patient est [...] la condition préalable de son consentement, conséquence qu'il tire de cette information* ».

En santé au travail, le principe du consentement éclairé ne figure dans aucun texte. En effet, le Professeur WEBER souligne que le « *principe du consentement est le grand absent de la législation et de la réglementation de la médecine du travail* »⁷⁴⁸. Le médecin du travail doit informer le salarié des conséquences de l'avis qu'il émet, mais il n'est nullement tenu de respecter la volonté du salarié. Si le Code du travail était en adéquation avec le Code de la santé publique, l'avis émis par le médecin serait simplement proposé au salarié, lequel resterait libre de l'accepter ou de le refuser. Pourtant, le consentement du salarié devrait avoir une place centrale en santé au travail dans la mesure où les avis émis par le médecin du travail ont un impact direct sur le contrat de travail du salarié, notamment dans le cas où le médecin émet un avis d'inaptitude, mais également pour certaines préconisations d'aménagement de poste. Le salarié peut toutefois contester l'avis émis par le médecin du travail devant le CPH réuni en la forme des référés, mais, non seulement il n'est pas assuré d'obtenir gain de cause, mais, de surcroît, cette procédure peut être coûteuse pour lui, les honoraires et frais liés à la mesure d'instruction pouvant être mis à sa charge⁷⁴⁹. Dans ce contexte, les salariés sont moins enclins à contester les avis émis par le médecin du travail. D'ailleurs, après analyse de l'ensemble des contestations d'avis survenues au sein de l'ACMS entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2018 (*annexe n° 3*), nous pouvons constater que la majorité des contestations d'avis provient des employeurs alors qu'auparavant, selon les données issues du rapport ISSINDOU, il semblerait qu'il existait « *un relatif équilibre entre employeurs et salariés* »⁷⁵⁰. Ainsi, au sein de l'ACMS, sur les 37 contestations émises en 2017, 27 ont été émises par des employeurs ; en 2018, l'écart est encore plus marqué, sur 25 contestations d'avis, 21 ont été

⁷⁴⁷ Article R.4127-36 du Code de la santé publique ; article 36 du Code de déontologie médicale.

⁷⁴⁸ J. C., WEBER, « *Le consentement du salarié-patient* », Congrès de la Société de Médecine du Travail : Éthique et Santé au Travail, Strasbourg, 28 mai 2009.

⁷⁴⁹ Article L.4624-7 du Code du travail.

⁷⁵⁰ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 22, [77].

formées par des employeurs. Ainsi, nous pouvons constater que le nombre de contestations émises par les salariés s'est largement amoindri depuis l'instauration de la procédure de contestation des avis devant le CPH, ce qui était sans doute l'un des effets recherchés par le législateur.

Au vu de l'impact des avis émis par le médecin du travail, le salarié peut être amené à dissimuler certaines informations médicales au médecin du travail afin de préserver son emploi. Ainsi, si le salarié est tenu de se rendre aux examens médicaux prévus par le Code du travail, il peut en revanche dissimuler certaines informations médicales le concernant, ce qui ne peut aucunement faire l'objet de sanction⁷⁵¹. Par conséquent, afin d'acquérir une meilleure connaissance de l'état de santé du salarié, le médecin du travail peut prescrire ou réaliser des examens complémentaires lorsque cela est nécessaire pour émettre son avis⁷⁵². Cependant, il n'est pas possible de réaliser pour l'ensemble des salariés un *checkup* complet de leur état de santé ; en conséquence afin d'avoir une bonne connaissance de l'état de santé du salarié le médecin du travail doit en priorité recueillir ses confidences. Or, les confidences du salarié ne peuvent être recueillies que si ce dernier sait que son consentement sera respecté, ce qui n'est pas prévu actuellement par la réglementation en santé au travail. Néanmoins, cela peut en partie s'expliquer par les responsabilités propres à l'employeur en matière de santé et de sécurité au travail. En effet, la décision du salarié d'occuper son poste de travail malgré un état de santé incompatible avec ce dernier peut entraîner des conséquences pour l'employeur, notamment en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. L'employeur, débiteur d'une obligation de sécurité de résultat vis-à-vis de ses salariés, voit sa responsabilité sans faute engagée en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, ce qui entraîne notamment une augmentation des cotisations AT-MP. De plus, sa responsabilité civile peut elle aussi être engagée en cas de faute inexcusable de sa part. Si les conditions de la faute inexcusable sont réunies⁷⁵³, l'employeur ne pourra pas invoquer la connaissance par le salarié de l'incompatibilité entre son état de santé et le poste de travail pour exclure sa propre responsabilité.

⁷⁵¹ P. Y. VERKINDT, « *Travailleurs handicapés — un salarié n'a aucune obligation de révéler son état de santé ou son handicap à son employeur* », La Semaine Juridique Sociale, n° 5, 30 janvier 2007.

⁷⁵² Article R.4624-35 du Code du travail.

⁷⁵³ L'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel le salarié est exposé, et il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver, Cass. soc., 28 février 2002, n° 00-13.177, Inédit.

En santé au travail, le médecin du travail n'est pas tenu de se conformer à la volonté du salarié, mais comme le souligne Hervé GOSSELIN « *il ne fait pas de doute que le médecin du travail se doit, comme ses confrères d'autres spécialités, de rechercher dans toute la mesure du possible le consentement du salarié à l'avis médical qu'il va rendre et qui peut avoir des conséquences importantes sur son emploi* ». Il précise néanmoins qu'« *une telle recherche ne saurait aboutir à ce que le médecin du travail fasse dépendre le contenu de son avis médical de la position du salarié* »⁷⁵⁴. Les avis d'aptitude émis par le médecin du travail peuvent s'apparenter à une médecine de contrôle, mais en réalité ce qui l'en distingue est la recherche du consentement éclairé du patient. Le rapport ISSINDOU souligne d'ailleurs que « *dans l'action de conseil du médecin du travail, ce dernier doit rechercher systématiquement le consentement éclairé du salarié sur les mesures qu'il préconise, à la différence du cadre d'une médecine de contrôle dans lequel il s'agit pour le médecin de vérifier que l'état de santé du salarié satisfait à un certain nombre de critères préalablement définis en fonction des exigences du poste de travail ou du métier.* »⁷⁵⁵

Il ne fait aucun doute qu'une partie des contentieux portant sur les avis émis par le médecin du travail est inhérente à la législation en santé au travail, laquelle apparaît par certains aspects contraires aux dispositions du Code de la santé publique. Le respect du consentement du salarié est un préalable indispensable permettant au médecin du travail de remplir efficacement sa mission de prévention des risques professionnels en délivrant les conseils adaptés à l'état de santé du salarié, et ainsi le protéger au mieux contre une dégradation de son état de santé. Le respect du consentement du salarié renforcerait assurément la confiance entre le médecin et les salariés. Pour reprendre le raisonnement du Professeur PORTES, ancien Président du CNOM, qui a affirmé qu'« *il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret* », nous pouvons indiquer qu'il n'y a pas de prévention sans confiance, de confiance sans consentement éclairé et par conséquent, de prévention sans consentement. Du moins, nous pouvons

⁷⁵⁴ H. GOSSELIN, « *Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives* », janvier 2007.

⁷⁵⁵ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 17, [53].

affirmer que l'objectif de prévention se trouve largement amoindri par l'absence de consentement éclairé du salarié.

Conclusion du chapitre 1

La santé au travail fait l'objet d'une judiciarisation croissante, avec pour particularité différentes parties prenantes et différentes voies de contentieux possibles. Les missions du médecin du travail s'inscrivent en contradiction avec certains principes édictés par le Code de la santé publique. Si certains de ces principes, tels que le consentement éclairé du salarié, doivent évoluer afin de renforcer l'efficacité de l'action du médecin du travail, certaines exceptions doivent demeurer en raison de la spécificité de la santé au travail, à savoir par exemple l'absence de libre choix du médecin du travail par les salariés et les employeurs. Les médecins du travail, au cœur de la relation de travail entre l'employeur et le salarié, peuvent voir leurs avis contestés, tant sur la forme que sur le fond, mais leurs écrits peuvent également être instrumentalisés dans le cadre d'un contentieux opposant en réalité l'employeur et le salarié sur le terrain de la santé au travail. Au-delà de la judiciarisation des avis et écrits du médecin du travail, il s'agit de l'ensemble des problématiques inhérentes à la santé au travail qui fait l'objet d'un nombre croissant de contentieux entre le salarié et l'employeur. Les fondements de la croissance de ces litiges sont multiples, et nous allons à présent étudier plus en détail quels en sont les principaux motifs.

CHAPITRE 2 : LES CAUSES MULTIFACTORIELLES DE LA CROISSANCE DES CONTENTIEUX EN SANTÉ AU TRAVAIL

Depuis environ deux décennies, les attentes des salariés quant au respect de leur santé et de leur sécurité au travail ont profondément évolué. De ce fait, lorsque leur employeur manque à ses obligations en termes de prévention des risques professionnels, les salariés sont désormais davantage enclins à intenter une action à leur encontre. Par conséquent, nous pouvons souligner que les litiges en santé au travail n'impliquent pas nécessairement un avis émis par le médecin du travail, même s'ils peuvent se retrouver au cœur de ces litiges. En effet, le médecin du travail a vocation, par le biais de ses avis, à protéger la santé des salariés, mais ses avis peuvent avoir des conséquences majeures tant pour le salarié que pour l'employeur, ce qui est source de litiges. À cela s'ajoutent les difficultés d'organisation des services de santé au travail, notamment en termes de pluridisciplinarité et de temps médical, ce qui ne permet pas aux services de santé au travail d'assurer pleinement leur mission, impactant ainsi l'efficacité de la protection de la santé des salariés. Les fondements des contentieux, qu'ils émanent des salariés (Section 1) ou des employeurs (Section 2), sont multiples, et leur étude permet d'appréhender précisément le contexte dans lequel ils émergent.

SECTION 1 : LES FONDEMENTS PLURIELS DES CONTENTIEUX À L'INITIATIVE DES SALARIÉS

Aujourd'hui, les questions afférentes à la santé au travail sont davantage portées devant les tribunaux, comme l'illustrent de nombreux arrêts de la Cour de cassation⁷⁵⁶. Ainsi, les salariés sont nombreux à rechercher la responsabilité civile, voire pénale, de l'employeur lorsque ce dernier a manqué à son obligation de prévention des risques, en lien par exemple avec un accident du travail, une maladie professionnelle, un cas de harcèlement moral ou sexuel, une réorganisation de l'entreprise ou encore un manquement de l'employeur dans l'organisation du suivi individuel de l'état de santé des salariés. Les avis émis par le médecin du travail peuvent également se retrouver au cœur des contentieux entre l'employeur et le salarié notamment lorsque l'employeur n'a pas respecté les préconisations formulées par le médecin. Ainsi, trois facteurs principaux peuvent expliquer la croissance du nombre de contentieux en santé au travail à l'initiative des salariés. Tout d'abord, depuis plusieurs années le monde du travail est en pleine mutation impactant de ce fait les conditions de travail des salariés (§1). Ces conditions de travail dégradées couplées aux manquements de l'employeur concernant l'obligation d'adaptation du poste de travail des salariés à leur état de santé sont génératrices de contentieux en santé au travail (§2). Enfin, l'impact des avis émis par le médecin du travail quant à la possibilité pour les salariés d'occuper leur poste de travail constitue également une cause de contentieux (§3).

§1 – La mutation du monde du travail, source possible de litiges en santé et sécurité au travail

Bien que l'amélioration des conditions de travail soit incontestable par certains aspects, nous pouvons constater aujourd'hui encore une augmentation des contraintes de travail, aboutissant ainsi à une intensification du travail (A). Cette intensification du travail n'est pas sans conséquence sur l'état de santé des salariés (B).

⁷⁵⁶ Exemples : Cass. soc., 28 février 2002, n° 00-11.793, *Bull. civ.*, 2002, V, n° 81, p. 74 (amiante) ; Cass. soc., 21 juin 2006, n° 05-43.914, *Bull. civ.*, 2006, V, n° 223, p. 212 (harcèlement moral) ; Cass. soc., 5 mars 2008, n° 06-45.888, *Bull. civ.*, 2008, V, n° 46 (snecma) ; Cass. soc., 28 février 2006, n° 05-41.555, *Bull. civ.*, 2006, V, n° 87, p. 78 (visites médicales).

A – L’augmentation des contraintes liées au travail, facteur d’intensification du travail

Les conditions de travail des salariés se sont améliorées par certains aspects, notamment concernant les conditions d’hygiène dans l’entreprise ; ainsi la prise en compte par les employeurs de la santé et de la sécurité au travail a permis une diminution des accidents du travail. En 2014, la fréquence des accidents du travail « *reste à un des niveaux les plus bas depuis 70 ans* »⁷⁵⁷, passant d’« *1 million d’accidents en 1955 à 622 000 en 2014 alors que le nombre de salariés a plus que doublé durant cette même période* », même si cela est en partie dû à la tertiarisation de l’emploi⁷⁵⁸. Depuis 2014, la fréquence d’accidents du travail reste relativement stable, atteignant environ « *34 accidents du travail pour 1 000 salariés* » en 2018⁷⁵⁹. Néanmoins, en parallèle, les enquêtes menées par la DARES démontrent une dégradation des conditions globales de travail des salariés, et plus particulièrement, les contraintes de rythme de travail ont tendance à s’accroître (1) de même qu’est dénoncée une intensification du travail (2). Cette dégradation des conditions de travail a un effet sur la santé des travailleurs et, parce que leur aspiration à une bonne santé augmente et qu’ils identifient l’employeur comme le débiteur d’une obligation en santé et sécurité, cela a un impact sur le contentieux opposant les salariés à leur employeur.

1/ L’augmentation des contraintes de rythme de travail

Une étude réalisée par l’INSEE⁷⁶⁰ en 2008⁷⁶¹ souligne que « *l’évolution des conditions de travail apparaît contrastée* ». Selon cette étude, « *les pénibilités physiques ne reculent pas* », certaines pénibilités ont d’ailleurs tendance à augmenter, telles que le port de charges lourdes et les vibrations tandis que d’autres pénibilités se stabilisent telles que le bruit et le fait de rester debout longtemps. Plus précisément, une étude réalisée par la DARES en 2014

⁷⁵⁷ Assurance Maladie, « *Les chiffres de la sinistralité en 2014 et faits marquants dans les secteurs d’activité* », dossier de presse, novembre 2015.

⁷⁵⁸ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », établi par C. LECOCQ, B. DUPUIS, H. FOREST, avec l’appui de H. LANOUZIERE, juillet 2018, page 38.

⁷⁵⁹ Assurance maladie — Risques professionnels, Rapport annuel 2018.

⁷⁶⁰ Institut national de la statistique et des études économiques.

⁷⁶¹ J. BUÉ, T. COUTROT, N. GUIGNON, « *L’évolution des conditions de travail* », L’emploi, nouveaux enjeux, édition 2008.

met en lumière une reprise de l'intensification du travail chez les salariés⁷⁶². La DARES recense plusieurs contraintes de rythme de travail, telles que le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce, la cadence automatique d'une machine, la dépendance immédiate vis-à-vis des collègues, les normes de production à satisfaire en une journée, une demande extérieure, les contraintes ou surveillances permanentes exercées par la hiérarchie. Ces contraintes ont tendance à augmenter pour les salariés ces dernières années, comme le souligne la DARES. En effet, entre 1978 et 2013, le pourcentage de salariés exposés à un rythme de travail imposé par des normes de production à satisfaire en une journée est passé de 21 % à 46 %. De même, le rythme de travail imposé par une demande extérieure a également considérablement augmenté, passant de 34 % à 69 % sur cette même période. Les salariés sont également davantage soumis à des exigences de réponse immédiate (28 % en 1984 contre 58 % en 2013). Ces rythmes de travail, de plus en plus soutenus, ne sont pas sans conséquence sur la santé physique et mentale des salariés.

Le cumul des contraintes de rythme de travail est également plus fréquent. À ce titre, en 2013, 35,2 % des salariés ont déclaré avoir au moins trois contraintes en termes de rythme de travail alors qu'ils étaient seulement 5,8 % en 1984. On observe également que les salariés doivent davantage travailler dans l'urgence. La DARES souligne que « *de plus en plus de salariés disent devoir fréquemment interrompre une tâche pour en accomplir une autre, devoir changer de poste en fonction des besoins de l'entreprise, ou ne pas pouvoir quitter leur travail des yeux lorsqu'ils l'exécutent.* » En effet, en 2013, 64,3 % des salariés déclaraient devoir fréquemment abandonner une tâche pour une autre plus urgente alors qu'ils étaient 48 % en 1991. Ce cumul de contraintes en termes de rythme de travail peut entraîner des conséquences sur les relations sociales au sein de l'entreprise, et notamment sur les rapports entre l'employeur et ses salariés. Dans le même temps, la DARES souligne que « *les marges de manœuvre diminuent sensiblement entre 2005 et 2013* ». Selon une autre étude de la DARES réalisée en décembre 2014⁷⁶³, les rythmes de travail des salariés français dépendent plus souvent « *d'objectifs de production ou de performances à atteindre, mais aussi des exigences de leurs clients ou du contrôle direct de leurs chefs* ». Plus d'un tiers des salariés français (38 %) déclarent « *travailler selon des délais très stricts et très courts* ».

⁷⁶² DARES Analyses, « *Conditions de travail : reprise de l'intensification du travail chez les salariés* », n° 049, juillet 2014.

⁷⁶³ DARES Analyses, « *Les facteurs de risques psychosociaux en France et en Europe* », n° 100, décembre 2014.

Certains éléments positifs en termes de conditions de travail sont néanmoins à souligner. En effet, dans l'ensemble, les salariés sont moins exposés à la respiration de fumées ou de poussières (32,4 % en 2005 contre 29,2 % en 2013), mais cette avancée est à relativiser, car pour les ouvriers cette contrainte a augmenté⁷⁶⁴. En outre, globalement, les contraintes horaires ont tendance à diminuer entre 1984 et 2013 pour les cadres et les professions intermédiaires, notamment pour le repos hebdomadaire de 48 heures consécutives et la connaissance des horaires sur les mois à venir⁷⁶⁵. Enfin, pour l'ensemble des salariés le soutien social et la coopération sont en progrès entre 2005 et 2013. Par exemple, les salariés sont plus nombreux à indiquer être aidés par leur supérieur hiérarchique en cas de travail délicat (65,5 % en 2013 contre 58,5 % en 2005)⁷⁶⁶.

L'augmentation des contraintes en termes de rythmes de travail peut en partie s'expliquer par la dégradation de la situation économique française. En effet, « *Depuis 2008, l'économie et la société française sont aux prises avec un ralentissement d'activité et des pertes d'emplois d'une ampleur et d'une durée sans commune mesure avec les phases récessives antérieures.* »⁷⁶⁷ La dégradation de la situation économique de la France s'est traduite par des répercussions négatives sur les conditions de travail des salariés, comme le souligne la DARES⁷⁶⁸. « *La proportion de salariés que l'on peut considérer en situation de précarité ou d'instabilité a notablement augmenté, passant d'un quart à près d'un tiers des salariés.* » Cette précarité et instabilité de l'emploi a des conséquences sur l'intensité du travail. En effet, « *61 % des intérimaires et 46 % des salariés qui craignent pour leur emploi cumulent trois contraintes sur leur rythme de travail ou plus (contre 35 % pour l'ensemble des salariés).* » Par conséquent, il paraît important de souligner que la précarité des salariés constitue un facteur de contentieux entre les salariés et leurs employeurs.

⁷⁶⁴ DARES Analyses, « *Conditions de travail : reprise de l'intensification du travail chez les salariés* », n° 049, juillet 2014, page 8, tableau 8.

⁷⁶⁵ DARES Analyses, « *Conditions de travail : reprise de l'intensification du travail chez les salariés* », n° 049, juillet 2014, page 5, tableau 4a.

⁷⁶⁶ DARES Analyses, « *Conditions de travail : reprise de l'intensification du travail chez les salariés* », n° 049, juillet 2014, page 7, tableau 6.

⁷⁶⁷ Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, « *Rapport 2013-2014 : Les effets d'une crise économique de longue durée* ».

⁷⁶⁸ Dares Analyses, « *Conditions de travail : reprise de l'intensification du travail chez les salariés* », n° 049, juillet 2014.

Ces dernières années, les technologies de l'information et de la communication (TIC) se sont développées, ce qui a également été source d'intensification au travail. Ce « nouveau » phénomène a accentué les contraintes psychologiques pesant sur les salariés.

2/ Les nouvelles technologies de l'information et de la communication, facteurs d'intensification du travail

En 2012, la DGT et le centre d'analyse stratégique ont réalisé une étude concernant l'impact des TIC sur les conditions de travail⁷⁶⁹. Ce rapport « *met en évidence cinq principaux risques liés aux TIC* », à savoir, une augmentation du rythme et de l'intensité du travail, un renforcement du contrôle de l'activité pouvant réduire l'autonomie des salariés, un affaiblissement des relations interpersonnelles et/ou des collectifs de travail, le brouillage des frontières spatiales et temporelles entre travail et hors travail, une surcharge informationnelle. Ce rapport indique que l'utilisation des TIC pourrait être source de stress au travail. Selon l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, « *un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face* »⁷⁷⁰. Le rapport indique que le stress n'est pas propre à l'utilisation des TIC, mais que leur usage, impliquant un travail mental répétitif, est facteur de stress pour les salariés. De plus, l'utilisation des TIC implique « *une réorganisation régulière du travail* », leur évolution étant constante. L'usage des TIC implique également, notamment pour les cadres, « *les transferts de stress du travail à la maison* », via l'utilisation des smartphones, ordinateurs et tablettes. Ainsi, le rapport souligne que « *les professions les plus qualifiées sont confrontées à des exigences psychosociales au travail relativement élevées ainsi qu'à des conflits de valeurs plus fréquents.* » De même, la DARES souligne en 2018 que l'usage des TIC « *favoriserait l'exposition de l'utilisateur à plusieurs risques psychosociaux : le travail dans l'urgence, la culture de réactivité, la surcharge informationnelle, le débordement de la vie professionnelle sur la vie privée ou encore le renforcement du contrôle du travail* »⁷⁷¹.

⁷⁶⁹ Centre d'analyse stratégique, Direction générale du travail, Rapports & Documents, « *L'impact des TIC sur les conditions de travail* », n° 49, 2012.

⁷⁷⁰ INRS, « *Stress au travail – Les étapes d'une démarche de prévention* », juillet 2007.

⁷⁷¹ DARES Analyses, « *Quels liens entre les usages professionnels des outils numériques et les conditions de travail ?* », n° 029, juin 2018.

L'intensification du travail et l'augmentation des contraintes de rythme de travail entraînent une dégradation de l'état de santé des salariés, ces derniers recherchant alors à obtenir la réparation des préjudices subis en intentant une action en responsabilité civile ou pénale à l'encontre de leur employeur.

B – Les conséquences de l'intensification du travail sur la santé des salariés

L'intensification du travail se répercute sur la santé physique et mentale des salariés, cela pouvant être source à la fois de risques psychosociaux pour les salariés (1), mais également d'accidents du travail et de maladies professionnelles, d'origine physique ou psychique (2).

1/ La croissance des risques psychosociaux en entreprise

Selon l'INRS, les risques psychosociaux (RPS) « *correspondent à des situations de travail où sont présents, combinés ou non, du stress [...], des violences internes commises au sein de l'entreprise [...], des violences externes commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise [...]* »⁷⁷². Plusieurs facteurs peuvent ainsi aboutir à des situations de RPS. Tout d'abord, nous pouvons souligner que le stress au travail peut être révélateur de RPS ; le cabinet de conseil Stimulus souligne que « *24 % des salariés sont dans un état d'hyperstress, c'est-à-dire à un niveau de stress trop élevé et donc à risque pour leur santé* »⁷⁷³. De même, les violences au travail peuvent également être source de RPS pour les salariés. Ces violences peuvent revêtir plusieurs formes, parmi lesquelles les situations de harcèlement moral ou sexuel. Le harcèlement moral est défini par le Code du travail comme des « *agissements répétés [...] qui ont pour objet ou pour effet une dégradation [des] conditions de travail susceptible de porter atteinte [aux] droits et à [la] dignité [du salarié], d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.* »⁷⁷⁴. Le harcèlement sexuel est également défini dans le Code du travail comme « *des faits [...] constitué[s] par des propos ou comportements à connotation sexuelle répétés qui soit portent atteinte à sa dignité*

⁷⁷² INRS, Dossier « *Risques psychosociaux* », 2017.

⁷⁷³ Cabinet Stimulus, « *Observatoire de la santé psychologique au travail – évaluation du stress* », novembre 2017.

⁷⁷⁴ Article L.1152-1 du Code du travail.

en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante »⁷⁷⁵. Il est également précisé que « toute forme de pression grave, même non répétée, exercée dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers » est assimilé à du harcèlement sexuel⁷⁷⁶.

Les situations de RPS peuvent parfois être difficiles à appréhender dans la mesure où elles sont « à la jonction de l'individu et de sa situation de travail »⁷⁷⁷. Il existe de multiples facteurs de risques pouvant entraîner des RPS pour les salariés, tels que les « conditions d'emploi », les « relations professionnelles »⁷⁷⁸ ou encore l'organisation de l'entreprise. L'INRS indique dans une étude consacrée aux RPS⁷⁷⁹ que l'intensité du travail, les exigences émotionnelles et le manque d'autonomie sont facteurs de RPS. Les RPS sont à distinguer des troubles psychosociaux (TPS) qui correspondent à des « troubles psychiques avérés chez un travailleur, dont l'origine est directement liée à son milieu professionnel »⁷⁸⁰.

Selon une étude réalisée par la DARES⁷⁸¹, les salariés français déclarent davantage que dans l'ensemble de l'Union européenne faire face « à des exigences émotionnelles ». À ce titre, plus d'un tiers (35 %) des salariés français « affirment que leur travail requiert toujours ou la plupart du temps de cacher leurs sentiments » alors qu'ils sont seulement un quart dans le reste de l'UE. Selon cette même étude, les salariés français disposent d'une moindre autonomie dans leur travail que les autres salariés de l'UE. À titre d'exemple, seule la moitié des salariés français indiquent pouvoir « influencer sur les décisions qui sont importantes pour [leur] travail », et 61 % des salariés indiquent « être en mesure de choisir ou de changer leur cadence ou vitesse de travail ». Enfin, moins des deux tiers des salariés interrogés disent « être consultés avant que les objectifs de leur travail soient fixés (64 %) »⁷⁸².

⁷⁷⁵ Article L.1153-1 du Code du travail.

⁷⁷⁶ Article L.1153-1 du Code du travail.

⁷⁷⁷ Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion, « Risques psychosociaux » : <http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques/risques-psychosociaux/de-quoi-parle-t-on/article/les-rps-c-est-quoi> [Consulté le 25 juillet 2020].

⁷⁷⁸ « Les risques psychosociaux — Repérer et Agir, Plan Régional Santé Travail 2 : Guide RPS », Languedoc Roussillon, octobre 2013.

⁷⁷⁹ INRS, Dossier « Risques psychosociaux », 2017.

⁷⁸⁰ Assurance Maladie, « Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie — Risques professionnels », Santé travail : enjeux & actions, janvier 2018.

⁷⁸¹ DARES Analyses, « Les facteurs de risques psychosociaux en France et en Europe », n° 100, décembre 2014.

⁷⁸² DARES Analyses, « Les facteurs de risques psychosociaux en France et en Europe », n° 100, décembre 2014.

Ces différents phénomènes ont des répercussions sur les relations professionnelles entre les salariés et les employeurs, comme le souligne l'étude réalisée par la DARES⁷⁸³, laquelle démontre qu'en France les relations professionnelles sont moins bonnes que pour la moyenne de l'UE. En effet, les salariés français « *sont moins nombreux à déclarer vivre dans leur travail des rapports sociaux de bonne qualité, notamment avec leur hiérarchie.* » De même, 18 % des salariés français estiment qu'ils manquent « *d'aide et de soutien de leur hiérarchie* », et 34 % déclarent que leur supérieur hiérarchique « *ne leur fournit pas de commentaires sur leur travail ([...] contre 24 % pour la moyenne de l'UE)* ; 42 % des salariés déclarent que leur supérieur hiérarchique « *ne les encourage pas à participer aux décisions importantes* » ([...] contre 35 % pour la moyenne de l'UE). De manière générale, en France, les salariés apparaissent moins motivés que dans le reste de l'UE, « *plus de 20 % d'entre eux estiment que l'organisation pour laquelle ils travaillent ne les motive pas à donner leur meilleure performance professionnelle, contre 6 à 7 % au Portugal, au Danemark et à Chypre.* » De manière globale, « *en France, les salariés [...] se disent plus souvent insatisfaits de leurs conditions de travail* » (22 % contre 16 % pour la moyenne de l'UE).

Tout cela a des répercussions sur l'état de santé des salariés, ces derniers étant relativement nombreux à juger que « *leur travail affecte leur santé négativement* » (25 % contre 15 % environ en Irlande, au Royaume-Uni ou aux Pays-Bas). Les différentes contraintes physiques et psychologiques subies par les salariés dans le cadre de leur activité professionnelle ont des conséquences, ce qui peut se traduire par des accidents du travail, mais surtout par le développement de maladies professionnelles.

2/ L'étude des accidents du travail et des maladies professionnelles, reflet de la dégradation des conditions de travail

Selon les chiffres délivrés par l'assurance maladie⁷⁸⁴, le nombre d'accidents du travail a diminué entre 2004 et 2014 en France. En effet, 692 004 accidents du travail en 2004 contre 621 111 accidents en 2014 ont entraîné un arrêt de travail ou une incapacité permanente, soit

⁷⁸³ DARES Analyses, « *Les facteurs de risques psychosociaux en France et en Europe* », n° 100, décembre 2014.

⁷⁸⁴ Assurance Maladie, « *Les chiffres de la sinistralité en 2014 et faits marquants dans les secteurs d'activité* », dossier de presse, novembre 2015.

une diminution de plus de 10 %. Le rapport de l'assurance maladie indique que près de la moitié des accidents du travail sont dus à la manutention manuelle et plus d'un quart aux chutes de plain-pied et de hauteur. Après avoir atteint un palier en 2014, le nombre d'accidents du travail est de nouveau en hausse ces dernières années ; en 2017, près de 633 000 accidents du travail ont entraîné un arrêt ou une incapacité⁷⁸⁵.

Afin d'expliquer le taux d'accidents du travail, le rapport précise que cela est étroitement lié au contexte économique. En effet, « *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* ». L'augmentation plus rapide du nombre d'AT en période de croissance peut s'expliquer par l'embauche de salariés supplémentaires, lesquels ne bénéficient pas nécessairement d'une formation à la sécurité adaptée. Concernant la baisse globale du nombre d'accidents du travail, cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment « *la répartition des salariés entre secteurs sinistrogènes et secteurs à moins forte sinistralité* », c'est-à-dire la tertiarisation de l'emploi, ainsi que « *l'amélioration de la sinistralité propre à chacun des secteurs d'activité* »⁷⁸⁶.

Si le nombre d'accidents du travail a globalement baissé ces dernières années, en revanche, le nombre de maladies professionnelles reconnues a augmenté entre 2004 et 2014, passant de 36 871 à 51 631, soit une augmentation de 41 %⁷⁸⁷. Comme le souligne Madame KEIM-BAGOT, « *si les statistiques ont pu donner le sentiment d'un élargissement du champ des maladies professionnelles, il faut admettre qu'il est seulement quantitatif et qu'il ne concerne pas la variété des pathologies qui peuvent être imputables au travail* »⁷⁸⁸.

La hausse des maladies professionnelles est due notamment à l'augmentation de la reconnaissance des TMS, lesquels représentent la grande majorité des maladies professionnelles, à savoir 87 % en 2014. Néanmoins, selon une étude épidémiologique publiée le 12 juin 2018, il existe « *un niveau élevé de sous-déclaration des TMS [...] compris entre 53 %*

⁷⁸⁵ CNAMTS, « *Statistiques de sinistralités 2017 tous CTN et par CTN* », Étude 2018-267-CTN, avril 2019.

⁷⁸⁶ Programme de qualité et d'efficacité « AT MP », PLFSS 2016.

⁷⁸⁷ Assurance Maladie, « *Les chiffres de la sinistralité en 2014 et faits marquants dans les secteurs d'activité* », dossier de presse, novembre 2015.

⁷⁸⁸ M. KEIM-BAGOT, « *Faut-il élargir le champ des maladies professionnelles* », Droit social, 2017, page 929.

et 73 % selon le type de TMS »⁷⁸⁹. En 2017, 48 522 maladies professionnelles ont été reconnues, avec une légère diminution du nombre de MP en lien avec des TMS par rapport à 2014 (en 2014, 45 079 affections étaient dues aux TMS contre 42 349 en 2017)⁷⁹⁰.

Les maladies psychiques peuvent également être reconnues en MP, sous conditions⁷⁹¹. Le nombre de maladies psychiques liées au travail, même s'il représente un faible pourcentage du nombre total de maladies professionnelles, est en nette augmentation ces dernières années. En effet, en 2014, le CRRMP a reconnu 315 maladies psychiques liées au travail (243 dépressions, 39 troubles anxieux, 33 états de stress post-traumatique) alors qu'il en avait reconnu seulement 55 (41 dépressions, 11 troubles anxieux, 3 états de stress post-traumatique) en 2010⁷⁹². Le nombre de maladies psychiques en lien avec le travail reconnues en MP n'a cessé de progresser pour atteindre 806 MP en 2017 (604 dépressions, 105 troubles anxieux et 96 états de stress post-traumatique), soit une augmentation de 155 % par rapport à 2014⁷⁹³. Cette croissance du nombre de maladies psychiques reconnues en MP est due, d'une part, à un « assouplissement du dispositif réglementaire » qui permet dorénavant aux salariés victimes d'une maladie non stabilisée ou non consolidée de bénéficier de la reconnaissance professionnelle de la maladie lorsque l'incapacité permanente prévisible atteint les 25 %, et d'autre part, à l'intensification du travail qui entraîne un développement des pathologies psychiques liées au travail⁷⁹⁴. Néanmoins, les chiffres de MP d'origine psychique restent très faibles par rapport au nombre de psychopathologies susceptibles d'être en lien avec le travail. À ce titre, Madame KEIM-BAGOT souligne que dans ce domaine « la guerre des chiffres fait rage ». Elle indique que selon le rapport Technologia, 3,2 millions de salariés sont susceptibles de souffrir de *burnout* tandis que l'académie de médecine indique que 100 000 personnes seraient concernées par ce syndrome. Enfin, l'InVS estime que 480 000 salariés seraient en souffrance psychologique, mais estime que seuls

⁷⁸⁹ « Santé au travail : les troubles musculo-squelettiques sont largement sous-déclarés », Liaisons Sociales Quotidien, n° 17590, 14 juin 2018.

⁷⁹⁰ Rapport annuel de l'assurance maladie, 2017, page 103.

⁷⁹¹ Article L.461-1 du Code de la sécurité sociale.

⁷⁹² Assurance Maladie, « Les chiffres de la sinistralité en 2014 et faits marquants dans les secteurs d'activité », dossier de presse, novembre 2015.

⁷⁹³ Rapport annuel 2017 de l'assurance maladie – risques professionnels, page 115.

⁷⁹⁴ Assurance Maladie, « Les chiffres de la sinistralité en 2014 et faits marquants dans les secteurs d'activité », dossier de presse, novembre 2015.

30 000 salariés seraient concernés par le syndrome d'épuisement professionnel⁷⁹⁵. Même si les chiffres relatifs à l'épuisement professionnel varient, il est indéniable que le nombre de maladies professionnelles reconnues par la sécurité sociale est extrêmement faible et ne reflète pas la réalité des expositions. D'ailleurs, le député F. RUFFIN a demandé lors d'une table ronde ayant eu lieu en mars 2018⁷⁹⁶ « *jusqu'à quand l'assurance maladie financera-t-elle les défaillances du management ?* »⁷⁹⁷. Ce même député avait déposé une proposition de Loi en fin d'année 2017 « *visant à faire reconnaître comme maladies professionnelles les pathologies psychiques résultant de l'épuisement professionnel* »⁷⁹⁸. Il proposait l'instauration d'un nouveau tableau de maladies professionnelles, comprenant la dépression, l'anxiété généralisée, et le stress post-traumatique. Le délai maximal de prise en charge aurait été de 6 mois et les travaux susceptibles de provoquer ces maladies auraient été « *des exigences liées au travail trop importantes (surcharge de travail, rythme de travail, travail dans l'urgence, contraintes de délais, objectifs flous ou irréalisables, déséquilibre entre les objectifs et les moyens donnés); exigences émotionnelles importantes; manque d'autonomie dans son travail; mauvais rapports sociaux et mauvaises relations de travail; conflits de valeur et travail empêché; l'insécurité de la situation de travail (changements organisationnels, déménagements, incertitudes sur l'avenir, précarité du contrat); engagement individuel poussé à l'extrême; harcèlement moral.* » Cette proposition de Loi a finalement fait l'objet d'un rejet par l'Assemblée nationale au début de l'année 2018.

Les affections psychiques sont davantage prises en charge au titre d'un accident du travail « *dans des proportions sans commune mesure avec les maladies professionnelles* »⁷⁹⁹. La branche risques professionnels de l'assurance maladie recense 10 000 affections psychiques

⁷⁹⁵ M. KEIM-BAGOT, « *Faut-il élargir le champ des maladies professionnelles* », Droit social, 2017, page 929.

⁷⁹⁶ Table ronde organisée le 20 mars 2018 par l'Association des journalistes de l'information sociale en présence des députés F. RUFFIN, D. BAICHERE et M. PEZE, psychanalyste spécialisée dans la souffrance au travail.

⁷⁹⁷ Éditions législatives, actueEL RH, « *Burn out : il faut obliger les entreprises à travailler un plan d'amélioration* », 21 mars 2018.

⁷⁹⁸ Proposition de Loi sur le burn-out visant à faire reconnaître comme maladies professionnelles les pathologies psychiques résultant de l'épuisement professionnel, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 20 décembre 2017, n° 516.

⁷⁹⁹ L'assurance Maladie, « *Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie – Risques professionnels* », Santé travail : enjeux & actions, janvier 2018.

reconnues au titre des accidents du travail en 2016. Cela représente « *1,6 % des accidents du travail avec arrêt* »⁸⁰⁰.

Malheureusement, actuellement, la majorité des salariés en souffrance au travail ne bénéficie pas d'une reconnaissance de leur pathologie en maladie professionnelle. Les situations de souffrance au travail peuvent être source d'absentéisme en entreprise. Une étude réalisée par le cabinet Réhalto⁸⁰¹ démontre qu'il y a une « *forte progression du taux d'absentéisme dans les entreprises* », et à ce titre, plus d'un quart des salariés interrogés estiment que leur arrêt de travail (pour maladie ordinaire) est directement lié à une cause professionnelle. Selon ces salariés, la charge de travail, les mauvaises relations avec la hiérarchie, le manque de reconnaissance sont directement à l'origine de leur arrêt de travail. Pourtant, comme le souligne l'enquête, les employeurs « *imputent très rarement ces arrêts à une cause principalement professionnelle* ».

Cette dégradation des conditions de travail des salariés met en lumière les défaillances de l'employeur en ce qui concerne ses obligations de protection de la santé et de la sécurité des salariés, ce qui aboutit à des contentieux dans le domaine de la santé au travail.

⁸⁰⁰ L'assurance Maladie, « *Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie – Risques professionnels* », Santé travail : enjeux & actions, janvier 2018.

⁸⁰¹ C. DUPUIS, Informations professionnelles, « *De plus en plus d'arrêts de travail liés à des causes professionnelles* », Le Quotidien du médecin, n° 9589, 15 juin 2017.

§2 – Les contentieux autour des avis du médecin du travail, reflet d’un manquement de l’employeur dans ses obligations de protection de la santé et de la sécurité des salariés

Les questions afférentes à la santé des travailleurs occupent aujourd’hui une place centrale pour les pouvoirs publics. Alors que le risque d’accident du travail et de maladie professionnelle a longtemps été considéré comme inhérent à l’activité professionnelle, aujourd’hui les salariés attendent davantage de leur employeur que la fourniture d’un travail en échange d’une rémunération. De ce fait, ils sont plus attentifs à leur santé et voient dans l’employeur le débiteur d’une obligation de résultat concernant la protection de leur santé dans le milieu de travail, et sont particulièrement attentifs à la mise en place par l’employeur de conditions de travail respectant leur santé et leur sécurité (A) ainsi qu’à l’obligation de l’employeur de recherche de reclassement dans le cas d’un avis d’inaptitude (B).

A – Les salariés attentifs à la mise en place par l’employeur de conditions de travail respectant leur santé et leur sécurité

Les préoccupations liées à la santé et à la sécurité au travail ont émergé dans les années 1970, « *la période 1970-75 peut être considérée comme l’âge d’or des préoccupations en matière de condition de travail* »⁸⁰². Par la suite, les années 2000 ont marqué un tournant majeur, certaines auteurs rappelant qu’ « *On observe un retour au premier plan des questions de conditions de travail et de santé au travail* »⁸⁰³, ces questions étant au cœur des préoccupations des salariés (1). Les salariés sont également très attentifs au respect par l’employeur des avis émis par le médecin du travail (2).

1/ Des préoccupations fortes en matière de santé et de sécurité au travail

Longtemps reléguée au second plan au profit de la problématique de l’emploi, la question des conditions de travail apparaît aujourd’hui centrale. En effet, les exigences

⁸⁰² J. BUÉ, N. GUIGNON, I. PUECH, « *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d’enquêtes* », Octares Editions, 2004.

⁸⁰³ J. BUÉ, T. COUTROT, N. GUIGNON, « *L’évolution des conditions de travail* », L’emploi, nouveaux enjeux, édition 2008.

sociales se sont renforcées en matière de santé et de sécurité au travail, les salariés étant désormais attentifs à la qualité des conditions de travail et plus globalement au bien-être au travail. Les conditions de travail sont « *la troisième préoccupation la plus citée* » par les salariés, selon l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT)⁸⁰⁴. Il est ainsi mentionné que dans un contexte où les salariés sont pessimistes au sujet de l'augmentation des salaires, ils « *ne seraient plus prêts à faire des concessions sur leurs conditions de travail* ». Ainsi, 41 % des sondés indiquent leur mécontentement au sujet de la charge de travail et 57 % s'inquiètent du niveau de stress.

L'évolution des attentes des salariés quant à leurs conditions de travail est pour partie due aux différentes enquêtes menées par la DARES, lesquelles ont remis sur le devant de la scène les questions relatives à la santé au travail. De même, les médias, via le scandale lié à l'amiante notamment, ont permis une prise de conscience collective quant à l'importance de la prévention des risques professionnels en entreprise. La DARES indique que « *les conditions de travail peuvent avoir des conséquences sur les risques d'accidents, mais aussi sur le développement de maladies professionnelles ; de façon plus générale, la qualité de vie au travail favorise la construction de la santé physique et mentale des personnes en emploi* »⁸⁰⁵. Ainsi, les salariés expriment davantage leur mécontentement à l'égard de leur employeur lorsqu'ils sont confrontés à des conditions de travail entraînant une dégradation de leur état de santé, y compris au moment de leur départ à la retraite.

2/ Les salariés attentifs au respect par l'employeur des avis émis par le médecin du travail

Les contentieux au sujet du non-respect par l'employeur de son obligation de sécurité en matière de santé au travail sont nombreux, comme en attestent les décisions de la Cour de cassation. Les salariés dont l'état de santé justifie une préconisation d'aménagement de poste sont particulièrement attentifs au respect de ces préconisations par l'employeur. La Cour de cassation considère que « *l'employeur, tenu d'une obligation de sécurité de résultat en matière*

⁸⁰⁴ ANACT, « *Des salariés rassurés sur l'emploi mais inquiets pour les conditions de travail* » : <https://www.anact.fr/des-salaries-rassures-sur-lemploi-mais-inquiets-pour-les-conditions-de-travail> [Consulté le 27 juillet 2020].

⁸⁰⁵ DARES, « *Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail* », n° 22, novembre 2016.

de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs dans l'entreprise, doit en assurer l'effectivité en prenant en considération les propositions de mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs que le médecin du travail est habilité à faire »⁸⁰⁶. De ce fait, lorsque l'employeur n'a pas respecté l'avis émis par le médecin du travail, les salariés sont plus enclins à tenter une action à l'encontre de leur employeur⁸⁰⁷, d'autant plus lorsque le manquement de l'employeur a entraîné un AT ou une MP⁸⁰⁸. De même, la faute inexcusable de l'employeur est également reconnue par la Cour de cassation lorsque le salarié a été victime d'une MP alors que le médecin du travail avait émis des préconisations d'aménagement de poste que l'employeur n'a pas respectées⁸⁰⁹.

Plusieurs décisions rendues par la Cour de cassation démontrent l'importance du respect par l'employeur des avis émis par le médecin du travail.

Tout d'abord, une décision emblématique rappelle que l'employeur doit se montrer particulièrement vigilant quant au respect de l'avis émis par le médecin du travail avant de faire usage de son pouvoir disciplinaire. En effet, la Cour de cassation⁸¹⁰ rappelle que lorsque le médecin du travail préconise un suivi médical à intervalle régulier ou à la demande de l'employeur pour un salarié présentant des troubles du comportement, l'employeur ne peut pas procéder au licenciement du salarié en raison d'un comportement déplacé et injurieux à l'égard de ses collègues de travail sans solliciter au préalable l'avis du médecin du travail dans le cadre d'une visite médicale. Dans cette affaire opposant un salarié à son employeur, le médecin du travail avait indiqué sur la fiche d'aptitude « *apte sous surveillance médicale* » en précisant à l'employeur qu'en cas de troubles du comportement une visite médicale devait être demandée. Malgré cela, l'employeur a procédé au licenciement du salarié « *en raison de son comportement déplacé et injurieux à l'égard de ses collègues de travail* ». La Cour de cassation invalide le licenciement prononcé par l'employeur au motif qu'il « *n'avait pas pris*

⁸⁰⁶ Cass. soc., 19 décembre 2007, n° 06-43.918, *Bull. civ.*, 2007, V, n° 216.

⁸⁰⁷ Cass. soc., 7 janvier 2015, n° 13-17.602, Inédit.

⁸⁰⁸ Cass. civ. 2e, 6 novembre 2014, n° 13-20.768, Inédit ; Cass. soc., 31 janvier 2002, n° 00-16.357, Inédit.

⁸⁰⁹ Cass. soc., 31 janvier 2002, n° 00-16.357, Inédit.

⁸¹⁰ Cass. soc., 14 juin 2007, n° 06-41.377, Inédit.

en considération les préconisations du médecin du travail », l'employeur ayant procédé au licenciement du salarié sans solliciter de nouveau le médecin du travail.

Dans une autre affaire opposant un salarié à son employeur⁸¹¹, un médecin du travail a émis un avis d'aptitude à la reprise pour une salariée avec la mention « *éviter le port de charges lourdes de plus de 17 kg* ». La salariée a ensuite « *notifié à son employeur l'impossibilité de continuer son activité dans l'entreprise pour dégradation de ses conditions de travail* » et « *a demandé à la juridiction prud'homale de décider que cette rupture du contrat de travail était intervenue aux torts de l'employeur* ». La demande de la salariée a été accueillie positivement par les juges dans la mesure où « *le poste de travail de cette salariée comportait, de manière habituelle, un port de charges d'un poids excessif, contraire, au moins pendant un certain temps, aux préconisations du médecin du travail, de sorte que l'employeur avait gravement nui à la santé de l'intéressée* ». Dans cette affaire, la Cour de cassation a également reconnu que le fait pour l'employeur de ne pas avoir respecté les préconisations du médecin du travail était constitutif d'un harcèlement moral.

Les juges sont également sévères vis-à-vis des employeurs lorsque l'avis d'inaptitude émis par le médecin du travail est en lien avec des carences de l'employeur quant à la protection de la santé et de la sécurité des salariés. En effet, le médecin du travail peut être amené à émettre un avis d'inaptitude à l'égard d'un salarié en souffrance au travail, et lorsque cette souffrance est en lien avec des faits de harcèlement moral, le licenciement notifié par l'employeur en cas d'impossibilité de reclassement pourra être entaché de nullité⁸¹².

Au vu de ces exemples, nous pouvons souligner que les avis émis par le médecin du travail occupent une place centrale dans le contentieux opposant le salarié à l'employeur, notamment lorsque ce dernier ne respecte les préconisations émises par le médecin ou lorsque l'état de santé du salarié est altéré à la suite d'un manquement à son obligation de sécurité. De surcroît, même en l'absence d'altération de leur état de santé, les salariés sont également plus nombreux à intenter une action en justice, à titre préventif, à l'encontre de leur employeur, et notamment en cas de carence dans l'organisation des visites médicales⁸¹³.

⁸¹¹ Cass. soc., 7 janvier 2015, n° 13-17.602, Inédit.

⁸¹² Cass. soc., 17 octobre 2012, n° 11-22.553, Inédit.

⁸¹³ Exemples : Cass. soc., 15 janvier 2014, n° 12-24.701, Inédit ; Cass. crim., 12 janvier 2016, n° 14-87.695, *Bull. crim.*, 2016, n° 6.

Le salarié peut également intenter une action à l'encontre de son employeur lorsqu'il estime que ce dernier n'a pas satisfait à son obligation de recherche de reclassement dans le cadre d'une procédure d'inaptitude.

B – Le défaut de reclassement de l'employeur à la suite d'un avis d'inaptitude

Lorsque le médecin du travail déclare un salarié inapte à son poste de travail, l'employeur est tenu de lui rechercher un poste de reclassement « *approprié à ses capacités* » et aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé⁸¹⁴. La proposition de poste doit faire preuve « *de précision au regard des préconisations [du] médecin* »⁸¹⁵.

Il s'agit d'une obligation de moyen renforcée⁸¹⁶ et non d'une obligation de résultat, ce qui signifie que l'employeur n'a pas l'obligation de trouver effectivement un poste de reclassement, mais qu'il a l'obligation d'effectuer une recherche personnalisée, loyale et sérieuse de reclassement. Cependant, il convient de souligner que les juges ont « *un haut degré d'exigence [...] dans l'appréciation du caractère effectif, sérieux et suffisant de la recherche de reclassement* »⁸¹⁷. En outre, face au silence de la Loi, la jurisprudence est venue apporter des précisions quant au périmètre de recherche de reclassement, périmètre qui n'a cessé de s'élargir au fil des arrêts de la Cour de cassation. En effet, la Cour avait spécifié que l'employeur devait rechercher un poste « *à l'intérieur du groupe auquel appartient l'entreprise, parmi les entreprises dont les activités, l'organisation ou le lieu d'exploitation lui permettent d'effectuer la permutation de tout ou partie du personnel* »⁸¹⁸, y compris à l'étranger. Par la suite, l'ordonnance du 20 décembre 2017⁸¹⁹ a restreint ce périmètre de recherche de reclassement en précisant qu'il se limitait au « *territoire national* », contrairement à ce que prévoyait la jurisprudence antérieure.

⁸¹⁴ Articles L.1226-2 et L.1226-10 du Code du travail.

⁸¹⁵ Cass. soc., 23 septembre 2014, n° 12-28.599, Inédit.

⁸¹⁶ Exemples : Cass. soc. 20 mars 2013, n° 12-10.101, Inédit ; Cass. soc. 17 février 2010, n° 08-43.725, Inédit ; Cass. soc. 23 septembre 2014, n° 12-18.912, Inédit.

⁸¹⁷ DIRECCTE des Pays de la Loire, « *Aptitude, Inaptitude médicale au poste de travail* », 9^e édition, 31 janvier 2016.

⁸¹⁸ Cass. soc., 30 novembre 2016, n° 15-23.853, Inédit.

⁸¹⁹ Ordonnance n° 2017-1718 du 20 décembre 2017 visant à compléter et mettre en cohérence les dispositions prises en application de la loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social.

Malgré cette obligation de moyen renforcée, nous pouvons constater que dans 95 % des situations, le salarié inapte à son poste de travail est licencié par l'employeur en raison de l'impossibilité de reclassement avancée par ce dernier⁸²⁰. Lorsque le salarié estime que l'employeur n'a pas procédé à une recherche sérieuse de reclassement, il peut alors intenter une action contre l'employeur au motif d'un manquement à son obligation de reclassement⁸²¹. Dans ce contexte, la volonté du salarié est d'obtenir la réparation financière du préjudice subi du fait du défaut de reclassement, d'autant plus lorsque l'inaptitude fait suite à un AT ou à une MP ou lorsque le salarié estime que l'inaptitude est due à une cause professionnelle. À ce titre, une étude réalisée par le cabinet Réhalto⁸²² révèle que plus du quart des salariés en arrêt de travail « *associent directement cette coupure subie à une cause professionnelle (en priorité des tensions liées à l'organisation du travail, puis des difficultés liées aux pratiques managériales)* ». Ainsi, même en l'absence de reconnaissance au titre d'un AT ou d'une MP, l'inaptitude émise par le médecin du travail peut être en lien avec les conditions de travail du salarié.

Plus surprenant encore, le salarié peut intenter une action en responsabilité civile à l'encontre de son employeur pour manquement à son obligation de recherche de reclassement, même lorsque le médecin du travail indique dans son avis qu'il n'y a aucun reclassement possible dans l'entreprise⁸²³.

De plus, es juges estiment que si le médecin du travail n'apporte pas suffisamment de précisions à l'employeur dans son avis d'inaptitude, l'employeur doit le solliciter⁸²⁴. Nous pourrions imaginer que la responsabilité civile du médecin du travail et/ou celle du service de santé au travail puisse être engagée lorsque le médecin n'apporte pas suffisamment de précisions à l'employeur pour l'aider dans ses recherches de reclassement, d'autant plus que le Code du travail dispose que « *l'avis d'inaptitude rendu par le médecin du travail est éclairé par des conclusions écrites, assorties d'indications relatives au reclassement du travailleur* »⁸²⁵.

⁸²⁰ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 4, [10].

⁸²¹ Exemples : Cass. soc., 9 juillet 2008, n° 07-41.318, *Bull. civ.*, 2008, V, n° 151 ; Cass. soc. 20 mars 2013, n° 12-10.101, Inédit.

⁸²² C. DUPUIS, Informations professionnelles, « *De plus en plus d'arrêts de travail liés à des causes professionnelles* », Le Quotidien du médecin, n° 9589, 15 juin 2017.

⁸²³ Cass. soc., 9 juillet 2008, n° 07-41.318, *Bull. civ.*, 2008, V, n° 151.

⁸²⁴ Cass. Soc. 24 avril 2001, n° 97-44.104, *Bull. civ.*, 2001, V, n° 127, p. 99.

⁸²⁵ Article L.4624-4 du Code du travail.

En effet, en cas de mise en cause de leur responsabilité civile pour défaut de reclassement, les employeurs pourraient se retourner contre le médecin du travail pour instaurer un partage de responsabilité.

En parallèle des contentieux en santé au travail au motif d'un manquement de l'employeur dans ses obligations de protection de la santé des salariés, ces derniers peuvent également contester les avis émis par le médecin du travail, ces avis ayant des conséquences importantes pour les salariés, notamment en termes d'employabilité, pouvant ainsi limiter leur accès ou leur maintien en emploi.

§3 – La portée des avis émis par le médecin du travail

Les avis émis par le médecin du travail ont des conséquences directes sur la relation contractuelle entre l'employeur et le salarié. En effet, la validité du contrat de travail dépend de l'avis émis par le médecin du travail, et à ce titre, le contrat de travail du salarié indique parfois l'obligation pour le salarié de se soumettre à l'examen médical d'aptitude à l'embauche ou à la visite d'information et de prévention.

Les motifs des contestations des avis du médecin du travail par les salariés sont multiples. Tout d'abord, le salarié peut être en désaccord avec les motifs médicaux ayant conduit à la décision du médecin du travail, notamment au regard des avis émis par son médecin traitant et/ou ses médecins spécialistes. Si le médecin du travail peut s'appuyer sur les avis de ses confrères, ceux-ci ne s'imposent pas à lui, le médecin du travail restant indépendant techniquement. Ainsi, le médecin du travail reste le seul spécialiste habilité à émettre des préconisations individuelles ayant une valeur juridique à l'égard du salarié et de l'employeur. Outre les motifs de contestation portant sur le fond de l'avis médical, nous pouvons constater que les conséquences, pour le salarié, des avis émis par le médecin du travail sont également une source de contestation d'avis. D'une part, l'inaptitude est un facteur de désinsertion professionnelle et sociale pour le salarié, ce qui peut conduire à une contestation d'avis de la part du salarié souhaitant conserver son emploi (A), et d'autre part, les préconisations individuelles d'aménagement de poste représentent une source possible de tensions et de discriminations dans l'entreprise, ce qui peut également aboutir à une contestation d'avis par le salarié souhaitant conserver ses modalités de travail habituelles (B).

A – L'inaptitude, facteur de désinsertion professionnelle et sociale

Lorsqu'un salarié est déclaré apte à son poste de travail, ou lorsque le médecin ou l'infirmier lui remet une attestation de suivi individuel sans mention particulière, cela signifie que le salarié peut occuper son poste de travail. De ce fait, cela permet au salarié d'occuper pleinement son poste de travail, selon les modalités prévues contractuellement.

Lorsqu'un salarié est déclaré inapte à son poste de travail, cela signifie qu'il n'est pas ou qu'il n'est plus en mesure d'occuper son poste de travail, ce qui a un effet immédiat sur son contrat de travail. Au vu des conséquences cruciales de l'avis d'inaptitude, le législateur est venu préciser que le médecin du travail ne peut émettre un avis d'inaptitude que lorsqu'il constate « *qu'aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail occupé n'est possible et que l'état de santé du travailleur justifie un changement de poste* »⁸²⁶. Dès la déclaration d'inaptitude, le salarié ne pourra plus fournir sa prestation de travail et se retrouvera sans ressources durant un mois (sauf lorsque l'inaptitude est liée à un AT/MP⁸²⁷). Néanmoins, le salarié pourra éventuellement bénéficier d'un arrêt de travail si son état de santé le justifie. Concernant les obligations de l'employeur, à compter de la déclaration d'inaptitude, ce dernier aura l'obligation légale de rechercher un poste de reclassement, selon les modalités que nous avons présentées précédemment. Comme le souligne le rapport ISSINDOU, « *initialement, le droit de l'inaptitude s'est construit comme un droit protecteur du salarié* », pourtant, en réalité, force est de constater que 95 % des salariés déclarés inaptes par le médecin du travail sont licenciés au motif d'une impossibilité de reclassement. De ce fait, l'inaptitude « *ne joue que marginalement un rôle de protection de l'emploi du salarié* »⁸²⁸. Pour le salarié, l'inaptitude entraîne bien souvent des conséquences sociales et économiques déterminantes, car en cas de licenciement il ne retrouve que rarement un nouvel emploi. En effet, selon l'enquête réalisée en Bretagne en 2010⁸²⁹, seuls 18 % des salariés licenciés ont retrouvé un emploi dans les 12 mois suivant leur licenciement. La

⁸²⁶ Article L.4624-4 du Code du travail.

⁸²⁷ Pour les salariés déclarés inaptes à leur poste de travail en lien avec un AT/MP ou un accident de trajet, la sécurité sociale verse au salarié une indemnité temporaire d'inaptitude durant 1 mois (article D.433-2 du Code de la sécurité sociale).

⁸²⁸ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 4, [10].

⁸²⁹ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 55, [280].

majorité des salariés se retrouvent demandeurs d'emploi (43 %) et environ un tiers sont inactifs (32 %). En sus des conséquences économiques inhérentes au licenciement, les répercussions sociales peuvent également être désastreuses, le chômage étant considéré comme « *une des causes majeures de la dégradation du lien social* »⁸³⁰. Selon le sociologue Serge PAUGAM, il existe quatre types de liens sociaux, dont le lien dit « de participation organique » qui se développe notamment dans le monde du travail. Selon le sociologue Émile DURKHEIM, ce lien permet d'apporter aux individus « *une position sociale précise susceptible d'apporter à chacun à la fois la protection élémentaire et le sentiment d'être utile* ». En conséquence, le chômage constitue « *une rupture au moins partielle de ce lien* ». De surcroît, le chômage peut entraîner un affaiblissement d'autres liens, tels que les liens familiaux ou encore affaiblir « *l'intensité des échanges sociaux, en particulier dans la sphère des relations associatives* ». En France, le taux de participation à la vie associative est de 31,4 % chez les salariés ayant un emploi stable alors que ce taux n'est que de 18,8 % chez les chômeurs de plus d'un an⁸³¹.

Par conséquent, nous pouvons constater au travers de ces indicateurs que l'avis d'inaptitude émis par le médecin du travail a non seulement des conséquences sur l'emploi qu'occupe le salarié dans l'entreprise, mais également sur ses perspectives de maintien en emploi et sur ses liens sociaux. Pour cette raison, en vertu du principe du consentement éclairé du patient⁸³², il est recommandé au médecin du travail d'obtenir le consentement du salarié avant toute décision d'inaptitude. Cependant, dans certaines situations, notamment lorsque la santé ou la sécurité du salarié, de ses collègues ou de tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail peut être compromise, le médecin du travail peut être amené à émettre un avis d'inaptitude sans obtenir le consentement préalable du salarié. Cette décision peut alors donner lieu à une contestation de l'avis de la part du salarié devant le CPH (référé). Nous avons également pu observer, au travers de l'analyse des contestations d'avis d'inaptitude à l'ACMS, que celles-ci peuvent également intervenir alors que le salarié était initialement d'accord avec l'avis d'inaptitude. Il apparaît alors indispensable que le médecin du travail informe précisément le salarié des conséquences d'un avis d'inaptitude, en vertu de sa

⁸³⁰ S. PAUGAM, « *L'épreuve du chômage : une rupture cumulative des liens sociaux* », Revue européenne des sciences sociales, pages 11 à 27.

⁸³¹ S. PAUGAM, « *L'épreuve du chômage : une rupture cumulative des liens sociaux* », Revue européenne des sciences sociales, pages 11 à 27, tableau n° 3.

⁸³² Article L.1111-4 du Code de la santé publique.

mission de conseil. À titre d'exemple, en 2017, un salarié a contesté devant le CPH la décision d'inaptitude émise par le médecin du travail afin d'être certain qu'il pourrait continuer à bénéficier de la prévoyance de l'entreprise⁸³³. La contestation ne portait donc pas sur les éléments médicaux,⁸³⁴ mais sur les conséquences de l'inaptitude d'un point de vue économique et social. Cet exemple illustre parfaitement la nécessité d'une coopération avec le service social avant toute décision d'inaptitude afin que le salarié soit bien informé de ses droits.

Les préconisations individuelles d'aménagement, d'adaptation, de transformation de poste font également l'objet de contestations dans la mesure où ces avis ont également des conséquences sur l'emploi des salariés et sur les relations professionnelles entre le salarié et son employeur et parfois même ses collègues de travail.

B – Les préconisations individuelles d'aménagement de poste, sources possibles de tensions et de discriminations dans l'entreprise

Les préconisations individuelles d'aménagement, d'adaptation, de transformation du poste de travail ou les mesures d'aménagement du temps de travail émises par le médecin du travail ont des conséquences directes sur le poste de travail occupé par le salarié. Ainsi, ces mesures peuvent également faire l'objet d'un recours par le salarié auprès du CPH selon la procédure accélérée au fond.

Tout d'abord, il convient de préciser que contrairement aux salariés déclarés inaptes, ceux bénéficiant de mesures d'aménagement de poste ne peuvent pas faire l'objet d'une mesure de licenciement de la part de l'employeur⁸³⁵. Si ces mesures n'ont pas pour conséquences de rendre impossible la poursuite de l'activité professionnelle du salarié, en revanche, certains éléments du contrat de travail peuvent être modifiés, tels que la durée du temps de travail ou encore les tâches confiées au salarié. Ces préconisations, nécessaires à la préservation de l'état de santé du salarié, peuvent être à l'origine de conflits au sein de l'entreprise que ce soit avec l'employeur ou même avec les collègues de travail des salariés. À titre d'exemple, parmi

⁸³³ Contestation de la part d'un salarié d'un avis d'inaptitude émis par un médecin du travail de l'ACMS en 2017.

⁸³⁴ Par principe, ces motivations ne relèvent pas de la compétence du CPH selon la procédure accélérée au fond.

⁸³⁵ Cass. soc., 10 novembre 2009, n° 08-42.674, *Bull. civ.*, 2009, V, n° 253.

les courriers adressés par les employeurs aux médecins du travail de l'ACMS, concernant la mise en œuvre des préconisations individuelles d'aménagement de poste, certains employeurs indiquent que ces aménagements sont source de tensions dans l'entreprise, ceux-ci entraînant une charge de travail supplémentaire pour les autres salariés⁸³⁶. Il semble évident que les facilités de mise en œuvre des préconisations individuelles émises par le médecin du travail dépendent de l'effectif de l'entreprise. Ainsi, pour les TPE, il peut être plus difficile de mettre en œuvre ces préconisations. Ainsi, au vu des tensions générées par les préconisations d'aménagement de poste de travail, certains salariés indiquent au médecin du travail qu'ils ne souhaitent pas que ces préconisations soient inscrites sur la fiche d'aptitude/attestation de suivi individuel, en raison des conflits avec leurs collègues de travail, mais aussi par crainte de faire l'objet de mesures discriminatoires de la part de l'employeur⁸³⁷.

Globalement, les contentieux autour des avis émis par le médecin du travail s'inscrivent dans un contexte de dégradation des conditions de travail, et notamment de dégradation de la relation entre les employeurs et les salariés. Les questions afférentes à la santé au travail sont de plus en plus sensibles et il apparaît que le contentieux autour des avis du médecin du travail peut constituer un prétexte derrière lequel s'est cristallisé un contentieux plus profond entre les salariés et les employeurs sur le terrain des conditions de travail.

Plus rarement, la recherche de la responsabilité civile, voire pénale, du médecin du travail reflète les manquements directs du médecin dans l'exercice de ses missions. Par exemple, la responsabilité civile d'un médecin du travail a été engagée pour absence de prescription d'examens complémentaires. Le médecin avait en sa possession une radiographie thoracique pouvant laisser supposer une tuberculose pulmonaire et, sans demander d'examens complémentaires, à déclarer le salarié apte à son poste de travail alors qu'il effectuait des travaux qui ont aggravé son état de santé⁸³⁸. Dans une autre affaire datant d'octobre 2007, la responsabilité pénale d'un médecin du travail a été recherchée. Ce médecin a été mis en examen pour non-assistance à personne en péril concernant l'exposition à l'amiante des

⁸³⁶ Analyse des courriers reçus par les médecins du travail de l'ACMS entre 2014 et 2018.

⁸³⁷ Situations ayant été observées à plusieurs reprises par les médecins du travail de l'ACMS entre 2014 et 2018.

⁸³⁸ Cass. soc, 8 décembre 1960, n° 58-10.171, *Bull. civ.*, n° 1149.

salariés de l'entreprise qu'il suivait, ce médecin ayant été accusé de ne pas avoir alerté les salariés et leurs représentants sur les risques liés à l'exposition à l'amiante⁸³⁹.

Lorsque l'initiative des contentieux émane des employeurs, nous pouvons constater que les motivations de ces derniers sont différentes de celles des salariés, bien qu'elles s'inscrivent également dans un contexte relationnel tendu.

⁸³⁹ Médecin du travail de l'usine Férodo-Valéo dans le Calvados.

SECTION 2 : LES FONDEMENTS PLURIELS DES CONTENTIEUX A L'INITIATIVE DES EMPLOYEURS

L'employeur, débiteur d'une obligation de sécurité de résultat vis-à-vis de ses salariés, peut voir sa responsabilité civile engagée lorsqu'il a manqué à ses obligations en matière de santé et de sécurité au travail. En parallèle ou à la suite du contentieux l'opposant à son salarié, l'employeur peut tenter une action en responsabilité civile à l'encontre du médecin du travail ou du service de santé au travail ou bien une action en responsabilité déontologique à l'encontre du médecin du travail, lorsqu'il estime qu'ils ont commis une faute ou une négligence dans leur mission. Pour l'employeur, l'objectif de cette démarche est d'obtenir le partage du préjudice financier ou alors de voir sa propre responsabilité civile minorée vis-à-vis du salarié (§1). En outre, les litiges entre l'employeur et le médecin du travail naissent également des difficultés liées à la mise en œuvre des préconisations médicales, qui sont accentuées par un manque de communication entre ces deux acteurs (§2).

§1 – La volonté de l'employeur d'un partage du préjudice financier ou d'une minoration de sa responsabilité civile en cas de défaillance du médecin du travail ou du service de santé au travail

Lorsque la défaillance de l'employeur au sujet de ses obligations relatives à la protection de la santé et de la sécurité des salariés est liée aux manquements du médecin du travail et/ou du service de santé au travail, il peut rechercher leur responsabilité civile avec pour objectif de limiter sa propre responsabilité civile vis-à-vis des salariés (A). En outre, ces dernières années, nous constatons une montée de l'instrumentalisation des écrits du médecin du travail dans le cadre des contentieux entre l'employeur et le salarié, ce qui aboutit parfois à la recherche de la responsabilité déontologique du médecin du travail devant le Conseil de l'Ordre des médecins (B).

A – La recherche de la responsabilité civile du médecin du travail ou du service de santé au travail

L'employeur et le médecin du travail ont des rôles et des responsabilités différents en

ce qui concerne la protection de la santé des travailleurs. Les différents avis rendus par la Cour de cassation ces dernières années montrent que la responsabilité civile de l'employeur est souvent recherchée par les salariés lorsque l'employeur a manqué à ses obligations de protection de la santé des salariés. Cependant comme nous l'avons exposé précédemment, les actions de l'employeur dépendent en partie de celles réalisées par le médecin du travail, celles-ci concourant à la réalisation par l'employeur de son obligation de sécurité de résultat. À ce titre, les défaillances du médecin du travail ou plus globalement du service de santé au travail peuvent impacter directement la responsabilité civile de l'employeur, de telle sorte que lorsque ce dernier voit sa responsabilité civile engagée en raison de manquement à son obligation de sécurité de résultat, il pourra par la suite rechercher la responsabilité civile du médecin du travail et/ou celle du service de santé au travail lorsque ces derniers ont eux-mêmes manqué à leurs propres obligations, et notamment en cas de faute, de négligence ou de défaillance dans l'organisation du suivi individuel des salariés ou des actions sur le milieu de travail.

Les décisions de la Cour de cassation reconnaissant la responsabilité civile du médecin du travail ou du service de santé au travail sont peu nombreuses, mais dénotent quoi qu'il en soit de la volonté de l'employeur d'instaurer un partage de responsabilité en cas de manquement du médecin du travail ou du service de santé au travail. L'analyse des contentieux portés devant la Cour de cassation dans ce domaine, mais aussi plus globalement des contentieux et précontentieux de l'ACMS permet de dégager deux motifs principaux de litiges. D'une part, l'employeur peut reprocher au SST des défaillances à propos de l'organisation des actions sur le milieu de travail ou du suivi individuel des salariés. D'autre part, l'employeur peut également intenter une action contre le médecin du travail et le service de santé au travail lorsque le formalisme des avis médicaux n'a pas été respecté.

Concernant les dysfonctionnements dans l'organisation des examens médicaux, la Cour de cassation a reconnu la responsabilité civile du service de santé au travail en raison des manquements dans l'organisation des visites médicales⁸⁴⁰. Dans cette affaire, une entreprise avait cessé de payer les cotisations dues au service de santé au travail en invoquant « *des dysfonctionnements récurrents du service dans la mise en œuvre des examens médicaux* »

⁸⁴⁰ Cass. civ. 1^{ère}, 19 décembre 2013, n° 12-25.056, *Bull. civ. I*, 2013, n° 256.

obligatoires ». Par la suite, le service de santé au travail a réclamé le paiement des cotisations à l'employeur, ce qui a conduit ce dernier à demander l'allocation de dommages et intérêts d'un montant égal à la cotisation réclamée par le service de santé au travail. La Cour de cassation a reconnu la responsabilité civile du service de santé au travail dans la mesure où les défaillances de ce dernier « *constitua[ent] une infraction pénale commise par l'employeur, qui se trouvait également confronté à un déficit d'informations déterminantes pour l'accomplissement des actions de prévention et le respect des obligations qui lui incombent dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail* ». Il convient de souligner que la reconnaissance de la responsabilité civile du service de santé au travail n'emporte pas pour autant l'annulation de la responsabilité civile de l'employeur ; néanmoins cela permet à l'employeur d'obtenir une réparation financière du préjudice subi. Ce contentieux concerne l'organisation des examens médicaux par le service de santé au travail, mais nous pourrions envisager que l'employeur recherche la responsabilité civile du service de santé au travail et/ou du médecin du travail en cas de manquement à son obligation de conseil. Dans ce contexte, l'employeur devra démontrer que ce manquement lui a causé un préjudice afin d'en obtenir réparation.

En ce qui concerne le non-respect du formalisme des avis émis par le médecin du travail, plusieurs décisions rendues par la Cour de cassation ont retenu la responsabilité civile du service de santé au travail. Dans une première affaire,⁸⁴¹ un salarié déclaré inapte par le médecin du travail à la suite de deux examens médicaux espacés de treize jours, a été licencié en raison de l'inaptitude et de l'impossibilité de reclassement. La société a été condamnée à verser au salarié des dommages et intérêts pour licenciement sans cause réelle et sérieuse en raison du non-respect du délai réglementaire de deux semaines devant séparer les deux examens médicaux prévu par l'ancien article R.4624-31 du Code du travail⁸⁴². À la suite de cela, l'employeur a assigné le service de santé au travail en justice, estimant que le respect du délai réglementaire inhérent à la procédure d'inaptitude lui incombait. Les arguments avancés par l'employeur ont été entendus par la Cour de cassation, laquelle a reconnu la responsabilité du service de santé au travail dans la mesure où ce dernier avait commis une faute ayant entraîné un préjudice pour l'employeur. De même, en 2015, un litige similaire a eu lieu entre un

⁸⁴¹ Cass. soc., 31 mai 2012, n° 11-10.958, Inédit.

⁸⁴² Article R.4624-31 du Code du travail dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2017.

employeur et l'ACMS au motif que le médecin du travail avait émis un avis d'inaptitude à la suite de deux examens médicaux espacés de treize jours. Avant que l'affaire ne soit jugée par le TGI, l'employeur s'est désisté de l'instance, un protocole transactionnel ayant été signé entre l'ACMS et l'employeur.

Dans une seconde affaire portée devant les juges de la Cour de cassation⁸⁴³, un salarié a été déclaré inapte par le médecin du travail en un seul examen, selon l'ancienne procédure dérogatoire prévue par l'article R.4624-31 du Code du travail. Au lendemain de l'inaptitude, l'employeur a procédé au licenciement du salarié alors que l'avis d'inaptitude ne précisait pas le danger immédiat et la nécessité de réaliser un unique examen. Dans ce contexte, le licenciement a été déclaré nul par les juges, ce qui a entraîné la recherche de la responsabilité du service de santé au travail par l'entreprise, et subsidiairement celle du médecin du travail. La Cour de cassation a admis la responsabilité partielle du service de santé au travail et a jugé que la faute du médecin du travail dans la rédaction de l'avis avait été, au moins en partie, à l'origine du caractère illicite du licenciement ce qui ouvrait droit pour l'employeur au versement de dommages et intérêts.

À l'analyse de ces décisions rendues par la Cour de cassation, nous pouvons souligner que les avis émis par le médecin du travail doivent faire l'objet d'une grande rigueur. Par conséquent, le médecin du travail doit appliquer strictement la réglementation, sous peine de mise en cause de sa responsabilité civile et de celle du service de santé au travail. Au-delà de cela, le médecin doit également être particulièrement vigilant quant à la rédaction des avis qu'il émet. Si ces écrits apparaissent essentiels pour assurer la traçabilité de ses actions, dans certains cas, ils peuvent se retrouver au cœur d'un contentieux avec l'employeur.

B – Les écrits du médecin du travail à l'origine de plaintes déontologiques

Les différentes réformes en santé au travail ont renforcé l'obligation de traçabilité des actions du médecin du travail, tant pour les actions sur le milieu de travail que pour le suivi individuel de l'état de santé des salariés. Cependant, les écrits du médecin, et notamment les certificats médicaux, peuvent parfois être instrumentalisés par le salarié ou par l'employeur

⁸⁴³ Cass. civ. 1^{ère}, 27 novembre 2013, n° 12-25.242, Inédit.

afin d'obtenir l'avantage dans le cadre d'une procédure prud'homale, ce qui peut entraîner en parallèle une plainte à l'encontre du médecin du travail devant le CNOM. En outre, certains contentieux portés devant le CNOM dénotent également de la méconnaissance de l'employeur vis-à-vis des missions du médecin du travail. À titre d'exemple, lorsque le médecin signale à l'employeur la présence d'un risque pour la santé des travailleurs⁸⁴⁴, ce signalement est parfois accueilli de manière négative par l'employeur, qui ne le perçoit pas comme une mesure permettant de collaborer pour la prévention des risques, mais plutôt comme une « dénonciation » de ses manquements. En 2011, le CNOM a rendu une décision à propos d'une plainte émise par un employeur à l'encontre d'un médecin du travail au sujet d'une alerte émise par ce dernier⁸⁴⁵. Dans cette affaire, le médecin du travail avait alerté l'employeur sur « *des difficultés rencontrées par des agents de la mairie* », et avait adressé une copie de ce signalement à un agent qu'il pensait encore membre du comité technique paritaire. L'employeur a alors reproché au médecin d'avoir méconnu le secret médical en adressant le courrier d'alerte à cet agent. Finalement, le CNOM considère qu'« *aucune violation du secret médical ne peut être reprochée au [médecin du travail] dans la mesure où elle n'a divulgué aucune information relative à des personnes identifiables* ». D'autre part, le CNOM rappelle « *qu'il est dans la mission du médecin du travail de conseiller non seulement l'employeur, mais également les représentants du personnel* » ; ainsi, il ne peut pas être reproché au médecin d'avoir adressé son courrier d'alerte à un agent au sujet duquel il ignorait qu'il n'était plus membre du comité technique paritaire. Il convient d'ajouter que depuis la note transmise par le CNOM en décembre 2015⁸⁴⁶, les courriers de signalement émis par le médecin font désormais partie du dossier médical des salariés concernés par le ou les risques visés.

Concernant les certificats médicaux établis par le médecin du travail, ceux-ci peuvent également être à l'origine d'un contentieux déontologique entre l'employeur et le médecin du travail. Au préalable, il convient de rappeler que ces certificats médicaux sont par principe soumis au secret médical, ce qui les rend intransmissibles à l'employeur. Toutefois, à l'occasion d'un litige opposant l'employeur et le salarié devant le CPH, le salarié peut être

⁸⁴⁴ Article L.4624-9 du Code du travail.

⁸⁴⁵ Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins, audience du 22 septembre 2011, décision rendue publique le 21 octobre 2011, n° 10964.

⁸⁴⁶ Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Le dossier médical en santé au travail (DMST)* », Rapport adopté par le CNOM lors de la session des 17 et 18 décembre 2015, Dr F. X. LEY.

amené à fournir un certificat médical rédigé par le médecin du travail dans le cadre de sa défense. Afin de respecter le principe du contradictoire, l'employeur et le salarié doivent s'échanger l'ensemble des pièces servant leur défense. Par conséquent, dans ce contexte bien particulier, l'employeur peut avoir accès aux certificats médicaux rédigés par le médecin du travail, et peut alors porter plainte contre lui devant le CDOM s'il considère que ces certificats sont contraires à la déontologie médicale. Dans le cadre de ces litiges, l'employeur cherche avant tout à faire invalider l'écrit du médecin du travail afin que cette pièce ne soit pas admise dans le dossier de défense du salarié lors du contentieux devant le CPH.

Le Docteur BERNERON⁸⁴⁷, médecin du travail ayant fait l'objet d'une plainte par un employeur en raison d'un certificat jugé tendancieux, indique que « *le respect [des] obligations déontologiques passe par le fait d'avoir à établir un lien entre la santé du salarié, son activité professionnelle et son environnement professionnel et d'en informer le salarié.* » Pourtant, plusieurs décisions défavorables aux médecins du travail ont été rendues par le CNOM, remettant ainsi en cause leurs certificats médicaux. À titre d'exemple, dans une décision rendue par le CNOM en 2016⁸⁴⁸, le Docteur Dominique HUEZ s'est vu infliger un avertissement pour avoir remis au salarié un certificat dans lequel il se prononçait sur le bien-fondé du droit de retrait exercé par le salarié en indiquant que l'employeur ne respectait pas ses obligations en termes de protection de la santé des salariés. Le CNOM estime que ce certificat constitue un certificat tendancieux, proscrit par l'article R.4127-28 du Code de la santé publique, dans la mesure où le médecin n'a pas personnellement constaté les faits qu'il relate dans son courrier. Le CNOM rappelle que le médecin peut dans un certificat relater les dires du patient s'il veille « *à ne pas se les approprier* », surtout s'il n'est pas « *en mesure d'en vérifier la véracité* ». Il rappelle également que le médecin du travail doit constater personnellement les faits qu'il retranscrit dans ses écrits (attestations, courriers, etc.). À la suite de cette affaire, le médecin du travail mis en cause a témoigné en indiquant que « *comme c'est leur devoir, les médecins du travail doivent pouvoir attester, exclusivement pour leur patient, de leur diagnostic médical sur le lien santé/travail. Ils en énoncent leurs préconisations médicales dans*

⁸⁴⁷ Intervention du Docteur Bernadette BERNERON pour sa défense devant la Chambre Nationale disciplinaire de l'Ordre des Médecins le 8 juin 2016.

⁸⁴⁸ Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins, audience du 8 juin 2016, décision rendue publique le 26 septembre 2016, n° 12218.

*l'intérêt exclusif de la santé du salarié. Ils en nourrissent leur action de prévention collective primaire, de sauvegarde individuelle, de veille médicale, et d'alerte médicale collective. »*⁸⁴⁹

Dans une autre affaire portée devant la chambre disciplinaire du CNOM⁸⁵⁰, un employeur a porté plainte contre le médecin du travail, ce dernier ayant indiqué sur la fiche d'inaptitude d'un salarié que l'inaptitude faisait suite à des « *violences internes à l'entreprise* », puis il a mentionné dans un courrier adressé au chef d'entreprise que ses « *méthodes de management semblent être la cause de mal être profond au travail, avec risque de suicide* ». Le CNOM a infligé un blâme au médecin du travail, ce dernier n'ayant pas été en mesure de « *justifier les très graves accusations qu'il a portées contre l'employeur* ». Par conséquent, le CNOM considère que ces écrits constituent « *un manquement à l'interdiction d'établir des rapports tendancieux ou des certificats de complaisance* », proscrit par l'article R.4127-28 du Code de la santé publique.

Dans une autre affaire portée devant le CNOM⁸⁵¹, le Docteur Karine DJEMIL a été condamnée à six mois d'interdiction d'exercer, en raison d'écrits jugés tendancieux faisant le lien entre l'état de santé de deux salariées et leurs conditions de travail, à savoir un présumé harcèlement sexuel et moral au sein de l'entreprise. Le CNOM estime notamment que l'étude de poste de travail d'une des salariées constitue un écrit tendancieux dans la mesure où elle porte « *des accusations hasardeuses, subjectives et diffamatoires non étayées contre le dirigeant de l'entreprise.* » Cette étude de poste « *favorable aux intérêts de la salariée et pouvant lui permettre de l'invoquer devant la juridiction prud'homale constitue de ce fait un certificat de complaisance susceptible de procurer à l'intéressée un avantage injustifié* ». D'autres écrits du médecin du travail sont jugés tendancieux, tels que la rédaction d'une fiche d'inaptitude faisant mention de « *conditions de travail trop dégradées et maltraitance au travail* ».

Les décisions condamnant les médecins du travail sont relativement peu nombreuses, mais elles font figure d'épouvantails au sein de la communauté des médecins. Ces derniers peuvent, de ce fait, se montrer réticents quant à l'idée de produire des écrits, et ce même si

⁸⁴⁹ D. HUEZ, « *Témoignage et analyse d'un médecin poursuivi* », Communication pour la Conférence-débat : Médecin du travail : le temps du silence, Faculté de droit, Nancy, 26 mars 2015.

⁸⁵⁰ Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins, audience du 7 octobre 2014, décision rendue publique le 28 novembre 2014, n° 11968.

⁸⁵¹ Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins, audience du 11 avril 2018, décision rendue publique le 4 mai 2018, n° 13079.

le fait d'établir un lien entre l'état de santé du salarié et son environnement de travail fait partie intégrante de leurs missions et nous pouvons même souligner que cela constitue la spécificité du médecin du travail. Malheureusement, même lorsque l'écrit est justifié, les médecins peuvent faire l'objet d'une plainte émise par l'employeur, ce dernier ne connaissant pas précisément le champ d'action du médecin. Par exemple, un employeur a porté plainte contre le médecin du travail, considérant que ce dernier avait rédigé des certificats tendancieux dans lesquels il a attesté « *de la détérioration de l'état de santé et des graves pathologies [de la salariée] qu'elle a attribuée à des causes professionnelles en raison des risques psychosociaux* » et « *du contexte d'environnement relationnel extrêmement délétère* ». La chambre disciplinaire de première instance a infligé au médecin un blâme en guise de sanction, mais le CNOM⁸⁵² a annulé cette décision au motif que le médecin du travail « *ne s'est pas bornée à faire siennes les déclarations de la salariée, mais s'est fondée sur la connaissance personnelle qu'elle avait acquise des conditions de travail dans [l'entreprise] à travers notamment des consultations dispensées à d'autres salariées* ». Par ailleurs, le médecin avait alerté l'employeur sur ces difficultés et avait saisi à plusieurs reprises l'inspection du travail. Au vu de ces éléments, le CNOM considère que les certificats établis par le médecin du travail « *ne présentent pas le caractère de certificats de complaisance* ».

Au travers de ces plaintes, nous pouvons constater que le fait pour le médecin du travail de produire un écrit dans lequel il établit un lien entre l'état de santé d'un ou de plusieurs salariés et leurs conditions de travail peut conduire à un litige avec l'employeur, et ce, même lorsque l'écrit respecte le formalisme réglementaire. Outre ces contentieux déontologiques, les contentieux entre l'employeur et le médecin du travail naissent également des difficultés de mise en œuvre des préconisations individuelles émises par le médecin du travail, lesquelles sont souvent accentuées par un manque de communication entre l'employeur et le médecin.

⁸⁵² Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins, audience du 15 mai 2014, décision rendue publique le 26 juin 2014, n° 11843.

§2 – Les difficultés de mise en œuvre des préconisations individuelles accentuées par le manque de communication entre le médecin du travail et l’employeur

Les échanges entre l’employeur et le médecin du travail sont indispensables pour assurer leur mission conjointe de protection de la santé des salariés. Pourtant, nous pouvons déplorer une insuffisance de communication entre ces deux acteurs, ce qui favorise la survenue de litiges en santé au travail (A). Ces difficultés de communication peuvent en partie expliquer les difficultés que rencontre l’employeur en ce qui concerne la compréhension et de la mise en œuvre des préconisations individuelles émises par le médecin du travail (B).

A – L’insuffisance de communication entre l’employeur et le médecin du travail

Les difficultés de communication entre l’employeur et le médecin du travail engendrent des insuffisances en termes de protection de la santé des salariés. Ainsi, afin d’assurer l’effectivité des préconisations émises par le médecin du travail, le législateur a mis à la charge du médecin du travail une obligation d’échange préalable avec l’employeur avant l’émission de toute préconisation individuelle (1). Pourtant, aujourd’hui encore, la communication entre l’employeur et le médecin du travail est loin d’être optimale et nécessite d’être améliorée (2).

1/ Des difficultés de communication entre l’employeur et le médecin du travail ayant abouti à une modification de la législation

L’employeur est responsable de la protection de la santé et de la sécurité des salariés dans l’entreprise. Dans le but de satisfaire l’obligation de sécurité qui lui incombe dans ce domaine, l’employeur s’appuie sur les compétences de l’équipe pluridisciplinaire en santé au travail, animée et coordonnée par le médecin du travail. Ainsi, le médecin du travail et l’employeur échangent des informations, relatives à la prévention individuelle et collective des risques, nécessaires à la préservation de la santé des salariés, dans le respect du secret médical. Néanmoins, en pratique, force est de constater que les échanges entre le médecin du travail et l’entreprise ne sont pas systématiques, ce qui est par conséquent source de

litiges. D'ailleurs, à ce sujet, le rapport ISSINDOU⁸⁵³ souligne que selon une étude de la région Poitou-Charentes « *lorsque l'employeur conteste l'avis du médecin du travail, c'est dans 70 % des cas parce qu'il ne comprend pas l'avis du médecin du travail* ». En outre, une étude réalisée au sein de la région Bretagne a également mis en avant le fait qu'en 2014 « *aucune contestation ne provient d'employeur ou salarié d'une entreprise disposant d'un service autonome de médecine du travail* ». Cette étude « *laisse penser que, dans ces entreprises, les difficultés se résolvent par des échanges entre le médecin du travail et l'employeur* » certainement du fait de leur proximité géographique et relationnelle. Afin de parer cette insuffisance de communication entre l'employeur et le médecin du travail, le législateur a rendu obligatoires les échanges entre ces deux acteurs avant l'émission de toute préconisation individuelle⁸⁵⁴ ou collective⁸⁵⁵ par le médecin. Ainsi, par la Loi du 8 août 2016, le législateur a instauré une obligation d'échange préalable à l'émission de tout avis d'inaptitude⁸⁵⁶ ou de préconisation individuelle d'aménagement, d'adaptation ou de transformation de poste⁸⁵⁷. Ces échanges permettent à l'employeur « *de faire valoir [ses] observations sur les avis et les propositions que le médecin du travail entend adresser* »⁸⁵⁸. En principe, cela devrait permettre à l'employeur et au médecin du travail d'anticiper d'éventuelles difficultés inhérentes à la mise en œuvre des préconisations individuelles. Les échanges préalables aux préconisations individuelles d'aménagement de poste ou à l'avis d'inaptitude constituent une condition essentielle de la validité de l'avis du médecin du travail, et à défaut d'échange préalable, l'employeur pourra invoquer l'irrégularité de l'avis. Ces nouvelles dispositions étant applicables depuis le 1^{er} janvier 2017 seulement, la Cour de cassation n'a pas encore eu l'occasion de trancher des litiges en lien avec cette question. Quelques mois avant ces nouvelles précisions législatives, le Conseil d'État⁸⁵⁹ avait considéré que l'absence d'échange préalable entre le médecin du travail et l'employeur dans le cadre d'un avis d'inaptitude pouvait constituer une faute déontologique de la part du médecin. Dans cette affaire, le médecin du travail avait déclaré une salariée employée par un particulier

⁸⁵³ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 23, [78].

⁸⁵⁴ Article L.4624-3 du Code du travail.

⁸⁵⁵ Article L.4624-9 du Code du travail.

⁸⁵⁶ Article L.4624-4 du Code du travail.

⁸⁵⁷ Article L.4624-3 du Code du travail.

⁸⁵⁸ Article R.4624-42 du Code du travail.

⁸⁵⁹ Conseil d'État, 4^e et 5^e sous-sections réunies, 10 février 2016, n° 384299.

employeur inapte à son poste de travail en un seul examen, sans avoir effectué une analyse précise du poste de travail et sans avoir échangé au préalable avec l'employeur. Ainsi, l'avis d'inaptitude avait été émis par le médecin du travail sur les seuls dires de la salariée qui menaçait de se suicider si l'inaptitude n'était pas prononcée. Cela a conduit le Conseil d'État à valider le blâme infligé au médecin du travail par la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins.

Par ailleurs, les échanges entre l'employeur et le médecin du travail postérieurs à l'avis d'inaptitude apparaissent indispensables pour permettre à l'employeur de démontrer qu'il a rempli son obligation de recherche de reclassement. D'ailleurs, la Cour de cassation, au fil des arrêts, est venue préciser que *« si l'avis du médecin du travail déclarant un salarié inapte à tout poste dans l'entreprise ne dispense pas l'employeur de son obligation légale de recherche de reclassement au sein de cette entreprise et, le cas échéant, du groupe auquel celle-ci appartient, les réponses apportées, postérieurement au constat régulier de l'inaptitude, par [le] médecin [du travail] sur les possibilités éventuelles de reclassement concourent à la justification par l'employeur de l'impossibilité de remplir cette obligation. »*⁸⁶⁰ Par conséquent, si l'employeur ne procède pas à des échanges suffisants avec le médecin du travail lors de sa recherche de reclassement, les juges pourront estimer qu'il n'a pas satisfait à son obligation de recherche de reclassement, et par conséquent, ils pourront déclarer le licenciement sans cause réelle et sérieuse.

Les préconisations collectives émises par le médecin du travail doivent également faire l'objet d'échanges entre l'employeur et le médecin du travail⁸⁶¹, lesquels doivent obligatoirement être écrits dans un souci de traçabilité. Ainsi, lorsque le médecin constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il doit faire part de ce risque et de ses préconisations par écrit à l'employeur, lequel doit également répondre par écrit au médecin du travail lorsqu'il n'est pas en mesure de donner suite aux préconisations.

⁸⁶⁰ Cass. soc., 1^{er} février 2017, n° 15-26.207, Inédit ; Cass. soc., 15 décembre 2015, n° 14-11.858, *Bull. civ.*, 2016, n° 841, *Soc.*, n° 596.

⁸⁶¹ Article L.4624-9 du Code du travail.

2/ La nécessaire amélioration de la communication entre l'employeur et le médecin du travail

Malgré les obligations d'échanges entre l'employeur et le médecin du travail, force est de constater que cela n'est pas systématique. En 2012, le cabinet Aravis indiquait que « *Les relations entre médecins et directions d'entreprise restent souvent difficiles, distantes ou imprégnées de visions plutôt critiques des uns sur les autres* »⁸⁶², ce qui ne facilite pas les échanges au quotidien. La rencontre organisée par Aravis entre les médecins du travail et les employeurs a permis de mettre en lumière leurs difficultés de communication. Tandis que les acteurs des ressources humaines ont indiqué aux médecins du travail : « *arrêtez de nous écrire ! communiquons !* », les médecins ont quant à eux répondu « *travaillons ensemble, en amont !* ». Si la volonté de travailler en coopération est présente dans beaucoup d'entreprises, la mise en pratique reste plus difficile. Cette problématique de communication est toujours d'actualité. En effet, la relation entre le médecin du travail et l'employeur « *est trop souvent vécue par l'employeur comme une contrainte tatillonne et sans effet* »⁸⁶³. Leurs échanges se font davantage par écrit, par souci de traçabilité, mais les échanges oraux peuvent parfois être indispensables pour débloquer une situation délicate, les seuls échanges par courriers pouvant engendrer des quiproquos. À titre d'exemple, à l'ACMS, en 2015, un médecin du travail avait indiqué sur la fiche d'aptitude d'une aide-ménagère à domicile : « *apte à son poste. Courses uniquement si ascenseur* ». Pour le médecin du travail cela signifiait que la salariée était apte à son poste de travail, c'est-à-dire à l'ensemble de ses tâches habituelles, mais que les courses ne pouvaient être réalisées que si le bâtiment comportait un ascenseur en état de marche. L'employeur a mal interprété l'avis du médecin du travail et a compris que la salariée ne pouvait effectuer que des tâches de courses. Il a ainsi expliqué au médecin du travail dans un courrier de plusieurs pages les raisons pour lesquelles il lui était impossible d'affecter la salariée à des tâches de courses uniquement compte tenu de ses fonctions d'aide-ménagère. Dans cette situation, un échange verbal entre l'employeur et le médecin du travail aurait aisément permis d'éviter une situation conflictuelle. Cet exemple, bien que caricatural,

⁸⁶² ARAVIS, ANACT, Guide pratique, « *La relation médecin du travail / entreprise, à la croisée des enjeux de santé au travail et de gestion des ressources humaines* », Boîte à outils GRH en PME, dossier n° 7, décembre 2012.

⁸⁶³ D. GARNIER, « *Pour une protection interentreprises de la santé au travail* », Préventique, n° 159, septembre 2018.

démontre que les employeurs ont parfois des difficultés à comprendre le sens des avis émis par le médecin du travail.

Cela démontre que « *L'échange d'informations constitue le carburant des collaborations entre médecin et entreprise* »⁸⁶⁴ et qu'ils sont indispensables à plusieurs titres. Tout d'abord, les échanges permettent aux employeurs d'avoir une meilleure compréhension des avis émis par le médecin, ce qui facilite leur mise en œuvre. Si ces échanges sont mis en place de manière systématique, cela aura pour effet non seulement une diminution du nombre de contestations d'avis, mais surtout cela mènera à une meilleure prise en compte des avis émis par le médecin, ce qui aura pour conséquence positive d'accroître les adaptations de poste de travail à l'état de santé des salariés. D'autre part, des échanges de qualité permettraient à l'employeur de remplir plus efficacement ses obligations en termes de prévention des risques professionnels, ce qui réduirait la mise en cause de sa responsabilité civile ou pénale, mais surtout cela permettrait une meilleure protection de la santé des salariés.

Le manque de communication entre le médecin et l'employeur est également lié au temps dont dispose le médecin du travail pour remplir sa mission. Par exemple, selon le rapport d'activité de l'ACMS⁸⁶⁵, au 31 décembre 2019, nous comptons 240 médecins (personnes physiques) pour 1 032 058 salariés suivis, ce qui correspond en moyenne à 4300 salariés suivis par médecin. Le nombre de lieux de travail suivis est de 83 034, soit en moyenne 346 par médecin du travail (personne physique). Dans ce contexte, la mission du médecin du travail s'avère complexe et les échanges de qualité avec chaque entreprise apparaissent utopiques. En plus de ces difficultés de communication entre le médecin du travail et l'employeur, viennent s'ajouter les difficultés de l'employeur dans la mise en œuvre des préconisations du médecin.

⁸⁶⁴ ARAVIS, ANACT, Guide pratique, « *La relation médecin du travail / entreprise, à la croisée des enjeux de santé au travail et de gestion des ressources humaines* », Boîte à outils GRH en PME, dossier n° 7, décembre 2012.

⁸⁶⁵ ACMS, Rapport d'activité 2019, Résolutions adoptées par l'Assemblée générale du 23 juin 2020.

B – Les motifs de contestation par l’employeur des avis émis par le médecin du travail

À l’analyse des contestations autour des avis émis par le médecin du travail, il est possible de mettre en exergue deux motifs principaux à l’origine de ces litiges. D’une part, les préconisations individuelles émises par le médecin du travail peuvent être difficiles à mettre en œuvre au sein de l’entreprise, ce qui alimente les contestations d’avis (1). D’autre part, les préconisations émises par le médecin du travail entraînent souvent des coûts directs et indirects pour l’employeur, ce qui est également à l’origine de litiges (2).

1/ La difficile mise en œuvre des avis émis par le médecin du travail

En vue de protéger la santé des salariés, le médecin du travail peut « *proposer 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* »⁸⁶⁶. En réalité, il s’agit davantage qu’une simple proposition, l’employeur étant « *tenu de prendre en considération l’avis et les indications ou les propositions émis par le médecin du travail* »⁸⁶⁷. D’ailleurs, la jurisprudence considère que l’employeur qui ne respecte pas les préconisations émises par le médecin du travail manque à son obligation de sécurité de résultat⁸⁶⁸. Cependant, l’employeur peut refuser de mettre en œuvre les préconisations émises par le médecin du travail s’il « *fait connaître par écrit au travailleur et au médecin du travail les motifs qui s’opposent à ce qu’il y soit donné suite.* »⁸⁶⁹ En effet, des raisons objectives empêchant l’employeur de mettre en œuvre les préconisations émises par le médecin peuvent exister. Néanmoins, le législateur ne précise pas les suites de ce refus, mais il ne fait aucun doute qu’il convient alors d’entamer un dialogue entre le médecin et l’employeur afin de sortir de cette impasse. Certaines préconisations émises par le médecin du travail peuvent être difficiles à mettre en œuvre par l’employeur, comme le confirme le rapport ISSINDOU⁸⁷⁰, qui souligne que « *de nombreux interlocuteurs de la mission ont fait valoir que les conséquences des avis*

⁸⁶⁶ Article L.4624-3 du code du travail.

⁸⁶⁷ Article L.4624-6 du Code du travail.

⁸⁶⁸ Cass. soc., 19 décembre 2007, n° 06-43.918, *Bull. civ.*, 2007, V, n° 216.

⁸⁶⁹ Article L.4624-6 du Code du travail.

⁸⁷⁰ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 4, [8].

d'aptitude ou d'inaptitude des médecins du travail sont parfois difficiles [...] à mettre en œuvre par les entreprises, notamment dans l'hypothèse d'aptitude avec d'importantes réserves, ce qui alimente des contentieux et contestations »⁸⁷¹. L'échange préalable entre l'employeur et le médecin du travail en amont de toute préconisation individuelle permettrait certainement de limiter les contentieux à ce sujet.

De plus, la méconnaissance, par l'employeur, du rôle du médecin du travail constitue un autre facteur important à l'origine de litiges en lien avec les préconisations individuelles d'aménagement de poste. En effet, lorsque le médecin du travail préconise un aménagement de poste⁸⁷², cela entraîne une modification partielle des tâches confiées au salarié. Dans ce cas de figure, les employeurs demandent parfois au médecin du travail de revoir le salarié afin de statuer sur la possibilité pour le salarié d'exercer l'ensemble des missions inhérentes à son poste de travail ; il est important de souligner que même si l'aménagement préconisé par le médecin est réalisable, certains employeurs estiment que la capacité du salarié à occuper son poste doit être regardée en fonction de toutes les tâches qui lui sont confiées. Pour reprendre les termes de certains employeurs « *soit le salarié est apte soit il est inapte* ». En conséquence, une incompréhension perdure au sujet de la mission première du médecin du travail, laquelle consiste à prévenir la désinsertion professionnelle du salarié, ce qui implique la préconisation de mesures d'aménagement de poste, laquelle peut avoir une incidence sur la possibilité pour le salarié de remplir l'ensemble des missions confiées par l'employeur.

En outre, une confusion peut également subsister entre l'avis d'inaptitude et les préconisations d'aménagement de poste, surtout lorsque les préconisations sont importantes. Il convient de rappeler qu'avant 2009, l'employeur pouvait procéder au licenciement d'un salarié déclaré apte avec de nombreux aménagements de poste, lorsqu'il considérait que ces aménagements « *s'analysai[ent] en un avis d'inaptitude* »⁸⁷³. Dorénavant⁸⁷⁴, la jurisprudence considère que l'employeur ne peut pas requalifier un avis d'aptitude avec aménagement en un avis d'inaptitude. Par conséquent, lorsque l'employeur considère que l'aménagement de poste préconisé par le médecin n'est pas réalisable, il doit solliciter de nouveau le médecin du travail en lui indiquant les raisons objectives justifiant son

⁸⁷¹ Procédure de contestation des avis médicaux avant le 1^{er} janvier 2017.

⁸⁷² Aménagement, adaptation ou transformation du poste de travail ou mesures d'aménagement du temps de travail (article L.4624-3 du Code du travail).

⁸⁷³ Cass. soc., 14 juin 2007, n° 06-40.474, Inédit.

⁸⁷⁴ Cass. soc., 10 novembre 2009, n° 08-42.674, *Bull. civ.*, 2009, V, n° 253.

impossibilité de mettre en œuvre les préconisations. Dans ce contexte, le médecin a alors deux possibilités en fonction de sa connaissance du poste et de la nature des explications fournies par l'employeur : il peut soit décider d'émettre un avis d'inaptitude au poste, soit décider de maintenir ses préconisations. Dans ce dernier cas, l'employeur pourra alors contester devant le CPH (référé) la décision émise par le médecin.

Par ailleurs, les employeurs peuvent également être confrontés au refus par le salarié du poste aménagé ou du poste de reclassement proposé conformément aux préconisations émises par le médecin du travail. En effet, le rapport ISSINDOU souligne que « *des difficultés sont signalées par les entreprises pour mettre en œuvre les solutions d'aménagement des postes de travail ou de reclassement préconisées par le médecin du travail du fait du refus par le salarié des propositions de l'employeur, pourtant conformes à ces préconisations. La jurisprudence actuelle de la Cour de cassation considère que le refus par le salarié d'une proposition d'adaptation du poste de travail ou d'un reclassement faite par l'employeur, même conforme à ces préconisations, n'est pas fautif.* »⁸⁷⁵ Par conséquent, la mise en œuvre des préconisations émises par le médecin du travail nécessite tout d'abord la coopération entre le médecin et l'employeur, mais également avec le salarié, lequel est directement impacté par ces préconisations.

En sus des difficultés rencontrées au sujet de la mise en œuvre des préconisations individuelles, l'employeur peut être confronté à des problématiques de nature financière directement liées aux avis émis par le médecin.

2/ Les coûts financiers directs et indirects inhérents aux avis émis par le médecin du travail

Les aménagements de poste préconisés par le médecin du travail peuvent entraîner un coût financier direct et/ou indirect pour l'employeur.

Les coûts financiers directs générés par les préconisations d'aménagements de poste émises par le médecin du travail sont de natures diverses. Tout d'abord, ces coûts directs peuvent

⁸⁷⁵ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 20, [64].

résulter de préconisations du médecin du travail concernant l'achat de matériel, comme l'achat de matériel ergonomique adapté au salarié (fauteuil ergonomique, chaussures de sécurité adaptées, masque de protection adapté, etc.). Par ailleurs, les préconisations individuelles peuvent également entraîner un changement dans l'organisation du travail (changement d'horaires de travail, passage d'un horaire de nuit à un horaire de jour, horaires fixes, aménagement des locaux, etc.), et ce fait, les préconisations d'aménagement de poste peuvent s'avérer coûteuses pour l'employeur. En tant que garant de la santé et de la sécurité de ses salariés, l'employeur est tenu de financer lui-même l'intégralité des aménagements préconisés par le médecin du travail, à l'exception du matériel destiné aux salariés reconnus travailleurs handicapés, pour lesquels l'employeur peut bénéficier des aides de l'AGEFIPH⁸⁷⁶ afin de financer tout ou partie du matériel adapté. Afin s'exonérer de cette obligation d'adaptation de poste et ainsi de se soustraire à de telles dépenses, il faudrait alors que l'employeur justifie d'un coût excessif, ce qui relève du pouvoir d'appréciation du juge du fond en cas de contentieux.

Lorsque l'aménagement, l'adaptation ou la transformation de poste s'avère impossible et que l'état de santé du salarié justifie un changement de poste, le médecin du travail émet un avis d'inaptitude, qui entraîne également des coûts directs et indirects pour l'employeur. En effet, la recherche de reclassement au sein de l'entreprise représente un coût financier humain important, notamment lorsque l'entreprise appartient à un groupe. Les petites entreprises ou celles de taille moyenne, quant à elles, font parfois appel à un cabinet d'avocat afin de s'assurer du respect de leurs obligations dans cette procédure, parfois complexe à appréhender pour les employeurs. En outre, lorsque l'employeur n'a pas procédé au reclassement du salarié dans un délai d'un mois à compter de la déclaration d'inaptitude, il doit reprendre le versement du salaire jusqu'au reclassement du salarié ou le cas échéant jusqu'à son licenciement⁸⁷⁷. La Cour de cassation précise que la reprise du versement du salaire par l'employeur ne souffre de (presque) aucune exception⁸⁷⁸. À titre d'exemple, le fait que le salarié se trouve de nouveau en arrêt de travail après la déclaration d'inaptitude ne

⁸⁷⁶ Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés.

⁸⁷⁷ Articles L.1226-4 et L.1226-11 du Code du travail.

⁸⁷⁸ L'employeur n'est pas tenu de reprendre le versement du salaire lorsque le salarié effectue un congé individuel de formation à la suite de l'avis d'inaptitude émis par le médecin du travail ; Cass. soc., 16 mars 2011, n° 09-69.945, *Bull. civ.*, 2011, V, n° 75.

dispense pas l'employeur de reprendre le versement du salaire⁸⁷⁹. Ainsi, la reprise de salaire représente un coût direct conséquent pour l'employeur qui sera contraint de rémunérer le salarié alors que ce dernier ne fournit aucune prestation de travail. Si l'employeur procède au reclassement du salarié, des coûts directs et indirects peuvent également en découler, tels que des frais de formation par exemple. Dans le cas contraire, lorsque l'employeur ne parvient pas à procéder au reclassement du salarié, il procédera au licenciement de ce dernier, licenciement qui génèrera aussi un coût direct pour l'entreprise, le salarié percevant des indemnités de licenciement calculées en fonction de son ancienneté dans l'entreprise. De plus, lorsque l'inaptitude du salarié est liée à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, le salarié bénéficie du doublement de l'indemnité légale de licenciement et d'une indemnité égale au montant de l'indemnité de préavis⁸⁸⁰, ce qui représente des coûts directs importants. En sus de tout cela, afin de respecter le formalisme de la procédure d'inaptitude, l'entreprise aura tout intérêt à faire appel à un avocat lorsqu'elle ne dispose pas de juriste en son sein, ce qui représente un coût supplémentaire.

Nous pouvons relever que les TPE invoquent plus souvent que les autres entreprises les difficultés liées au coût financier de l'avis d'inaptitude, notamment lorsque le salarié a une ancienneté importante. D'ailleurs, certains employeurs déplorent le fait que certains salariés proches de la retraite soient déclarés inaptes à leur poste de travail, le départ volontaire à la retraite étant plus avantageux financièrement pour les employeurs.

⁸⁷⁹ Cass. soc., 24 juin 2009, n° 08-42.618, *Bull. civ.*, 2009, V, n° 164.

⁸⁸⁰ Article L.1226-14 du Code du travail.

Conclusion du chapitre 2

Depuis plusieurs années, les salariés sont davantage attentifs au respect par l'employeur de ses obligations en matière de protection de leur santé au travail. Pour autant, les efforts fournis par les employeurs dans ce domaine restent encore insuffisants, et l'analyse de la jurisprudence démontre que l'employeur ne met pas systématiquement en œuvre l'ensemble des mesures destinées à protéger la santé des salariés, ce qui conduit inexorablement à une mise en cause de sa responsabilité civile, voire pénale, permettant ainsi aux salariés d'obtenir une réparation financière du préjudice subi. Pourtant, l'employeur détient en principe l'ensemble des informations qui lui sont nécessaires pour protéger la santé des salariés, par le biais des différentes préconisations émises par le médecin du travail. Néanmoins, l'employeur ne met pas systématiquement en œuvre l'ensemble des préconisations émises par le médecin du travail, ce qui peut conduire à une mise en cause de sa responsabilité civile. De plus, la reconnaissance de la responsabilité civile de l'employeur peut également provenir en partie d'une défaillance du service de santé au travail ou du médecin du travail dans l'exercice de ses missions, ce qui aboutit ensuite à la recherche de la responsabilité civile du service de santé au travail. Par conséquent, nous pouvons affirmer que les causes des contentieux en santé au travail sont multifactorielles, et que l'impact des préconisations émises par le médecin, tant pour les salariés que pour les employeurs, est la source d'une partie de ces contentieux, lesquels pourraient être évités en partie si les avis ne s'imposaient pas aux salariés.

Conclusion du titre 2

Les contentieux autour des avis émis par le médecin du travail reflètent la complexité du système de santé au travail, en raison des différentes parties prenantes (employeurs, salariés, et leurs représentants) et en raison de la multiplicité des voies de contentieux et de contestations possibles en fonction du motif. Cela contribue au manque de lisibilité du système de santé au travail et conduit les médecins du travail à exercer leur activité dans un climat tendu. Nous avons pu démontrer que les causes des contentieux sont multiples, mais il convient de souligner qu'ils traduisent dans la majorité des situations des carences dans la protection de la santé des salariés de la part des employeurs et des insuffisances en termes de conseil de la part des services de santé au travail.

Conclusion de la partie 1

Le système de santé au travail français est original, tant au regard du système de santé au travail des autres pays européens qu'au regard du système de santé global français. En effet, il s'est construit autour de la notion d'aptitude au poste de travail, en parallèle du système de santé global, sans qu'une réelle cohérence ni une quelconque coordination ne se développent entre ces deux systèmes. Par conséquent, le système de santé au travail entre en contradiction directe avec certains principes édictés par le Code de la santé publique. Ce système trouve aujourd'hui ses limites, celui-ci n'ayant pas permis de démontrer réellement son efficacité au regard de la protection de la santé des salariés. Ainsi, les employeurs apparaissent défailants dans la protection de la santé de leurs salariés malgré des obligations légales, réglementaires et jurisprudentielles strictes. De plus, la coopération entre les différents acteurs de la santé au travail est loin d'être optimale, ce qui favorise la survenue de litiges, lesquels sont amenés à évoluer au vu des nouvelles missions dévolues aux médecins du travail. Des pistes d'actions doivent alors être envisagées afin d'améliorer l'efficacité de la prévention des risques professionnels toujours dans ce but originel d'une meilleure protection de l'état de santé des salariés.

PARTIE 2 :

LA POSSIBLE RENAISSANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL APRÈS SON ESSOUFFLEMENT FACE AUX ENJEUX DE PROTECTION DE LA SANTÉ DES SALARIÉS

L'analyse des contentieux dans le domaine de la santé au travail pose question quant à l'efficacité de notre système de santé au travail. La performance des entreprises dans le domaine de la prévention des risques professionnels est à parfaire comme le souligne le rapport LECOCQ, mais les employeurs ne sont pas les seuls acteurs à mettre en cause en ce qui concerne l'insuffisance de protection de la santé des salariés. En effet, le système de santé au travail français dans son ensemble manque de lisibilité et d'efficacité, ce qui est source de litiges en santé au travail (Titre 1). De ce fait, l'ampleur du contentieux est de nature à paralyser le système de santé au travail et à nuire à son efficacité. Pour y remédier, diverses pistes doivent être envisagées (Titre 2).

TITRE 1 : LA REMISE EN QUESTION DE L'EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL

L'efficacité du système de santé au travail peut se mesurer au travers de différents indicateurs, tels que la sinistralité des entreprises ou les différentes enquêtes relatives aux conditions de travail. Au vu des bilans mitigés, relatifs à l'amélioration des conditions de travail, le système de santé au travail a été remanié à plusieurs reprises afin d'en améliorer l'efficacité. Cependant, force est de constater que ces mesures n'ont pas eu les effets escomptés, l'objectif de protection de la santé des travailleurs n'étant pas entièrement atteint. À l'heure actuelle, les employeurs restent guidés par le « *respect formel d'obligations réglementaires* », davantage que par la « *conviction du lien entre performance globale et santé* »⁸⁸¹. Ainsi, de nombreux employeurs ne mettent pas en œuvre une politique de prévention des risques professionnels adaptée et efficace. De même, les services de santé au travail sont également défaillants dans leur obligation, ce qui nuit à la protection de la santé des salariés (chapitre 1). Sans améliorer de manière significative le système de santé au travail actuel, les dernières réformes ont mis l'accent sur l'objectif de prévention primaire des risques professionnels en confiant aux médecins du travail de nouvelles prérogatives. Malgré cela, ces réformes seront certainement à l'origine d'une évolution des contentieux en santé au travail (Chapitre 2).

⁸⁸¹ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », établi par C. LECOCCO, B. DUPUIS, H. FOREST, avec l'appui de H. LANOUZIERE, juillet 2018.

CHAPITRE 1 : LES DÉFAILLANCES DES EMPLOYEURS ET DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL DANS LA PROTECTION DE LA SANTÉ DES SALARIÉS

Au vu des indicateurs relatifs à l'évolution de la santé des salariés, l'efficacité de notre système de santé au travail pose question depuis plusieurs années, ce qui a conduit à une succession de réformes dont l'efficacité reste contrastée. Si l'objectif premier des services de santé au travail est d'éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail, force est de constater qu'en réalité les missions des médecins du travail portent davantage sur la prévention secondaire, voire tertiaire que sur la prévention primaire, en raison notamment du manque de temps consacré par les médecins du travail à la prévention primaire. Le suivi individuel de l'état de santé des salariés tel qu'il est organisé actuellement constitue une mission chronophage pour le médecin du travail. En effet, les services de santé au travail peinent à organiser le suivi individuel de l'état de santé des salariés tel qu'il est prévu réglementairement en raison notamment du manque de médecins du travail, ce qui conduit à une insécurité juridique tant pour les employeurs que pour les services de santé au travail. (Section 1). Par conséquent, la volonté de respecter l'ensemble des dispositions concernant le suivi individuel de l'état de santé des salariés se fait au détriment des actions sur le milieu de travail visant à accompagner l'employeur dans une véritable politique de prévention des risques professionnels. Dans leur majorité, les employeurs n'ont pas su, jusqu'à présent, mettre en œuvre des actions cohérentes et efficaces en vue de protéger efficacement la santé des salariés, ce qui s'est traduit par une croissance des contentieux dans le domaine de la santé au travail. De ce fait, malgré de nombreuses obligations législatives et réglementaires, l'efficacité de la protection de la santé des travailleurs est aujourd'hui remise en cause (section 2).

SECTION 1 : LA REMISE EN QUESTION DE L'EFFICACITÉ DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL DANS L'ORGANISATION DU SUIVI INDIVIDUEL DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES SALARIÉS

« *La médecine du travail a-t-elle un avenir en France ?* »⁸⁸² « *La médecine du travail est-elle menacée ?* »⁸⁸³ « *Mort programmée de la médecine du travail ?* »⁸⁸⁴ Comme le souligne le Professeur SOULAT, « *depuis des années fleurissent des billets ou des textes sur la mort programmée de la médecine du travail* »⁸⁸⁵. Cette interrogation grandissante sur la survie des services de santé au travail résulte notamment de l'impossibilité à laquelle ils ont été confrontés d'organiser le suivi individuel de l'état de santé des salariés, avec les échéances prévues par le Code du travail. Pour qualifier cette impossibilité, le CISME⁸⁸⁶ a utilisé le terme de « *formalité impossible* ». Les défaillances dans l'organisation des visites médicales ont entraîné dans un premier temps une augmentation des litiges entre le salarié et l'employeur pour manquement à son obligation de sécurité de résultat, car rappelons que la jurisprudence considère qu'il appartient à l'employeur de s'assurer que les salariés bénéficient des visites prévues par la réglementation. Par la suite et en réaction directe à leur mise en cause dans le cadre de litiges les opposant à leurs salariés, certains employeurs ont exercé une action récursoire à l'encontre de leur service de santé au travail considérant à juste titre que la faute qui leur était reprochée résultait en réalité d'une incapacité du service de santé au travail à organiser les examens médicaux demandés. Aujourd'hui, après une nouvelle réforme de la santé au travail en 2016 modifiant les règles de suivi individuel de l'état de santé des salariés, nous pouvons nous demander si ces nouvelles dispositions législatives et réglementaires permettront de mettre un terme à la « *formalité impossible* » (§1). En effet, le manque d'efficacité des services de santé au travail dans l'organisation du suivi individuel de l'état de

⁸⁸² J.M. SOULAT, « *La médecine du travail a-t-elle un avenir en France* », Le concours médical, décembre 2015, tome 137, n° 10.

⁸⁸³ P. FRIMAT, « *La médecine du travail est-elle menacée ?* », Revue de droit du travail, 15 février 2011, page 86.

⁸⁸⁴ Syndicat français des artistes interprètes, « *Mort programmée de la médecine du travail ?* » : <https://sfa-cgt.fr/news/372> [Consulté le 11 août 2020].

⁸⁸⁵ J.M. SOULAT, « *La médecine du travail a-t-elle un avenir en France* », Le concours médical, décembre 2015, tome 137, n° 10.

⁸⁸⁶ Le Centre Interservices de Santé et de Médecine Travail en Entreprise (CISME) est devenu au 1^{er} janvier 2018 Prévention, santé, services, entreprises (PRESANSE).

santé des salariés a soulevé la question de leur pérennité, certains employeurs ayant manifesté leur volonté de ne plus financer un système considéré comme défaillant (§2).

§1 – La mise en œuvre du suivi individuel de l'état de santé des salariés : une « formalité impossible » pour les services de santé au travail ?

Les réformes de la santé au travail se sont succédées depuis 2011 alors même que la « médecine du travail » n'avait que peu évolué durant soixante ans. La « formalité impossible » décrite par le CISME a été, pour partie, à l'origine de la Loi du 20 juillet 2011⁸⁸⁷ et de ses décrets d'application⁸⁸⁸, mais les modifications apportées par cette Loi n'ont pas eu les effets escomptés quant à l'amélioration de la capacité des services de santé au travail à remplir leurs obligations réglementaires en termes de suivi individuel de l'état de santé des salariés. Face à ce constat, la Loi du 8 août 2016⁸⁸⁹ a une nouvelle fois augmenté l'espacement des visites dans le suivi individuel de l'état de santé des salariés tout en l'adaptant en fonction des risques professionnels et des fragilités de certains salariés. Cela apparaît pertinent d'autant que le système antérieur n'a pas réellement permis de démontrer son efficacité quant à la protection de la santé des salariés. Néanmoins, nous pouvons nous demander si cette réforme permettra effectivement d'améliorer l'applicabilité des textes relatifs au suivi individuel des salariés (A). D'autre part, nous pouvons souligner que la réglementation n'est pas le seul facteur à prendre en considération pour permettre aux services de santé au travail de remplir leurs obligations réglementaires, la chute de la démographie médicale constituant également un frein à l'applicabilité des différentes obligations législatives et réglementaires en santé au travail (B).

⁸⁸⁷ Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

⁸⁸⁸ Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail ; décret n° 2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail.

⁸⁸⁹ 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 – Vers une amélioration de l’applicabilité des textes relatifs au suivi individuel de l’état de santé des salariés ?

Au fil des réformes, l’espacement entre les visites prévues dans le cadre du suivi individuel de l’état de santé des salariés a été augmenté et davantage confié aux IDEST, afin de faire face à la pénurie de temps médical et ainsi permettre aux médecins de se consacrer à la prévention primaire des risques et au suivi individuel des salariés présentant des fragilités particulières ou exposés à des risques particuliers. Cependant, l’espacement des visites ne peut constituer qu’une réponse partielle à la problématique de suivi individuel des salariés (1). En effet, les modalités d’organisation des visites d’embauche ont peu évolué, ce qui est encore de nature à paralyser le système de santé au travail (2).

1/ L’espacement des visites et des examens médicaux : une réponse partielle aux problématiques de suivi individuel des salariés

Le système de santé au travail français s’est construit essentiellement autour d’un suivi individuel de l’état de santé des salariés. À ce titre, l’employeur doit s’assurer de l’effectivité des visites médicales prévues par les textes, et notamment de la visite médicale d’embauche, laquelle est « *indispensable à la validité du contrat de travail* »⁸⁹⁰.

À l’origine de la médecine du travail, les salariés bénéficiaient d’une visite médicale auprès du médecin du travail tous les ans. En effet, le Code du travail prévoyait que « *tout salarié doit obligatoirement bénéficier d’un examen médical au moins une fois par an en vue de s’assurer du maintien de son aptitude au poste de travail occupé* »⁸⁹¹. Ce n’est qu’en 2004⁸⁹² que l’espacement des visites médicales périodiques auprès du médecin du travail a été porté à vingt-quatre mois pour les salariés relevant d’une surveillance médicale simple, tandis que pour les salariés relevant d’une surveillance médicale renforcée, la visite médicale annuelle a été maintenue jusqu’en 2012. Par la suite, la Loi du 20 juillet 2011 et ses décrets d’application du 30 janvier 2012⁸⁹³ ont autorisé, par le biais de l’agrément des services de santé au travail,

⁸⁹⁰ Cour des comptes, « *L’avenir incertain de la surveillance médicale des salariés* », Semaine Sociale Lamy, 17 décembre 2012, n° 1564.

⁸⁹¹ Ancien article R.241-49 du Code du travail.

⁸⁹² Décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail et modifiant le code du travail.

⁸⁹³ Décrets n° 2012-135 et n° 2012-137 du 30 janvier 2012 relatifs à l’organisation de la santé au travail.

un espacement des examens médicaux au-delà de vingt-quatre mois à condition que des entretiens infirmiers viennent s'intercaler entre les visites médicales et que des actions de prévention collective soient menées par l'équipe pluridisciplinaire. Néanmoins, l'espacement des visites n'a toujours pas permis aux services de santé au travail d'assurer pleinement le suivi individuel de l'état de santé des salariés. Face à cette situation, la Loi du 8 août 2016 et son décret d'application relatif à la médecine du travail⁸⁹⁴ ont modifié le suivi individuel de l'état de santé des salariés, en l'adaptant en fonction de l'état de santé, de l'âge, des conditions de travail et des risques professionnels auxquels sont exposés les salariés⁸⁹⁵. En outre, la délégation du suivi individuel à l'IDEST est également facilitée dans le cadre d'un protocole écrit. Ainsi, seuls les salariés exposés à un poste présentant des risques particuliers pour leur santé ou leur sécurité, pour celle de leurs collègues ou de tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail, bénéficient d'un examen médical d'aptitude préalable à l'affectation sur le poste de travail⁸⁹⁶, réalisé par le médecin du travail, ou par délégation, par le collaborateur médecin. Cet examen d'aptitude est renouvelé périodiquement, dans un délai déterminé par le médecin du travail et au plus tard dans les quatre ans, auquel s'ajoute une visite intermédiaire, qui a lieu au plus tard deux ans après l'examen d'aptitude, laquelle est réalisée par le médecin lui-même, ou par délégation par le collaborateur médecin ou l'IDEST⁸⁹⁷. Pour les autres salariés, la périodicité des visites d'information et de prévention est de cinq ans maximum⁸⁹⁸ ou trois ans maximum pour les travailleurs de nuit, les travailleurs handicapés et les travailleurs titulaires d'une pension d'invalidité⁸⁹⁹. Cette visite peut être réalisée par le médecin du travail lui-même ou par délégation, par l'IDEST ou le collaborateur médecin⁹⁰⁰.

L'espacement des visites, associé à l'élargissement de la possibilité de délégation aux IDEST, permet d'espérer une issue positive à l'impossibilité à laquelle sont confrontés les services de santé au travail pour la réalisation de l'ensemble des visites et examens prévus par la réglementation. D'ailleurs, le rapport de l'IGAS relatif à l'attractivité et à la formation des

⁸⁹⁴ Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail.

⁸⁹⁵ Article L.4624-1 du Code du travail.

⁸⁹⁶ Article R.4624-24 du Code du travail.

⁸⁹⁷ Article R.4624-28 du Code du travail.

⁸⁹⁸ Article R.4624-16 du Code du travail.

⁸⁹⁹ Article R.4624-17 du Code du travail.

⁹⁰⁰ Article L.4624-1 du Code du travail.

professions de santé au travail⁹⁰¹ indique que « *l'application des réformes introduites par la loi du 8 août 2016 permet de régler, à terme, la question de la pénurie des médecins du travail, même s'il perdure une hétérogénéité dans leur répartition géographique* ». En revanche, le SNPST⁹⁰² n'est pas d'accord avec l'analyse de l'IGAS et considère que « *le calcul ne tient pas, entre autres choses parce qu'il se fonde sur l'hypothèse que tous les suivis d'état de santé classiques reviendraient aux infirmiers et que les collaborateurs médecins [...] travailleraient autant que les autres* »⁹⁰³.

Par ailleurs, le nouvel espacement des visites périodiques risque de s'avérer insuffisant pour parer les difficultés globales de réalisation du suivi individuel. Ainsi, il serait nécessaire de mettre en place de nouvelles mesures afin de faire face au nombre important de visites à réaliser au moment de l'embauche.

2/ Les visites réalisées au moment de l'embauche paralysent le système de santé au travail

Encore aujourd'hui, les salariés doivent bénéficier d'une visite au moment de leur embauche lors de la conclusion de chaque contrat de travail. Il existe néanmoins des situations pour lesquelles une nouvelle visite au moment de l'embauche n'est pas obligatoire. Les exceptions à la visite d'embauche ont légèrement évolué avec la réforme du 8 août 2016⁹⁰⁴. En effet, avant le 1^{er} janvier 2017, l'exception à la visite médicale d'embauche nécessitait la réunion de plusieurs conditions cumulatives, lesquelles étaient difficilement réunissables, et, comme le souligne le rapport ISSINDOU, cela « *laiss[ait] peu de place à une réelle minoration du nombre des visites d'embauche* »⁹⁰⁵. En effet, une visite médicale d'embauche n'était pas obligatoire uniquement lorsque les conditions cumulatives suivantes étaient remplies : le salarié devait occuper un emploi identique présentant les mêmes risques d'exposition, le

⁹⁰¹ X. CHASTEL, H. SIAHMED, P. BLEMONT, « *Attractivité et formation des professions de santé au travail* », août 2017, publié en janvier 2018, rapport IGAS n° 2017-023R / IGAENR n° 2017-053, page 3, [3].

⁹⁰² Syndicat national des professionnels de la santé au travail.

⁹⁰³ Éditions législatives, actuEL HSE, « *Le SNPST veut en finir avec la mainmise des employeurs sur la santé au travail* », 20 mars 2018.

⁹⁰⁴ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

⁹⁰⁵ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 24, [87].

médecin du travail devait être en possession de la fiche d'aptitude et aucune inaptitude ne devait être reconnue lors du dernier examen médical⁹⁰⁶. Toutefois, cette dispense d'examen médical à l'embauche n'était pas valable pour les salariés bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée et pour certaines professions et certains modes de travail⁹⁰⁷. De même, une nouvelle visite médicale d'embauche devait être organisée si le salarié ou le médecin du travail l'estimait nécessaire⁹⁰⁸. Malgré l'augmentation de l'espacement des visites médicales introduite par la Loi du 20 juillet 2011⁹⁰⁹, le nombre de visites médicales d'embauche à réaliser chaque année est resté très important⁹¹⁰, ce qui n'a pas permis de mettre un terme à la situation de « formalité impossible ». Par conséquent, il ne semble pas que le nouvel espacement des visites périodiques soit de nature à améliorer efficacement la possibilité pour les services de santé au travail à remplir l'ensemble des obligations réglementaires en termes de suivi individuel, la principale problématique restant la réalisation d'une visite au moment de la conclusion de chaque contrat de travail. Durant plusieurs décennies, cela n'a pas constitué une réelle difficulté en raison de la relative stabilité des contrats de travail et du faible turn-over des salariés. Aujourd'hui, le turn-over est important, ce qui a multiplié le nombre de visites à réaliser au moment de l'embauche. En effet, dans une étude publiée le 25 janvier 2017⁹¹¹, l'UNEDIC met en avant qu'entre 2000 et 2016 les contrats à durée déterminée d'au plus un mois sont passés d'un peu plus de 1,5 million par trimestre à plus de 4 millions. Le nombre de CDD de plus d'un mois est à peu près stable sur cette période et représente environ 1 million de contrats par trimestre. Les missions d'intérim représentent, quant à elles, environ 4 millions de contrats par trimestre en 2016, soit environ 500 000 de plus qu'en 2000. Enfin, le nombre de contrats à durée indéterminée reste, quant à lui, stable sur la période 2000-2016, représentant un peu moins d'un million de contrats par trimestre. Les secteurs les plus concernés par les contrats très courts (moins d'un mois) sont principalement les secteurs de l'hébergement et de la restauration, du commerce, de l'enseignement privé et celui des

⁹⁰⁶ Article R.4624-12 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

⁹⁰⁷ Article R.4624-13 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

⁹⁰⁸ Article R.4624-12 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

⁹⁰⁹ Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

⁹¹⁰ En 2014, l'URSSAF a reçu plus de 22 millions de déclarations préalables à l'embauche (DPAE) pour l'ensemble de la France, hors intérim qui représente à elle seule 16,5 millions de contrats - Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015.

⁹¹¹ UNEDIC, « *Relation de travail et contrats de moins d'un mois : quelle place dans le marché du travail en France* », 25 janvier 2017.

activités de services administratifs. Dans les secteurs tels que ceux des arts, du spectacle, de l'édition, de l'audiovisuel ou de l'hébergement médico-social, la tendance est aux contrats très courts de quelques jours seulement. Globalement, la DARES indique que la durée moyenne des CDD a été divisée par plus de deux entre 2001 et 2017, passant de 112 jours à 46 jours. De même, les contrats d'une journée représentaient 8 % des CDD en 2001 alors qu'ils représentent 30 % des CDD en 2017.⁹¹²

La réforme du 8 août 2016 n'a pas apporté de solution aux difficultés liées à la réalisation des visites d'embauche pour les contrats de courte durée. Pourtant, l'article L.4625-1-1 du Code du travail avait laissé ouverte une brèche pour l'amélioration de l'effectivité du suivi individuel des salariés en contrat court, ce texte prévoyant qu'un « *décret en Conseil d'État prévoit les adaptations des règles [pour le suivi individuel des] [...] salariés en contrat à durée déterminée. Ces adaptations leur garantissent un suivi individuel de leur état de santé d'une périodicité équivalente à celle du suivi des salariés en contrat à durée indéterminée.* » De plus, le décret devait prévoir « *les modalités d'information de l'employeur sur le suivi individuel de l'état de santé de son salarié et les modalités particulières d'hébergement des dossiers médicaux en santé au travail et d'échanges d'informations entre médecins du travail* »⁹¹³. Cependant, le décret n'a pas permis de faire évoluer le dispositif actuel puisqu'il prévoit simplement que l'ensemble des dispositions concernant le suivi individuel des salariés est applicable aux travailleurs titulaires d'un contrat à durée déterminée⁹¹⁴. Cela signifie que pour ces salariés, il n'existe aucune disposition spécifique pour l'organisation de leur suivi individuel contrairement à ce qui était prévu par le texte de Loi. Ainsi, les salariés en contrat à durée déterminée doivent bénéficier d'une visite d'information et de prévention initiale lors de leur prise de fonction ou d'un examen médical d'aptitude préalablement à l'embauche uniquement lorsqu'ils bénéficient d'un suivi individuel renforcé. Une visite d'information et de prévention n'est pas nécessaire si et seulement si les conditions suivantes sont réunies⁹¹⁵ : le travailleur est appelé à occuper un emploi identique présentant des risques d'exposition équivalents, le professionnel de santé (médecin ou IDEST) est en possession de la dernière attestation de suivi ou du dernier avis d'aptitude datant de moins de cinq ans ou trois ans pour

⁹¹² DARES Analyses, « *CDD, CDI : comment évoluent les embauches et les ruptures depuis 25 ans* », n° 026, juin 2018.

⁹¹³ Article L.4625-1-1 du Code du travail.

⁹¹⁴ Article R.4625-1 du Code du travail.

⁹¹⁵ Article R.4624-15 du Code du travail.

certaines salariés⁹¹⁶, aucune mesure d'aménagement, d'adaptation, de transformation de poste et aucun avis d'inaptitude n'a été émis au cours des cinq dernières années ou, pour certains salariés⁹¹⁷ au cours des trois dernières années. Les conditions de dispense d'examen médical d'aptitude à l'embauche pour les salariés bénéficiant d'un suivi individuel renforcé sont identiques, mais la fiche d'aptitude est valable uniquement deux ans⁹¹⁸. Même si les conditions de dispense de visite d'information et de prévention initiale ou d'examen médical d'aptitude à l'embauche ont évolué avec la dernière réforme de 2016, il apparaît qu'elles sont toujours difficiles à rassembler pour permettre une réelle minoration du nombre de visites à réaliser. Tout d'abord, le professionnel de santé doit être en possession de la dernière fiche de suivi ou d'aptitude. Cette condition est extrêmement difficile à satisfaire en pratique, car il n'existe pas de base commune à tous les services de santé au travail permettant de regrouper l'ensemble des attestations de suivi des salariés. Pour cela, il conviendrait d'être autorisé à utiliser un numéro d'identifiant unique pour les salariés, tel que le numéro de sécurité sociale, ce que la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) ne permet pas encore. Ensuite, le poste doit présenter des risques d'exposition équivalents, ce qui signifie que les risques inhérents au poste soient parfaitement connus au moment de l'embauche et que l'on puisse déterminer avec précision qu'il s'agit de risques équivalents. Par conséquent, la possibilité de dispense prévue par les textes ne permettra pas une diminution significative des demandes de visites au moment de l'embauche du fait de la grande difficulté pour réunir l'ensemble des conditions permettant sa mise œuvre. Or, le nombre de visites réalisées au moment de l'embauche représente encore aujourd'hui une part importante de l'ensemble des visites réalisées par les services de santé au travail. Alors que ces visites représentaient environ 30 % des demandes d'examen en 2012⁹¹⁹, elles ont atteint 39 % en 2017⁹²⁰, ce qui témoigne de la part importante de temps médical qu'elles continuent d'occuper.

⁹¹⁶ Travailleurs mentionnés à l'article R.4624-17 du Code du travail : travailleurs de nuit, travailleurs handicapés, travailleurs qui déclarent être titulaires d'une pension d'invalidité.

⁹¹⁷ Travailleurs mentionnés à l'article R.4624-17 du Code du travail : travailleurs de nuit, travailleurs handicapés, travailleurs qui déclarent être titulaires d'une pension d'invalidité.

⁹¹⁸ Article R.4624-27 du Code du travail.

⁹¹⁹ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 26, [98].

⁹²⁰ COCT, Ministère du Travail, Direction générale du travail, « *Conditions de travail – Bilan 2018* », 2019, page 85.

Pour conclure, la possibilité pour les médecins du travail de déléguer davantage le suivi individuel des salariés aux IDEST, associée à l'espace des visites notamment pour les salariés sans risques particuliers permettront sans doute aux services de santé au travail de mieux satisfaire leurs obligations réglementaires en termes de suivi individuel. Cependant, la réforme n'a pas exploité pleinement ses possibilités, notamment en ce qui concerne les salariés en contrats courts. En effet, le nombre de visites à réaliser au moment de l'embauche sera toujours de nature à entraver l'effectivité du suivi individuel des salariés, en raison du temps médical et infirmier que cela requiert alors même que son efficacité n'est pas démontrée en ce qui concerne la protection de la santé des salariés. Ce temps médical est un élément essentiel à prendre en considération afin d'évaluer la capacité des services de santé au travail à remplir leur mission.

B – La chute de la démographie médicale : un frein au suivi en santé au travail des salariés

Les services de santé au travail font face depuis plusieurs années à une pénurie de temps médical ; afin de pallier ce phénomène, le rôle de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail a été renforcé et la réglementation a permis l'embauche de médecins collaborateurs. Malgré ces efforts, la pénurie de médecins du travail reste problématique, cela étant préjudiciable à la mission des services de santé au travail. Aujourd'hui, la démographie médicale ne permet pas aux médecins du travail de remplir l'ensemble de leurs missions, ce qui met en échec le suivi en santé au travail des salariés (1). Plusieurs paramètres peuvent expliquer cette chute de la démographie médicale, mais le manque d'attractivité de la profession constitue un facteur clé (2).

1/ La pénurie de temps médical : facteur de mise en échec du suivi en santé au travail des salariés

Avant la réforme du 20 juillet 2011, les difficultés liées à la pénurie de médecins du travail étaient déjà présentes. Madame AMAUGER-LATTES affirmait déjà, comme de nombreux autres auteurs, que « *les acteurs de la santé au travail que sont les employeurs, les services de santé au travail interentreprises et les médecins du travail ne sont plus en mesure*

de respecter les exigences légales » et que « les services de santé au travail assistent impuissants à la fonte de leurs effectifs médicaux »⁹²¹. La réforme du 20 juillet 2011 n'a malheureusement pas permis d'enrayer ce phénomène. Sur la période 2007-2016, « le tableau de l'Ordre recense 85 064 médecins spécialistes médicaux en activité régulière ; soit une augmentation de 7 % des effectifs ». Pourtant, sur la même période, « la médecine du travail est la deuxième spécialité médicale qui recense une forte baisse de ses effectifs en activité régulière (-14,6 %) »⁹²². Ainsi, selon les chiffres du CNOM⁹²³, en 2016, la France⁹²⁴ comptait 5168 médecins du travail contre 6052 en 2007, soit une diminution de 14,6 % en l'espace de 9 ans. Ce calcul ne prend pas en considération le temps de travail réalisé par les médecins, ce qui signifie qu'en équivalent temps plein, le nombre de médecins du travail est en deçà des chiffres donnés par le CNOM. Or, la population des médecins du travail est en majeure partie féminine, ce qui implique davantage de contrats de travail à temps partiel⁹²⁵. Selon les chiffres publiés par le CNOM, en 2016, la France comptait 1500 médecins du travail hommes et 3668 femmes, soit plus de 70 % de femmes.

Comme le souligne le Professeur CHOUDAT, « du fait de la pyramide des âges, le déficit actuel va encore s'aggraver dans les années à venir »⁹²⁶. En France, l'âge moyen des médecins du travail est de 55 ans et 40 % ont plus de 60 ans⁹²⁷. La moyenne d'âge élevée des médecins du travail laisse présager une forte diminution des médecins du travail dans les années à venir. À ce titre, la DREES⁹²⁸ a estimé la diminution de l'effectif total des médecins du travail entre 2006 et 2030 à 61,7 %, passant ainsi de 6139 médecins du travail en 2006 à 2353 médecins d'ici 2030.

⁹²¹ M. C. AMAUGER-LATTES, « Pénurie de médecins du travail et visites médicales obligatoires — Quelles responsabilités ? Quelles perspectives ? », Droit social, 2011, pages 351 à 360.

⁹²² Conseil national de l'Ordre des médecins, « Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2016 », réalisé par Madame LE BRETON-LEROUVILLOIS, sous la direction du Docteur RAULT, page 33.

⁹²³ Conseil national de l'Ordre des médecins, « Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2016 », réalisé par Madame LE BRETON-LEROUVILLOIS, sous la direction du Docteur RAULT, page 242

⁹²⁴ Métropole et DOM TOM.

⁹²⁵ INSEE Références, « Emploi, chômage, revenus du travail », fiche « Temps et conditions de travail », édition 2017.

⁹²⁶ L. TANNEAU, « Médecins du travail la perle rare (et chère) », Liaisons sociales magazine, mai 2016, n° 172.

⁹²⁷ Rapport « Aptitude et médecine du travail », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 32.

⁹²⁸ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

La chute de la démographie médicale des médecins du travail a porté atteinte à l'efficacité du système de santé au travail, remettant ainsi en cause la pérennité des services de santé au travail tels qu'ils ont été conçus historiquement, c'est-à-dire centrés sur l'activité médicale.

En outre, l'inéquitable répartition des médecins du travail sur le territoire français accentue l'inefficacité de notre système de santé au travail global. À titre d'exemple, dans la région Normandie, la démographie de médecin du travail a chuté de 26,3 % entre 2007 et 2016⁹²⁹. De même, dans le département des Deux-Sèvres, on observe une diminution de la démographie de 57,1 % alors que la ville de Paris enregistre une diminution de médecins de seulement 10 %. Face à ce constat d'iniquité quant à la démographie médicale sur le territoire, la réforme de 2011 avait permis un espacement plus important des visites médicales par le biais de l'agrément délivré par la DIRECCTE. Le critère de variabilité de l'espacement des visites était principalement la démographie médicale du service de santé au travail au détriment des besoins en santé des salariés. En effet, le rapport ISSINDOU souligne qu'en fonction du service de santé au travail, l'agrément pouvait prévoir un espacement des visites de l'ordre de soixante ou soixante-douze mois⁹³⁰.

Alors que la démographie médicale diminue, le champ des missions du médecin du travail et de l'équipe pluridisciplinaire concernant les actions sur le milieu de travail s'est étendu : « *Inexorablement, le nombre de médecins du travail diminue, alors que leurs missions vis-à-vis des salariés et des entreprises se multiplient et se complexifient* »⁹³¹. Ainsi, les médecins du travail sont face à une injonction paradoxale consistant à devoir effectuer davantage d'actions dans un temps de plus en plus restreint. Si la chute de la démographie médicale est en partie compensée par le développement de l'équipe pluridisciplinaire, il convient de souligner que « *le déploiement de la pluridisciplinarité n'a pas encore atteint tous ses objectifs* »⁹³². La Loi du

⁹²⁹ Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2016* », réalisé par Madame LE BRETON-LEROUVILLOIS, sous la direction du Docteur RAULT, page 242.

⁹³⁰ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 32, [139].

⁹³¹ S. FANTONI, F. HEAS, P. Y. VERKINDT, « *La santé au travail après la loi du 8 août 2016* », Droit social 2016, n° 11, pages 921 à 927.

⁹³² Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 36, [172].

20 juillet 2011⁹³³ a instauré l'obligation pour les services de santé au travail de constituer au moins une équipe pluridisciplinaire, mais cette obligation consiste seulement dans l'organisation d'une équipe pluridisciplinaire, il existe alors une « *grande hétérogénéité dans la façon dont la pluridisciplinarité s'est mise en place* »⁹³⁴. En outre, même si la pluridisciplinarité s'est développée, elle suppose du temps et des compétences spécifiques pour l'animation et la coordination et soulève de nombreuses questions auxquelles les médecins du travail n'ont pas été suffisamment préparés.

En sus de la pyramide des âges peu favorable à la stabilisation des effectifs des médecins du travail, la chute de la démographie médicale peut être expliquée en partie par le manque d'attractivité de la profession pour les étudiants en médecine.

2/ Le manque d'attractivité de la profession de médecin du travail

La pénurie de médecins du travail en France est principalement due à un manque de candidats, ce qui signifie qu'il existe un défaut d'attractivité de la spécialité de médecine du travail, lequel peut être lié à plusieurs facteurs. Tout d'abord, le Docteur F. SIMON⁹³⁵ souligne que « *quand un jeune a choisi de faire médecine pour soigner, la médecine du travail ne fait pas rêver* »⁹³⁶. Le Professeur CHOUDAT, quant à lui, met l'accent sur le fait que les étudiants en médecine n'entendent presque jamais parler de la médecine du travail durant leur cursus. Ainsi, le manque d'attractivité de la profession est en partie dû à une méconnaissance de cette spécialité. D'ailleurs, un interne en médecine du travail indique dans un article de la Presse Médicale⁹³⁷ qu'en commençant ses études il ne se projetait pas dans cette voie, et poursuit en indiquant que les étudiants ont « *très peu d'informations sur cette spécialité durant les premières années de formation* » et qu'il est alors « *difficile [...] de s'y identifier* ». D'ailleurs, le Professeur FRIMAT indique que sur six années d'études, la médecine du travail représente

⁹³³ Article L.4622-8 du Code du travail.

⁹³⁴ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 36, [172].

⁹³⁵ Président de la section exercice professionnel au Conseil national de l'Ordre des médecins.

⁹³⁶ L. TANNEAU, « *Médecins du travail la perle rare (et chère)* », Liaisons sociales magazine, mai 2016, n° 172.

⁹³⁷ R. ALCARAZ-MOR, « *Pourquoi je suis interne en médecine et santé au travail et pourquoi j'en suis ravi !* », Presse médical, 2017.

seulement vingt heures de cours⁹³⁸. De ce fait, peu d'étudiants en médecine « *ont intégré la diversité des actions à mener par le médecin du travail dans l'exercice de sa spécialité, actions individuelles et collectives* »⁹³⁹. D'une manière générale, nous pouvons souligner que la médecine de prévention est peu valorisée par rapport à la médecine curative. Le Docteur HUEZ explique quant à lui que le manque d'attractivité de la profession est lié au rôle central de « l'aptitude », et il indique que « *le concept d'aptitude a « tué » la médecine du travail* »⁹⁴⁰. La vérification systématique de l'aptitude des salariés à occuper leur poste de travail a en effet dégradé l'image de la médecine du travail et cela a empêché le médecin du travail d'exercer l'ensemble de ses missions, son temps de travail étant consacré en grande partie aux visites médicales et à la vérification systématique de l'aptitude médicale des salariés. Par conséquent, vu de l'extérieur, et notamment du point de vue des étudiants en médecine, le rôle du médecin du travail se résume à une tâche binaire consistant à se prononcer sur l'aptitude ou l'inaptitude des salariés à occuper leur poste, alors que le réel panel d'actions du médecin du travail est bien plus complexe, passionnant et diversifié.

Face à ces constats, il n'est pas surprenant que les postes ouverts à l'internat en médecine du travail ne soient pas davantage pourvus. Le rapport ISSINDOU⁹⁴¹ relève qu'« *en 2014, sur 177 postes ouverts à l'internat de médecine du travail, 60 ont été non pourvus, soit 66 % de postes pourvus alors que, pour l'ensemble des spécialités médicales, 96,7 % des postes sont pourvus.* » En 2017, sur les 137 postes ouverts, seuls 89 ont été pourvus, soit à peine 65 %⁹⁴². En 2018, la proportion de postes pourvus est supérieure (environ 86 %), même si ce chiffre est à relativiser, car le nombre de postes ouverts ne cesse de diminuer (105 postes pourvus sur les 122 postes ouverts)⁹⁴³. Par conséquent, la problématique ne semble pas provenir du nombre de postes ouverts pour la spécialité de médecine du travail, mais bien de l'attractivité

⁹³⁸ L. TANNEAU, « *Médecins du travail la perle rare (et chère)* », Liaisons sociales magazine, mai 2016, n° 172.

⁹³⁹ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 33.

⁹⁴⁰ F. CHAMPEAUX, « *Bilan et perspectives sur le travail* », Semaine sociale Lamy, 13 novembre 2017, n° 1790.

⁹⁴¹ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 32, [145].

⁹⁴² MedShake.net, « *Statistiques ECN 2017 par spécialités* » :

<https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/concours-2017/specialites/> [Consulté le 14 août 2020].

⁹⁴³ MedShake.net, « *Statistiques ECN 2019 par spécialités* » :

<https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/concours-2019/specialites/> [Consulté le 14 août 2020].

de la profession. À ce titre, le rapport ISSINDOU souligne que « *l'augmentation du numérus clausus des internes de médecine du travail n'apparaît pas actuellement comme un levier pertinent pour augmenter la démographie des médecins du travail.* »

Afin de pallier le manque d'attractivité de la profession de médecin du travail, la Loi du 8 août 2016⁹⁴⁴ a prévu que « *dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet[te] au Parlement un rapport présentant des propositions pour renforcer l'attractivité de la carrière de médecin du travail, pour améliorer l'information des étudiants en médecine sur le métier de médecin du travail, la formation initiale des médecins du travail ainsi que l'accès à cette profession par voie de reconversion.* ». De multiples auditions ont eu lieu, ce qui a conduit à la publication d'un rapport réalisé par l'IGAS en janvier 2018⁹⁴⁵ proposant différentes mesures, telles que l'évolution de la spécialité vers « *une médecine du travail et environnementale* », la modification « *de l'enseignement du deuxième cycle* », « *la réforme du troisième cycle des études médicales* », une extension de prescription octroyée au médecin du travail, et enfin l'intégration du médecin du travail dans le parcours de santé.

Face à ce que certains médecins appellent « *une pénurie organisée* »⁹⁴⁶, il n'est pas certain que les propositions avancées par ce rapport soient de nature à modifier en profondeur l'attractivité de la profession et à lutter de manière efficace contre la baisse de la démographie médicale.

La pénurie de temps médical a été à l'origine des insuffisances des services de santé au travail dans l'organisation du suivi individuel de l'état de santé des salariés, ce qui a entraîné une croissance des contentieux dans le domaine de la santé au travail. Ce phénomène a conduit certains employeurs à exprimer leur volonté de ne plus financer ce système considéré comme défaillant.

⁹⁴⁴ Article 104 de 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.

⁹⁴⁵ X. CHASTEL, H. SIAHMED, P. BLEMONT, « *Attractivité et formation des professions de santé au travail* », août 2017, publié en janvier 2018, rapport IGAS n° 2017-023R / IGAENR n° 2017-053.

⁹⁴⁶ Docteur KERYER, secrétaire nationale chargée de la santé au travail à la CFE-CGC — L. TANNEAU, « *Médecins du travail la perle rare (et chère)* », Liaisons sociales magazine, mai 2016, n° 172.

§2 – La volonté des employeurs de ne plus financer un système de santé au travail défaillant

Les services de santé au travail sont financés par les employeurs, lesquels attendent en retour des cotisations versées qu'ils remplissent l'ensemble de leurs missions prévues par le Code du travail. La défaillance des services de santé au travail dans l'accomplissement de leurs missions a entraîné de nombreux contentieux au cours de ces dernières années, impactant directement la responsabilité des employeurs. Les services de santé au travail devaient et doivent encore aujourd'hui faire face à nombre de demandes de visites surpassant ce qu'ils sont en mesure de mettre en œuvre. Cette « formalité impossible » a été et sera probablement encore à l'origine de litiges (A), lesquels ne sont pas sans conséquence sur la pérennité des services de santé au travail (B).

A – Les défaillances dans l'organisation du suivi individuel de l'état de santé des salariés à l'origine de contentieux en santé au travail

L'organisation d'un suivi individuel régulier de l'état de santé des salariés doit permettre de vérifier que leurs conditions de travail ne sont pas à l'origine d'une dégradation de leur état de santé. Ainsi, les défaillances dans l'organisation du suivi individuel de l'état de santé des salariés ont des conséquences sur la préservation de l'état de santé des salariés. À ce titre, l'employeur étant débiteur d'une obligation de sécurité à l'égard de ses salariés, sa responsabilité civile et/ou pénale pourra être recherchée, ce qui pourra conduire l'employeur à rechercher à son tour la responsabilité civile du service de santé au travail responsable de la défaillance (1). En réponse à ce cercle vicieux et afin de limiter la reconnaissance des responsabilités respectives des employeurs et des services de santé au travail, des solutions peuvent et doivent être envisagées (2).

1/ La mise en cause de la responsabilité des employeurs et des services de santé au travail

La « formalité impossible » liée à la réalisation de l'ensemble des visites et examens médicaux prévus par le Code du travail a entraîné une augmentation des contentieux relatifs à la défaillance des employeurs dans leurs obligations relatives au suivi individuel de leurs

salariés. La Cour de cassation, se fondant sur l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur, considère que ce dernier doit « *assurer l'effectivité* » des examens médicaux⁹⁴⁷. Ainsi, pendant longtemps, la Cour de cassation a considéré que le manquement de l'employeur dans l'organisation des visites médicales causait nécessairement un préjudice au salarié, avant de revenir sur cette position en 2018. Elle considère désormais que le salarié qui n'a pas bénéficié d'une visite médicale d'embauche doit démontrer avoir subi un préjudice afin d'obtenir la réparation du préjudice subi⁹⁴⁸. De même, la chambre criminelle de la Cour de cassation⁹⁴⁹ a également reconnu la responsabilité pénale de l'employeur pour manquement dans l'organisation des examens médicaux. Elle considère que le salarié est fondé à demander la réparation du préjudice subi du fait de l'absence de visite médicale, et ce, même si l'employeur démontre que l'absence de visite résulte d'une carence du service de santé au travail, ce qui signifie que l'employeur est, quoi qu'il en soit, tenu responsable de l'absence de visite. Lorsque cette absence de visite est le résultat d'une défaillance de la part de l'employeur, par exemple parce qu'il a omis d'organiser les examens médicaux, seule sa responsabilité peut être engagée, l'employeur ne pouvant pas se retourner contre son service de santé au travail. En revanche, lorsque le manquement de l'employeur est dû à une carence du service de santé au travail, la Cour de cassation admet la possibilité pour l'employeur d'effectuer une action récursoire à l'encontre du service de santé au travail, ce qui a conduit certains employeurs à intenter une action en responsabilité civile à l'égard de leur service de santé au travail en raison du préjudice subi. À ce titre, la Cour de cassation⁹⁵⁰ a rendu une décision à propos d'un employeur ayant cessé de payer ses cotisations sur une année en invoquant « *des dysfonctionnements récurrents du service dans la mise en œuvre des examens médicaux obligatoires* ». En réponse à la réclamation par le service de santé au travail de la cotisation, l'employeur a demandé l'allocation de dommages-intérêts d'un montant égal à la cotisation réclamée par le service de santé au travail. La Cour de cassation a admis la demande de l'employeur dans la mesure où « *ces défaillances d'un service de santé au travail dans l'exécution de sa mission constituaient une infraction pénale commise par l'employeur, qui se trouvait également confronté à un déficit d'informations déterminantes pour*

⁹⁴⁷ Cass. soc., 5 octobre 2010, n° 09-40.913, Inédit.

⁹⁴⁸ Cass. soc., 27 juin 2018, n° 17-15.438, Inédit.

⁹⁴⁹ Cass. crim., 12 janvier 2016, n° 14-87.695, *Bull. crim.*, 2016, n° 6.

⁹⁵⁰ Cass. civ. 1^{ère}, 19 décembre 2013, n° 12-25.056, *Bull. civ. I*, 2013, n° 256.

l'accomplissement des actions de prévention et le respect des obligations qui lui incombent dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail ».

Nous pouvons en conclure que la pénurie de temps médical a été directement à l'origine de contentieux en santé au travail. Cette « formalité impossible » a aussi généré des tensions entre les employeurs et les services de santé au travail, et bien que l'ensemble des employeurs n'intentent pas d'action en justice lorsque le service de santé au travail manque à ses obligations, ils sont par contre nombreux à faire part de leur mécontentement par écrit auprès du médecin du travail ou du service de santé au travail.

2/ La recherche de solutions visant à limiter la responsabilité civile des employeurs et des services de santé au travail

Afin de faire face aux contentieux directement liés à la pénurie de médecins du travail, Monsieur JOVER envisageait dans son travail de thèse⁹⁵¹ deux solutions, la première consistant à considérer que l'absence de visite médicale ne cause pas nécessairement un préjudice aux salariés. En effet, selon lui, cela permettrait de limiter la responsabilité de l'employeur aux seules situations pour lesquelles le salarié démontre avoir subi un préjudice du fait de l'absence de visite médicale. Cela présente toutefois des limites dans la mesure où il sera très difficile pour un salarié de démontrer que l'absence de visite lui a causé un préjudice, sauf en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. La garantie pour le salarié de bénéficier d'un suivi individuel de son état de santé serait alors largement compromise, et les employeurs pourraient être plus négligents dans l'organisation du suivi individuel des salariés. Le 27 juin 2018, trois ans après la publication de la thèse de Monsieur JOVER, la Cour de cassation⁹⁵² a opéré un revirement de jurisprudence sur les conséquences de l'absence de visite d'embauche et considère désormais que le salarié qui n'a pas bénéficié d'une visite médicale d'embauche doit démontrer avoir subi un préjudice pour bénéficier d'une réparation.

⁹⁵¹ A. F. JOVER, « *Les métamorphoses des services de santé au travail — entre santé au travail et santé publique* », thèse soutenue le 16 mai 2015 sous la direction de B. TEYSSIE.

⁹⁵² Cass. soc., 27 juin 2018, n° 17-15.438, Inédit.

La seconde option avancée par Monsieur JOVER consisterait en la mise en place d'un fonds national de solidarité financé par l'État, permettant ainsi aux employeurs et aux services de santé au travail de ne plus financer directement les conséquences pécuniaires de l'absence de visite médicale. Cette solution consisterait en la mutualisation des conséquences des manquements des employeurs et des services de santé au travail dans l'organisation du suivi individuel des salariés. Ce système nécessiterait que l'ensemble des employeurs alimentent le fonds national de solidarité, ce qui est source d'iniquité. En effet, les employeurs remplissant leurs obligations seraient tout de même contraints de payer en sus de la cotisation annuelle au service de santé au travail une somme destinée à alimenter ce fonds, ce qui conduirait très certainement à un désengagement des employeurs face à leur responsabilité, lequel nuirait fortement à la mise en œuvre effective du suivi individuel des salariés.

Pour conclure, il ressort que ces deux propositions n'apporteraient qu'une solution partielle à la problématique d'organisation du suivi individuel de l'état de santé des salariés. Il conviendrait alors d'envisager d'autres pistes, car les manquements des services de santé au travail dans ce domaine remettent en cause leur propre pérennité.

B – La remise en cause de la pérennité des services de santé au travail

Les services de santé au travail assurent une prestation de service auprès des employeurs adhérents, laquelle permet aux employeurs de remplir en partie leurs obligations en termes de prévention des risques professionnels. Sans les actions menées par le médecin du travail et son équipe pluridisciplinaire, l'employeur ne serait pas en mesure de satisfaire à l'ensemble de ses obligations. En ce sens, les services de santé au travail doivent être mis face à leur responsabilité lorsqu'ils ne mettent pas tous les moyens en œuvre pour accomplir au mieux leur mission. Néanmoins, il convient de souligner que les services de santé au travail ne sont pas des prestataires de services comme les autres. En effet, ce sont des associations à but non lucratif organisées par les employeurs eux-mêmes⁹⁵³. Le Code du travail précise que « *les dépenses afférentes aux services de santé au travail sont à la charge (exclusive) des employeurs.* »⁹⁵⁴, ce qui signifie que les SSTI sont financés par le biais des cotisations des

⁹⁵³ Article L.4622-1 du Code du travail.

⁹⁵⁴ Article L.4622-6 du Code du travail.

employeurs. Le taux de cotisation est déterminé dans les statuts du service de santé au travail et il appartient à l'Assemblée générale ou au Conseil d'administration d'en fixer le montant. Cette cotisation comprend la prestation de suivi individuel des salariés, mais également celle des actions sur le milieu du travail réalisées par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail ainsi que les autres missions dévolues aux services de santé au travail, telles que la participation au CSE, la veille sanitaire, etc.

La cotisation étant la contrepartie de prestations, certains employeurs acceptent difficilement le fait de payer la cotisation lorsque le service de santé au travail ne remplit pas l'ensemble de ses obligations en matière de suivi individuel ou d'actions de prévention, raison pour laquelle ils intentent parfois une action récursoire à l'égard de leur service de santé au travail lorsque leur responsabilité civile ou pénale est reconnue. Cependant, d'un point de vue pécunier, la mise en cause de la responsabilité du service de santé au travail est discutable dans la mesure où il « *fonctionne au moyen de subventions versées par les employeurs adhérents, ce qui réduit l'opportunité de l'action* »⁹⁵⁵. En effet, au sein des SSTI, « *l'action en responsabilité emporte mutualisation du risque de dysfonctionnement de la structure en augmentant le montant des cotisations de chacun* »⁹⁵⁶. Cela signifie que le service de santé au travail reverra à la hausse les cotisations globales des adhérents afin de compenser la sanction pécuniaire prise à son encontre, dans l'hypothèse où sa responsabilité civile est reconnue.

Par ailleurs, certains employeurs soulèvent également une autre problématique relative au mode de calcul de la cotisation, laquelle est identique pour l'ensemble des entreprises adhérentes à un même service de santé au travail, quels que soient les besoins et les ressources internes de l'entreprise. À ce titre, le rapport « ISSINDOU »⁹⁵⁷ souligne que « *les entreprises les plus importantes [...] disposent déjà souvent en interne de tout ou partie des compétences que met à disposition le SSTI* ». De ce fait, les grandes entreprises « *s'interrogent sur l'obligation de payer une cotisation qui ne couvre en fait que le suivi de santé des salariés* ».

⁹⁵⁵ A. F. JOVER, « *Les métamorphoses des services de santé au travail — entre santé au travail et santé publique* », thèse soutenue de 16 mai 2015, sous la direction de B. TEYSSIE.

⁹⁵⁶ A. F. JOVER, « *Les métamorphoses des services de santé au travail — entre santé au travail et santé publique* », thèse soutenue de 16 mai 2015, sous la direction de B. TEYSSIE.

⁹⁵⁷ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSELIN, mai 2015, page 70, [386].

Les petites entreprises, quant à elles, « *ne sont pas en mesure de formuler une demande d'intervention de l'équipe pluridisciplinaire n'imaginant pas en quoi elle pourrait les aider* ». Dans ces situations, la cotisation annuelle peut alors être perçue, par les grandes entreprises comme par les plus petites, comme « *trop élevée par rapport aux prestations dont elles bénéficient* ».

Cette critique à l'égard de la cotisation a été soulevée par nombre d'adhérents des services de santé au travail à la suite de la réforme de la santé au travail en 2016, les adhérents s'interrogeant sur une éventuelle diminution de la cotisation en lien avec l'espace des visites et la délégation d'une partie des visites à l'IDEST. À ce sujet, le CISME⁹⁵⁸ a répondu dans son dossier de presse de janvier 2017⁹⁵⁹ à la question suivante des adhérents : « *Les visites médicales seront moins systématiques. Les cotisations des entreprises vont-elles baisser ?* ». Le CISME (Persanes) rappelle que « *la prise en compte de l'ensemble des missions dévolues à un SSTI par la loi est nécessaire pour considérer les moyens financiers à mobiliser pour leur réalisation. La surveillance de l'état de santé n'est qu'une des 4 missions des Services : l'action en entreprise, le conseil, et la traçabilité et la veille sanitaire requièrent également des infrastructures et des moyens humains importants.* » Le CISME rappelle également que le volume des visites, dites non périodiques, ne cesse d'augmenter, et notamment celui des visites de reprise ou de celles demandées par les salariés ou par les employeurs. Nous pouvons souligner que la cotisation est encore perçue par nombre d'employeurs comme la contrepartie du suivi individuel, or, la cotisation est bien la contrepartie d'une offre globale de service comprenant aussi bien le suivi individuel de l'état de santé des salariés que les actions sur le milieu de travail. Dans un contexte où les efforts des services de santé au travail doivent être portés sur la prévention primaire et notamment sur les actions sur le milieu de travail, les services de santé au travail doivent parvenir à démontrer aux employeurs quelle est leur valeur ajoutée pour la prévention primaire des risques, cette prestation justifiant en grande partie la cotisation d'autant qu'elle peut donner lieu à un réel retour sur investissement sur le long terme, lorsqu'elle est mise en place de manière sérieuse et durable.

⁹⁵⁸ Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise (CISME).

⁹⁵⁹ CISME, dossier de presse, « *Janvier 2017 : Décret relatif à la « modernisation de la médecine du travail* », page 13.

Depuis plusieurs années, il existe une volonté de la part de certains employeurs de ne plus financer ce système, ces derniers estimant que les services de santé au travail ne sont plus en mesure d'assurer correctement leurs missions. À l'occasion du projet de Loi pour la croissance et l'activité en 2014, « le Président de la République a [...] laissé entendre que les visites d'embauche pourraient être réalisées par un médecin généraliste »⁹⁶⁰. Cependant, le rapport ISSINDOU a « exclu l'hypothèse d'une visite d'embauche par un médecin généraliste », car cela « empêcherait ce premier contact indispensable avec les services de santé au travail ». Le rapport souligne également « la spécificité de la médecine du travail qui allie connaissance des postes de travail, de l'entreprise et médecine clinique dans une logique de prévention »⁹⁶¹. La question de la survie des services de santé au travail, tels qu'ils existent aujourd'hui, a donc fait couler beaucoup d'encre ces dernières années. La réforme de la santé au travail de 2016 a maintenu la logique du système de santé au travail existant en adaptant toutefois le suivi individuel de l'état de santé des salariés vers un suivi davantage ciblé vers les salariés exposés à des risques particuliers ou présentant une fragilité particulière.

Pour conclure, la judiciarisation de la santé au travail met en exergue les dysfonctionnements du système de santé au travail, mais contribue aussi au déclin de l'efficacité de ce système. Les services de santé au travail se trouvent aujourd'hui à un tournant majeur de leur évolution et face à la menace pesant sur leur pérennité, ils doivent démontrer qu'ils sont en mesure de remplir de manière efficace leur mission. Toutefois, la chute de la démographie médicale associée à une augmentation constante des missions à la charge des services de santé au travail amoindrit leur efficacité. La dernière réforme de la santé au travail n'a pas exploité toutes ses possibilités, et ne permettra vraisemblablement pas de diminuer le nombre de visites à effectuer au moment de l'embauche, ce qui risque indéniablement de maintenir les services de santé au travail dans une situation de « formalité impossible », notamment pour les salariés titulaires d'un contrat de courte durée. En conséquence, l'ensemble des défaillances des services de santé au travail ne leur permettent pas à l'heure actuelle de remplir efficacement leur objectif de préservation de l'état de santé des salariés.

⁹⁶⁰ Liaisons Sociales Quotidien, L'actualité, Section Acteurs, débats, événements, 28 novembre 2014, n° 16722.

⁹⁶¹ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 59, [308].

SECTION 2 : LA REMISE EN CAUSE DE L'EFFICACITÉ DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ DES SALARIÉS

Dès le mois de janvier 2018, à la suite des réformes successives en 2016 et 2017, « *la santé au travail est de nouveau en chantier* »⁹⁶², mais ce n'est qu'à la fin du premier semestre 2020, en pleine épidémie de la Covid-19, que la négociation interprofessionnelle démarre⁹⁶³ juste après la réception le 15 juin 2020 de la « *proposition de résolution appelant à faire de la France l'un des pays les plus performants en matière de santé au travail* »⁹⁶⁴. En effet, face au constat selon lequel la prévention des risques professionnels n'est pas encore totalement efficace au sein des entreprises, le gouvernement avait initialement confié à la députée Charlotte LECOCQ une mission portant sur la qualité de vie au travail et la prévention des risques professionnels⁹⁶⁵. Dans sa lettre de mission, le gouvernement insiste sur le fait que « *favoriser la réalisation d'un travail de qualité dans des conditions de travail satisfaisantes est un enjeu majeur de politique publique* ». Plus précisément, le gouvernement pointe du doigt les acteurs intervenant dans le domaine de la santé au travail en indiquant qu'ils ne « *semblent pas ou peu coordonnés entre eux dans l'exercice de leurs missions respectives et souvent éloignés de l'entreprise et des salariés* ». Cela traduit notamment les insuffisances des employeurs et des services de santé au travail dans la protection de la santé des salariés (§1). Malgré des obligations juridiques strictes pour les employeurs, le constat reste celui d'une insuffisance dans la prévention primaire des risques professionnels, au détriment de la santé des salariés (§2).

⁹⁶² Éditions législatives, ActueEL RH, « *La santé au travail de nouveau en chantier* », 24 janvier 2018.

⁹⁶³ « *La négociation sur la santé au travail démarre lentement* », Liaisons sociales Quotidien, 25 juin 2020, n° 18088.

⁹⁶⁴ Assemblée Nationale, « *Proposition de résolution appelant à faire de la France l'un des pays les plus performants en matière de santé au travail* », C. LECOCQ, C. GRANDJEAN, C. MOTIN et les membres du groupe La République en marche et apparentés, députés, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 juin 2020, n° 3090.

⁹⁶⁵ Lettre de mission du 22 janvier 2018 de Monsieur PHILIPPE à Madame LECOQ, députée, n° 0083/18/SG.

§1 – LES INSUFFISANCES DES EMPLOYEURS ET DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL DANS LA PROTECTION EFFECTIVE DE LA SANTÉ DES SALARIÉS

La protection de la santé des salariés est une obligation légale incombant aux employeurs, lesquels peuvent s'appuyer sur les compétences de leur service de santé au travail afin de les aider à construire une démarche efficace de prévention des risques professionnels. Néanmoins, les contentieux relatifs à la santé au travail reflètent les manquements de certains employeurs dans la protection de la santé de leurs salariés (A). Les médecins du travail et, plus globalement les services de santé au travail, sont également directement concernés par certains litiges, lesquels impactent directement l'efficacité de la protection de la santé des salariés par les médecins du travail (B).

A – Les contentieux en santé au travail, reflet des manquements des employeurs dans la protection de la santé des salariés

À ce jour, en santé au travail, la logique de la réparation des risques prime encore sur la logique de prévention. Ainsi, face aux manquements de certains employeurs dans la mise en place effective des préconisations émises par le médecin du travail et plus globalement d'une politique efficace de prévention des risques, les juges sanctionnent sévèrement les employeurs défaillants afin de permettre aux salariés d'obtenir une réparation du préjudice subi (1). En amont de toute procédure judiciaire, l'inspection du travail a également un rôle important à jouer pour assurer la protection de la santé des salariés (2).

1/ La réparation du préjudice en cas de manquement des employeurs dans la protection de la santé des salariés

La protection de la santé des salariés est un principe fondamental sans cesse réaffirmé par les politiques publiques. Ainsi, le législateur a mis à la charge des employeurs toute une série d'obligations quant à la prévention des risques professionnels dans l'entreprise⁹⁶⁶. La jurisprudence a, quant à elle, consacré l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur vis-à-vis des salariés en recentrant récemment cette obligation sur la prévention des risques

⁹⁶⁶ Articles L.4121-1 à L.4121-5 et R.4121-1 à R.4121-4 du Code du travail.

professionnels⁹⁶⁷. L'employeur doit ainsi assurer la protection de la santé des salariés et assurer leur sécurité au travail. Pourtant, en pratique, malgré des obligations strictes, nous pouvons déplorer une insuffisance de prise en compte de la santé des salariés dans l'entreprise et des carences dans la mise en œuvre d'une véritable démarche de prévention primaire des risques professionnels. De ce fait, les juges se montrent très sévères vis-à-vis des employeurs ne respectant pas leurs obligations dans ce domaine. La croissance du nombre de litiges dans le domaine de la santé au travail démontre bien qu'il s'agit dorénavant d'une préoccupation majeure pour les salariés, mais cela témoigne également du fait que les employeurs ne mettent pas encore en œuvre l'ensemble des moyens nécessaires pour assurer la protection de la santé de leurs salariés.

Comme en illustrent les décisions de justice dans ce domaine, en l'absence de prise en compte des préconisations du médecin du travail par l'employeur, le salarié peut tenter une action à l'encontre de son employeur devant le CPH. Cependant, certains salariés préfèrent continuer d'occuper un poste qui n'est pas compatible avec leur état de santé plutôt que d'intenter une action prud'homale à l'égard de leur employeur. En effet, la jurisprudence de la Cour de cassation montre que les contentieux entre les salariés et les employeurs ont majoritairement lieu lorsque le salarié a quitté l'entreprise.

Plusieurs arrêts de la Cour de cassation mettent en lumière l'absence de prise en compte par l'employeur des préconisations émises par le médecin du travail, ce qui conduit à une dégradation de l'état de santé des salariés. La Cour de cassation⁹⁶⁸ estime que le licenciement prononcé par l'employeur à la suite d'un avis d'inaptitude est jugé sans cause réelle et sérieuse lorsque l'inaptitude du salarié résulte d'un manquement de l'employeur dans le suivi des préconisations émises par le médecin du travail. Dans cette affaire, le médecin du travail avait préconisé une limitation des déplacements professionnels pour un salarié conducteur de travaux. À la suite de cela, l'employeur n'a pas pris toutes les mesures nécessaires pour assurer le respect des préconisations formulées par le médecin du travail, ce qui a entraîné une aggravation de l'état de santé du salarié et a conduit le médecin du travail à émettre un avis d'inaptitude. Par conséquent, le licenciement prononcé par l'employeur a été jugé sans cause

⁹⁶⁷ Cass. soc. 25 novembre 2015, n° 12-24.444, *Bull. civ.*, 2016, n° 840, *Soc.*, n° 504 (Air France) ; Cass. soc., 1^{er} juin 2016, n° 14-19.702, *Bull. civ.* 2016.

⁹⁶⁸ Cass. soc., 17 octobre 2012, n° 11-18.648, Inédit.

réelle et sérieuse par les juges du fond en raison du manquement de l'employeur à son obligation de sécurité de résultat. Cet arrêt illustre l'insuffisance de prise en compte des préconisations émises par le médecin du travail par certains employeurs, ce qui peut conduire à une aggravation de l'état de santé du salarié. Nous pouvons regretter qu'il n'existe aucune donnée chiffrée permettant de déterminer avec fiabilité le pourcentage de préconisations émises par le médecin du travail effectivement mises en œuvre par les employeurs.

Dans certaines circonstances, l'employeur peut également être jugé responsable de l'inaptitude d'un salarié lorsqu'un comportement fautif de sa part est à l'origine de cet avis. En effet, lorsque l'employeur aurait pu maintenir le salarié dans l'emploi en amont de toute déclaration d'inaptitude, sa responsabilité civile pourra être retenue par les juges. Ainsi, dans une affaire portée devant la Cour de cassation⁹⁶⁹, les juges ont considéré que le licenciement prononcé par l'employeur à la suite d'un avis d'inaptitude était sans cause réelle et sérieuse dès lors que « *l'inaptitude avait été causée par le comportement de l'employeur qui avait imposé aux salariés une charge excessive de travail, faisant ainsi ressortir un comportement fautif de cet employeur* ». Cette décision de la Cour de cassation est intéressante dans la mesure où elle démontre que face à un avis d'inaptitude la responsabilité civile de l'employeur peut être mise en cause lorsqu'il a manqué à ses obligations antérieurement à la déclaration d'inaptitude.

Afin de favoriser le maintien en emploi des salariés, les employeurs sont également débiteurs d'une obligation de recherche de reclassement vis-à-vis des salariés déclarés inaptes par le médecin du travail⁹⁷⁰. Si la Cour de cassation a mis à la charge de l'employeur une véritable obligation de moyen renforcée⁹⁷¹, il est étonnant de constater que 95 % des salariés déclarés inaptes soient licenciés pour impossibilité de reclassement⁹⁷². Malgré une jurisprudence stricte à l'égard des employeurs, les démarches effectuées par ces derniers en vue du reclassement des salariés ne sont pas systématiquement effectuées de bonne foi. Ainsi, certains employeurs n'ont pas hésité à proposer à leur salarié un poste de travail ne

⁹⁶⁹ Cass. soc., 30 novembre 2016, n° 15-25.066, Inédit.

⁹⁷⁰ Articles L.1226-2 (inaptitude consécutive à un accident ou une maladie non professionnelle), L.1226-10 (inaptitude consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle) et L.1226-20 (salariés en contrat à durée déterminée) du Code du travail.

⁹⁷¹ Cass. soc. 20 mars 2013, n° 12-10.101, Inédit ; Cass. soc. 23 septembre 2014, n° 12-18.912, Inédit.

⁹⁷² Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 4, [10].

correspondant pas à leurs compétences professionnelles, mais la Cour de cassation condamne ces pratiques. À titre d'exemple, dans une affaire jugée par la Cour de cassation⁹⁷³, un salarié cariste a été victime d'un accident du travail à l'issue duquel il a été déclaré inapte par le médecin du travail, avec la précision selon laquelle le salarié pouvait effectuer des tâches administratives, de standard téléphonique et une activité commerciale. Le salarié a finalement été reclassé à un poste de guichetier puis licencié en raison de son insuffisance professionnelle sur ce poste de reclassement. La Cour de cassation rappelle que non seulement le poste de reclassement doit être compatible avec l'état de santé du salarié, mais il doit également être approprié aux capacités professionnelles du salarié ; à défaut, le reclassement proposé par l'employeur sera jugé déloyal. En l'espèce, le salarié n'avait aucune compétence en informatique et en comptabilité ; or, le poste de guichetier nécessitait une formation initiale. Le fait d'avoir assuré une formation de quarante-cinq jours en binôme était inefficace « *dans la mesure où c'est une formation initiale qui faisait défaut à l'intéressé* ». L'employeur avait, par cette proposition de poste, jugée déloyale par les juges, tenté de se soustraire à ses obligations liées à l'avis d'inaptitude et notamment aux dispositions protectrices applicables aux salariés déclarés inaptes à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. En effet, en cas d'impossibilité de reclassement, l'employeur aurait dû procéder au licenciement du salarié en payant à ce dernier une indemnité compensatrice d'un montant égal à celui de l'indemnité compensatrice de préavis ainsi qu'à une indemnité spéciale de licenciement égale au double de l'indemnité légale de licenciement⁹⁷⁴.

Les nombreux contentieux portés devant le CPH mettant aux prises les salariés et les employeurs dans le domaine de la santé au travail démontrent que des progrès doivent encore être réalisés quant à la protection de la santé des salariés, et ce malgré les multiples obligations législatives et réglementaires à la charge des employeurs. Non seulement les employeurs mettant en œuvre une véritable démarche de prévention des risques professionnels dans l'entreprise restent minoritaires, mais il convient aussi de souligner le fait que les préconisations émises par le médecin du travail ne sont pas suffisamment respectées comme en témoigne la jurisprudence.

⁹⁷³ Cass. soc., 7 mars 2012, n° 11-11.311, *Bull. civ.*, 2012, V, n° 87.

⁹⁷⁴ Article L.1226-14 du Code du travail.

La responsabilité pénale de l'employeur peut également être recherchée en cas de manquement à ses obligations liées à la protection de la santé des salariés. Concernant l'organisation des visites médicales, la chambre criminelle de la Cour de cassation⁹⁷⁵ a reconnu la responsabilité pénale d'un employeur ayant manqué à son obligation d'organiser les examens médicaux d'embauche pour ses salariés. En outre, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, le salarié ou ses ayants droit peuvent également rechercher la responsabilité pénale de l'employeur lorsque ce dernier a manqué à ses obligations réglementaires. Ainsi, la chambre criminelle de la Cour de cassation⁹⁷⁶ a reconnu la responsabilité pénale d'un employeur pour blessures involontaires et infraction à la réglementation relative à la sécurité des travailleurs. En fonction de la gravité du dommage, le Code pénal prévoit des sanctions différentes, lesquelles sont applicables dans les relations entre l'employeur et ses salariés en cas d'accident du travail. Ainsi, en cas d'homicide involontaire, l'employeur peut être condamné à 45 000 euros d'amende et trois ans d'emprisonnement⁹⁷⁷ et dans le cas d'une incapacité totale de travail supérieur à trois mois, l'employeur peut être condamné à 30 000 euros d'amende et deux ans d'emprisonnement⁹⁷⁸.

En amont de tout litige judiciaire entre l'employeur et le salarié, l'inspection du travail a un rôle à jouer auprès de l'employeur lorsque ce dernier ne respecte pas ses obligations légales et réglementaires relatives à la protection de la santé des salariés.

2/ Le rôle de l'inspection du travail dans la protection de la santé des salariés

L'inspection du travail dispose en son sein d'agents de contrôle : les inspecteurs du travail et les contrôleurs du travail. Ces agents « *disposent d'une garantie d'indépendance dans l'exercice de leurs missions* »⁹⁷⁹. Dans le cadre de ces missions, ils sont notamment chargés « *de veiller à l'application des dispositions du code du travail* »⁹⁸⁰ et disposent, à ce titre, d'un « *droit d'entrée* » dans les entreprises⁹⁸¹. Ainsi, ils peuvent « *se faire communiquer*

⁹⁷⁵ Cass. crim., 12 janvier 2016, n° 14-87.695, *Bull. crim.*, 2016, n° 6.

⁹⁷⁶ Cass. crim., 1^{er} mars 2016, n° 14-88.518, Inédit.

⁹⁷⁷ Article 221-6 du Code pénal.

⁹⁷⁸ Article 222-19 du Code pénal.

⁹⁷⁹ Article L.8112-1 du Code du travail.

⁹⁸⁰ Article L.8112-1 du Code du travail.

⁹⁸¹ Article L.8113-1 du Code du travail.

tout document ou tout élément d'information utile à la constatation de faits susceptibles de vérifier le respect de l'application des dispositions [...] relatives à la santé et la sécurité au travail »⁹⁸².

Les agents de contrôle de l'inspection du travail jouent un rôle prépondérant dans la vérification du respect par l'employeur des règles relatives à la santé et à la sécurité au travail. En effet, conformément aux missions qui leur sont confiées par le Code du travail, les inspecteurs du travail peuvent dresser des procès-verbaux lorsqu'ils constatent une infraction, procès-verbaux qui sont ensuite transmis au Procureur de la République⁹⁸³. En Île-de-France, la DIRECCTE⁹⁸⁴ souligne que « *la sécurité et la santé des salariés constituent le deuxième motif de verbalisation* », ce qui a donné lieu à « *603 infractions* » en 2016 concernant notamment « *les travaux en hauteur (106), les équipements de travail et de protection (90), la formation (87), le suivi médical (55), l'amiante (21)* ». L'inspection du travail a, par ailleurs, « *ordonner 238 arrêts d'activité ou de chantiers* ». La DIRECCTE souligne que « *la verbalisation ne concerne que les infractions les plus graves, soit environ 2 % des infractions constatées lors des contrôles* ». Pour le reste, soit 98 % des infractions, les inspecteurs du travail adressent dans un premier temps des « *lettres de rappel à la loi qui permettent aux entreprises de régulariser leur situation* ».

Malheureusement, les inspecteurs et les contrôleurs du travail ne sont pas en mesure, à eux seuls, d'empêcher l'ensemble des infractions dans le domaine de la santé au travail. Le nombre de litiges en santé au travail révèle les failles du système de santé au travail, lequel devrait être rénové afin de permettre une optimisation de la protection de la santé des travailleurs. Ces litiges sont également à l'origine de certaines failles provenant des services de santé au travail, en raison notamment du temps consacré, par les médecins du travail, à la gestion des litiges.

⁹⁸² Article L.8113-5 du Code du travail.

⁹⁸³ Article L.8113-7 du Code du travail.

⁹⁸⁴ DIRECCTE, « *L'inspection du travail francilienne a infligé plus de 1150 PV ou sanctions* » : <http://idf.direccte.gouv.fr/L-inspection-du-travail-francilienne-a-inflige-plus-de-1-150-PV-ou-sanctions> [Consulté le 18 août 2020].

B – L’efficacité des médecins du travail mise à mal par le temps de gestion des litiges en santé au travail

La problématique de la répercussion des litiges sur l’efficacité du médecin du travail doit être abordée sous deux angles. D’une part, les litiges à l’encontre du médecin entraînent une surcharge d’activité administrative empiétant ainsi sur son temps, déjà limité, consacré à la prévention des risques professionnels (1). D’autre part, les contentieux entre l’employeur et le salarié ont des répercussions sur l’activité même du médecin du travail, cela détournant son action vers la gestion des situations individuelles complexes au détriment des actions collectives (2).

1/ La surcharge administrative liée à la gestion des litiges mettant en cause le médecin du travail

Les médecins du travail sont confrontés à différents contentieux en lien avec leurs avis, ce qui peut être générateur de craintes et d’appréhensions dans l’exercice de leurs missions. De plus, le spectre d’une éventuelle mise en cause de leur responsabilité pénale est également source d’inquiétude⁹⁸⁵, même si la reconnaissance d’une telle responsabilité apparaît rare en pratique. Par ailleurs, ces plaintes, qu’elles soient exercées devant le Conseil de l’Ordre des médecins ou les tribunaux, génèrent un temps administratif non négligeable pour les médecins du travail. Les plaintes formées devant le CDOM restent relativement peu fréquentes, mais lorsqu’elles ont lieu, cela engendre un temps de gestion important pour le médecin afin d’organiser sa défense. En outre, les médecins du travail qui ne sont pas directement concernés par une telle plainte sont également impactés dans leur pratique, la multiplication du nombre de contentieux pouvant paralyser certains d’entre eux dans leur mission quotidienne par crainte de se retrouver convoqués par le CDOM. S’il apparaît nécessaire de laisser l’opportunité aux salariés ou aux employeurs d’émettre une plainte vis-à-vis d’un médecin du travail en cas de manquement déontologique, nous pouvons néanmoins constater que cela donne lieu aujourd’hui à des dérives de la part de certains

⁹⁸⁵ S. FANTONI QUINTON, C. MANAOUIL, P. Y. VERKINDT, P. FRIMAT, « *La responsabilité pénale des médecins du travail : un répertoire renouvelé ?* », Archives des maladies professionnelles et de l’environnement, février 2011, volume 72, n° 1, pages 4 à 12.

employeurs. Ainsi, au sein de l'ACMS, deux tentatives de conciliation ont été organisées devant le CDOM en janvier 2018 concernant deux plaintes émises par des employeurs à l'égard de deux médecins du travail. Dans la première affaire, l'employeur a porté plainte contre le médecin du travail en raison du nombre d'aménagements de poste préconisés, estimant que cela constituait des certificats de complaisance, non justifiés par l'état de santé des salariés. Or, le nombre de préconisations d'aménagement de poste prescrit par le médecin du travail était cohérent au vu du caractère particulièrement sollicitant de l'activité exercée par les salariés (travail debout, travail en horaires décalés, etc.) et de leur ancienneté dans l'entreprise. L'employeur avait, antérieurement à cette plainte, contesté auprès du CPH deux avis émis par le médecin du travail, mais ayant été débouté il a alors intenté une action contre le médecin devant le CDOM. Cette plainte constituait pour l'employeur une action complémentaire dissuasive à la contestation devant le CPH. Dans la seconde affaire, un employeur a porté plainte contre le médecin du travail devant le CDOM en engageant en parallèle une contestation de l'avis « litigieux » devant le CPH. Dans cette affaire, le médecin du travail avait émis un avis d'inaptitude pour un salarié, en ayant au préalable réalisé l'étude de poste et des conditions de travail ainsi qu'un échange avec le directeur régional de l'entreprise. Dans un contexte litigieux entre l'employeur et le salarié faisant l'objet d'une procédure prud'homale, l'employeur entend invalider l'avis émis par le médecin au motif que ce dernier n'aurait pas respecté ses obligations réglementaires et déontologiques, et notamment l'employeur lui reproche de ne pas avoir procédé à l'échange préalable avec l'employeur en personne. En effet, le directeur général de l'entreprise considère que l'échange aurait dû avoir lieu avec lui et non avec le directeur régional de l'entreprise. Ces deux plaintes ont été accompagnées de tentatives d'intimidation par les employeurs⁹⁸⁶ et sont par ailleurs caractérisées par un contexte conflictuel entre les salariés et leur employeur respectif⁹⁸⁷. Si habituellement les plaintes émises par les employeurs devant le CDOM concernaient surtout des certificats litigieux, ces deux affaires laissent entrevoir une évolution des motifs de plaintes portées par les employeurs.

⁹⁸⁶ Dans la 1^{ère} affaire, l'employeur a exercé des pressions à l'égard du médecin du travail afin qu'il modifie ses avis et notamment émette des avis d'inaptitude à la place des préconisations individuelles d'aménagement de poste. Dans la 2^{de} affaire, l'employeur a exercé des pressions sur le médecin du travail afin qu'il n'émette pas d'avis d'inaptitude pour le salarié.

⁹⁸⁷ Analyse approfondie des deux plaintes exercées par des employeurs contre des médecins du travail de l'ACMS, janvier 2018.

Les plaintes devant le CDOM ou les tribunaux génèrent un temps de gestion important nécessaire à la préparation de la défense des médecins, ce qui fait perdre un temps précieux et déjà très limité au médecin dans la réalisation de sa mission. Au-delà de cela, ces plaintes génèrent également une anxiété chez les médecins du travail, ces dernières pouvant avoir un effet « paralysant » sur certains d'entre eux, qui de ce fait, réfléchissent davantage et sont plus hésitants au sujet du contenu et de la forme de leurs avis.

2/ Le temps consacré aux actions collectives minoré en raison de la gestion des situations individuelles conflictuelles

Les situations de souffrance au travail, liées par exemple à une situation conflictuelle dans l'entreprise, une surcharge de travail, ou encore à un management autoritaire, peuvent faire l'objet d'un suivi individuel par le médecin du travail, alors que ces situations pourraient être anticipées et prévenues par la mise en œuvre d'un plan de prévention des risques psychosociaux dans l'entreprise. En outre, le médecin du travail est le plus souvent sollicité lorsque l'état de santé des salariés est déjà altéré et il intervient alors dans le cadre de la prévention secondaire par la préconisation d'aménagement, d'adaptation ou de transformation de poste de travail (réduction du temps de travail, réduction de la charge de travail, changement de service, etc.) ou dans le cadre de la prévention tertiaire par le biais d'un avis d'inaptitude lorsqu'aucun aménagement de poste n'est envisageable. Ces situations reflètent en réalité un échec de la prévention primaire des risques psychosociaux et occupent, pour le médecin du travail, un temps non négligeable que ce soit du temps médical (multiplicité des visites à la demande du salarié), des actions sur le milieu de travail (étude du poste et des conditions de travail individuelles), mais surtout une surcharge du temps administratif (échanges de courriers avec l'employeur dans le cadre du suivi des préconisations ou de l'avis d'inaptitude). En outre, dans ces situations, la communication entre l'employeur et le médecin du travail peut être difficile et empreinte de méfiance. Les échanges entre l'employeur et le médecin du travail se font alors par écrit, et le plus souvent, ces échanges ne reflètent pas une réelle recherche d'aménagement de poste ou de reclassement par l'employeur, mais l'envoi de courriers types afin de démontrer qu'il remplit ses obligations réglementaires. Par exemple, en décembre 2017, un médecin du travail de l'ACMS a préconisé pour une salariée, dans le cadre d'une visite médicale de préreprise, un

changement de service en raison de la dégradation de son état de santé liée à une situation conflictuelle avec son supérieur hiérarchique. L'employeur a refusé l'aménagement de poste arguant par écrit d'une impossibilité de changement de service après « recherches approfondies ». Or, à l'occasion d'actions sur le milieu de travail et des échanges avec les membres de la direction, le médecin du travail a pu constater qu'un changement de service aurait pu être mis en œuvre par l'employeur. La gestion de ce genre de situation entraîne une surcharge de travail pour le médecin, d'un point de vue administratif, mais également médical, et parfois malheureusement sans échanges constructifs.

La problématique des risques psychosociaux évoquée ici est emblématique de la façon dont le médecin du travail est sollicité de manière récurrente, non pas dans le cadre de la prévention primaire, mais dans le cadre de l'analyse de situations individuelles. Ainsi, cela est fait au détriment d'une approche plus collective et préventive des risques professionnels qui profiterait à l'ensemble des salariés de l'entreprise. De ce fait, la prévention collective des risques professionnels en entreprise reste insuffisante malgré un arsenal d'obligations juridiques.

§2 – La protection de la santé des salariés : des obligations juridiques strictes à l'efficacité limitée

Le Code du travail prévoit de nombreuses obligations à la charge des employeurs, mais aussi des services de santé au travail afin d'assurer la protection de la santé des travailleurs. Cependant, malgré un arsenal législatif important, la prévention des risques professionnels n'est pas suffisamment mise en œuvre dans les entreprises. Ces dernières années, les obligations en termes de prévention primaire ont été renforcées, mais force est de constater que des actions complémentaires doivent être envisagées afin de rendre effective cette prévention. Des insuffisances à la fois de la part des employeurs et des services de santé au travail dans la démarche de prévention primaire des risques sont à souligner (A), cela étant en partie dû à une course à la sécurisation juridique au détriment de la mise en œuvre d'actions permettant d'assurer effectivement la protection de la santé des salariés (B).

A – Les insuffisances de l’employeur et des services de santé au travail dans la démarche de prévention primaire des risques professionnels

Malgré un cadre juridique strict quant aux obligations des employeurs et des services de santé au travail concernant la prévention des risques professionnels, nous pouvons constater que les actions de prévention demeurent insuffisantes (1). Les supports de prévention des risques à la disposition des employeurs et des services de santé au travail, que sont le document unique et la fiche d’entreprise, sont sous-exploités et trop peu connectés, ce qui conduit à terme à une perte de leur efficacité (2).

1/ Une prévention insuffisante en dépit d’un cadre juridique strict

Le dispositif législatif met à la charge des employeurs une série de mesures à prendre en vue de favoriser la prévention primaire des risques professionnels⁹⁸⁸, l’employeur devant notamment éviter les risques et les combattre à la source⁹⁸⁹. Ces dispositions législatives anciennes ont été créées par la Loi du 31 décembre 1991⁹⁹⁰, se conformant ainsi à la directive européenne du 12 juin 1989⁹⁹¹. Pourtant, presque 30 ans plus tard, ces dispositions législatives ne sont toujours pas effectives en pratique. Le nombre d’accidents du travail et de maladies professionnelles est révélateur des failles dans l’effectivité de la prévention primaire des risques professionnels. Alors que le nombre d’accidents du travail a diminué d’environ 20 % entre 2004 et 2014⁹⁹², nous constatons une nouvelle tendance à la hausse entre 2014 et 2017 avec une augmentation d’environ 2 %⁹⁹³. Cette augmentation du nombre d’accidents du travail démontre que les politiques de prévention en entreprise atteignent un seuil, d’où l’importance d’intensifier les efforts fournis pour améliorer la prévention primaire en

⁹⁸⁸ Article L.4121-1 du Code du travail.

⁹⁸⁹ Article L.4121-2 du Code du travail.

⁹⁹⁰ Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail.

⁹⁹¹ Directive-cadre n° 89/391 CEE 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.

⁹⁹² Assurance Maladie, « *Les chiffres de la sinistralité en 2014 et faits marquants dans les secteurs d’activité* », dossier de presse, novembre 2015.

⁹⁹³ Conseil d’orientation des conditions de travail, « *Conditions de travail, bilan 2018* », ministère du Travail, Direction générale du travail, 2019.

entreprise. En parallèle, une hausse du nombre de maladies professionnelles a été recensée avec plus de 41 % d'augmentation sur la période 2004-2014⁹⁹⁴, suivie d'une légère baisse entre 2014 et 2017⁹⁹⁵. Le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles n'est qu'en partie révélateur des dysfonctionnements de la prévention primaire et comme le souligne L. VOGEL, « *l'image qui s'impose lorsque l'on aborde l'impact négatif du travail sur la santé est celle de l'iceberg* »⁹⁹⁶. En effet, le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles reconnus représente la partie émergée de l'iceberg, tandis que d'autres facteurs, tels que « *l'absentéisme, le turnover, les taux de sorties d'une profession ou d'un secteur avant d'avoir atteint l'âge de la retraite* »⁹⁹⁷ constituent la partie moins visible des facteurs révélant les dysfonctionnements de la prévention des risques professionnels.

De leur côté, les services de santé au travail ont un rôle primordial à jouer concernant la prévention primaire des risques professionnels en entreprise. Le médecin du travail, conseiller de l'employeur, des salariés et de leurs représentants, participe à la prévention des risques en contribuant à l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise, en protégeant les travailleurs contre l'ensemble des nuisances, en améliorant l'hygiène générale de l'établissement⁹⁹⁸, ainsi qu'en formulant des préconisations individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation de poste de travail⁹⁹⁹. Le médecin du travail dispose d'un temps dédié pour les actions sur le milieu de travail, dans la proportion d'un tiers de son temps de travail global, mais il « *n'est jamais parvenu à assurer intégralement ce tiers-temps compte tenu de l'absorption du temps médical par les visites médicales* »¹⁰⁰⁰. Certains médecins du travail¹⁰⁰¹ indiquent traiter les situations individuelles difficiles lors de leur tiers temps, notamment en consacrant une partie de ce temps à la rédaction de courriers à destination

⁹⁹⁴ Assurance Maladie, « *Les chiffres de la sinistralité en 2014 et faits marquants dans les secteurs d'activité* », dossier de presse, novembre 2015.

⁹⁹⁵ Conseil d'orientation des conditions de travail, « *Conditions de travail, bilan 2018* », ministère du Travail, Direction générale du travail, 2019.

⁹⁹⁶ L. VOGEL, « *Enjeux et incertitudes de la politique européenne en santé au travail* », *Mouvements*, 2009/2, n° 58, pages 104 à 116.

⁹⁹⁷ L. VOGEL, « *Enjeux et incertitudes de la politique européenne en santé au travail* », *Mouvements*, 2009/2, n° 58, pages 104 à 116.

⁹⁹⁸ Article R.4623-1 du Code du travail.

⁹⁹⁹ Article L.4624-3 du Code du travail.

¹⁰⁰⁰ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 67, [368].

¹⁰⁰¹ Propos recueillis par des médecins du travail ACMS, 2014-2018.

des employeurs, par exemple dans le cadre de précisions apportées postérieurement à un avis d'inaptitude.

De plus, le manque d'effectivité de la prévention primaire en entreprise pourrait en partie être expliqué par la sous-exploitation de la fiche d'entreprise ainsi que par l'absence de connexion directe entre cette fiche et le document unique, alors que ces supports sont tous deux destinés à la mise en œuvre d'une démarche de prévention des risques par l'employeur.

2/ Un DUERP et une fiche d'entreprise insuffisamment exploités et connectés

La coordination entre l'employeur et les services de santé au travail concernant la mise en œuvre d'une véritable démarche de prévention des risques professionnels dans l'entreprise est encore à améliorer. Ces acteurs ont tous deux des supports destinés à tracer les actions menées dans le cadre de la prévention des risques professionnels, mais nous pouvons constater que bien souvent ces documents se superposent sans servir une politique globale commune de prévention. Ainsi, l'employeur doit établir et mettre à jour chaque année le DUERP¹⁰⁰². Selon une étude menée par Prévisoft en 2017¹⁰⁰³ dans 300 entreprises de plus de 50 salariés, 16 % des entreprises ne disposent pas d'un DUERP, mais cette proportion a diminué l'année suivante, représentant seulement 12 % des employeurs¹⁰⁰⁴. Parmi les entreprises ayant réalisé leur DUERP en 2017, nous pouvons nous interroger sur l'efficacité de ce dernier, car 12 % des entreprises déclarent ne pas le mettre à jour et 25 % ne mettent aucun plan d'action en œuvre. En 2018, ces chiffres ont également diminué, car seuls 5,2 % des entreprises interrogées indiquent ne pas mettre à jour leur DUERP tous les ans et 18,1 % ne mettent aucun plan d'action en œuvre¹⁰⁰⁵. D'une manière globale, le rapport de Prévisoft souligne que le DUERP est « *encore insuffisamment exploité* » et au vu de ces chiffres, nous pouvons confirmer que le DUERP ne constitue pas pour l'ensemble des entreprises un levier efficace de prévention des risques professionnels, ce dernier étant simplement réalisé par

¹⁰⁰² Article R.4121-1 du Code du travail.

¹⁰⁰³ Prévisoft, Baromètre de la santé et de la sécurité au travail publié le 19 juin 2017 — Enquête menée entre avril et mai 2017 auprès de 300 entreprises de plus de 50 salariés.

¹⁰⁰⁴ Prévisoft, Baromètre de la santé et de la sécurité au travail publié le 24 avril 2018 — Enquête menée entre avril et mai 2018 auprès de 300 entreprises de plus de 50 salariés.

¹⁰⁰⁵ Prévisoft, Baromètre de la santé et de la sécurité au travail publié le 24 avril 2018 — Enquête menée entre avril et mai 2018 auprès de 300 entreprises de plus de 50 salariés.

l'employeur en vue d'être en conformité avec l'obligation réglementaire d'établir ce document. D'ailleurs, le 3^e Plan santé au travail souligne que « *la réglementation relative à la protection de la santé et de la sécurité au travail est trop souvent perçue comme une contrainte réglementaire peu opérationnelle et insuffisamment porteuse de sens* »¹⁰⁰⁶. De plus, les rapports de Prévisoft pour l'année 2017 et 2018 soulignent qu'un tiers des entreprises interrogées n'impliquent pas les membres de leur CHSCT (nouveau CSE) dans l'évaluation des risques professionnels. À ce sujet, comme le souligne l'INRS¹⁰⁰⁷, « *la réglementation n'a pas prévu que l'employeur soit tenu d'associer quiconque à la réalisation du document unique* », cependant, il est conseillé d'y associer le CSE et le service de santé au travail, et notamment le médecin du travail. Les études réalisées par Prévisoft concernent les entreprises de plus de 50 salariés, mais dans les petites entreprises, le professeur FRIMAT met en lumière le fait que pour la plupart d'entre elles, « *le document unique n'existe pas* »¹⁰⁰⁸. La députée Madame LECOQ considère que pour les TPE « *le document unique est une usine à gaz* »¹⁰⁰⁹. D'ailleurs, l'enquête « Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels » (Sumer) met en avant que « *seule une minorité des médecins [du travail] déclare qu'un document unique d'évaluation des risques (DUER) a été élaboré ou actualisé (13 % pour les moins de 10 salariés [...])* ». Néanmoins, cela est aussi dû à un déficit d'informations de la part des médecins du travail, car « *dans près de la moitié des cas pour les plus petits établissements, le médecin déclare ne pas savoir si un document a été élaboré ou actualisé* »¹⁰¹⁰. Or, cette information est essentielle pour le médecin du travail afin de pouvoir lui-même mener des actions de prévention dans l'entreprise avec le concours des membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail.

L'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, quant à elle, doit réaliser une fiche d'entreprise ou d'établissement. Or, à l'heure actuelle, l'ensemble des entreprises ne dispose pas d'une

¹⁰⁰⁶ Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, « *Plan santé au travail 2016-2020* », 2015, page 12.

¹⁰⁰⁷ INRS, « *Evaluation des risques professionnels – questions-réponses sur le document unique* », 2004.

¹⁰⁰⁸ Éditions Législatives, actuEL HSE, « *Il faut absolument que la santé au travail puisse agir sur le parcours de soins* », 19 février 2018.

¹⁰⁰⁹ Éditions Législatives, actuEL HSE, « *Il faut absolument que la santé au travail puisse agir sur le parcours de soins* », 19 février 2018.

¹⁰¹⁰ DIRECCTE Île-de-France, Synthèse thématique, « *Dans les plus petits établissements, des salariés plus exposés aux risques professionnels physiques, mais moins aux risques psycho-sociaux* », juillet 2018, n° 83.

fiche d'entreprise. Comme le souligne le rapport de l'IGAS de février 2020 « *les fiches d'entreprise voient leur réalisation ou leur actualisation progresser, mais leur taux de couverture ne dépasse pas encore 50 % des établissements* »¹⁰¹¹, et comme pour le DUERP, l'utilité de la fiche d'entreprise doit être questionnée. En effet, nous pouvons nous demander dans quelle mesure ce document est exploité dans le cadre d'une démarche active de prévention des risques professionnels, notamment pour les TPE. Après étude des situations rencontrées à l'ACMS sur l'année 2017, nous pouvons constater que depuis l'instauration de la réglementation au 1^{er} janvier 2017 imposant aux médecins du travail d'indiquer la date d'actualisation de la fiche d'entreprise dans le cadre d'une procédure d'inaptitude¹⁰¹², la fiche d'entreprise est bien souvent réalisée en urgence avant l'inaptitude, le but premier de sa réalisation étant alors d'indiquer une date sur la fiche d'inaptitude et ainsi d'éviter les risques de contentieux pour vice de forme. Dans ce contexte, il est difficile d'imaginer que la fiche d'entreprise ait une réelle utilité quant à la démarche de prévention des risques professionnels. Par ailleurs, nous pouvons également nous interroger quant à l'utilité de la fiche d'entreprise dans le temps, au regard des dispositions réglementaires actuelles. Ainsi, lorsqu'un employeur change de service de santé au travail, il n'est nullement prévu par les textes l'obligation de communiquer la fiche d'entreprise au nouveau service de santé au travail, ce qui signifie que ce nouveau service établit une nouvelle fiche d'entreprise en réalisant de nouveau une évaluation des risques alors que cela a parfois déjà été réalisé par l'ancien service. Ce manque de cohérence et de continuité des documents n'est pas favorable à une démarche efficace de prévention des risques professionnels sur le long terme.

Pour certaines entreprises et services de santé au travail, le DUERP et la fiche d'entreprise sont réalisés dans le seul but de remplir une obligation réglementaire, et il est encore trop rare qu'un véritable plan d'action pour la prévention des risques professionnels soit concrètement et conjointement mis en œuvre par les acteurs de prévention de l'entreprise, à savoir l'employeur, le CSE et l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail.

D'autres acteurs, tels que l'ANACT ou l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail (INRS), interviennent également afin d'aider les entreprises dans leur démarche de prévention des risques, sans

¹⁰¹¹ D. CHAUMEL, B. MAURICE, J. P. VINQUANT, « *Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI)* », IGAS, février 2020, n° 2019-070R1.

¹⁰¹² Article R.4624-42 du Code du travail.

qu'une coordination entre l'ensemble des acteurs ne soit assurée. Le constat d'une insuffisance de coordination entre les acteurs de prévention a été mentionné par le Premier ministre, Monsieur PHILIPPE, dans la lettre de mission adressée à la députée, Madame LECOQ, soulignant ainsi que « *force est de constater que ces « mille feuilles », cette multitude d'acteurs et d'institutions, semblent pas ou peu coordonnées entre eux dans l'exercice de leurs missions respectives et souvent éloignés de l'entreprise et des salariés.* »¹⁰¹³

Aujourd'hui, le législateur n'impose aucunement aux employeurs d'établir un lien entre le DUERP et la fiche d'entreprise alors que ces deux documents sont en réalité indissociables. Le rapport LECOQ¹⁰¹⁴ propose de redéfinir les obligations des employeurs en matière de prévention des risques professionnels, au regard de l'élaboration actuelle du DUERP « *le plus souvent vécu[e] comme une obligation réglementaire formelle sans utilité pratique pour l'employeur* », ce document constituant « *rarement un outil de pilotage de la prévention* ». Le rapport propose ainsi de « *desserrer la contrainte du formalisme du document unique* » au profit d'un plan de prévention des risques, tout en accompagnant « *les entreprises pour l'élaboration de leur plan de prévention par les structures régionales* », ce qui aboutirait aussi à la suppression de l'obligation de réalisation d'une fiche d'entreprise. La mission préconise également de « *limiter la formalisation de l'évaluation aux risques majeurs dans les plus petites entreprises* ».

Fort des préoccupations concernant l'insuffisance de prévention des risques, le décret du 29 décembre 2017¹⁰¹⁵ portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 a fixé comme axe de stratégie nationale de santé le développement de la culture de prévention dans les milieux professionnels et la réduction de la fréquence et de la sévérité des pathologies liées aux conditions de travail. Il est indiqué que dans les prochaines années, il sera nécessaire de « *mettre en place une politique globale de santé et de qualité de vie au travail dans l'ensemble des milieux professionnels [...] et renforcer le rôle de coordination des services de santé au travail* », « *développer la prévention en milieu professionnel dans une*

¹⁰¹³ Lettre de mission du 22 janvier 2018 de Monsieur PHILIPPE à Madame LECOQ, députée, n° 0083/18/SG.

¹⁰¹⁴ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », établi par C. LECOQ, B. DUPUIS, H. FOREST, avec l'appui de H. LANOUZIERE, juillet 2018, page 46.

¹⁰¹⁵ Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022.

approche globale de la santé en améliorant la coordination des acteurs ». Le Plan Santé travail (PST) de 2016-2020 s'organise également autour de deux axes stratégiques principaux, dont le premier concerne la priorité donnée à la prévention primaire et au développement de la culture de la prévention. Le PST3 indique avoir « *pour ambition de mettre la prévention au cœur des préoccupations relatives au travail* » et de mettre fin à la « *vision centrée sur la réparation* ». La culture de prévention doit faire l'objet « *d'actions visant à la développer, mobilisant les leviers essentiels que sont l'information, la formation, l'évaluation des risques et la conception des environnements de travail* ».

Le développement d'une culture de prévention aura pour effet d'aboutir à terme à la transformation de la vision actuelle de certains employeurs, lesquels remplissent leurs obligations avec pour principal objectif leur sécurisation juridique au détriment d'actions efficaces destinées à protéger la santé des salariés. Le suivi individuel médical des salariés est marqué depuis de nombreuses années par cette préoccupation du respect des dispositions prévues par le Code du travail au détriment de l'efficacité en termes de santé et de prévention.

B – La recherche par l'employeur de la sécurisation juridique au détriment de la protection effective de la santé des salariés

Durant plus de 70 ans¹⁰¹⁶, l'avis d'aptitude a dicté la mission des médecins du travail. Cet avis d'aptitude était perçu par certains représentants d'employeurs comme un outil de sécurisation juridique. En effet, l'Union professionnelle artisanale (UPA) a indiqué être « *favorable au maintien de cette notion d'aptitude au poste, car elle est censée répondre à l'exigence primordiale de protection de l'état de santé du salarié* ». Elle indique également que cela « *garantit à l'employeur la preuve du respect de ses obligations légales* », et considère que « *la suppression des avis médicaux viendrait vider un peu plus de son sens la prestation de service que les entreprises sont en droit d'attendre lorsqu'elles s'adressent aux SST en ce qui concerne la santé de leurs salariés. Et la question du coût de ces services et de leur financement se poserait de fait.* »¹⁰¹⁷ Par cette interprétation, l'UPA considère que les actions du service

¹⁰¹⁶ De 1945 à 2016.

¹⁰¹⁷ COCT, Ministère du Travail, Direction générale du travail, « *Conditions de travail – Bilan 2015* », 2016, page 53.

de santé au travail sont principalement liées à l'avis médical d'aptitude et non au suivi individuel de l'état de santé des salariés dans sa globalité et aux actions sur le milieu de travail, destinées à améliorer la prévention primaire des risques professionnels dans l'entreprise. Par ailleurs, l'avis d'aptitude étant délivré à un instant T, il ne protège en aucun cas l'employeur « *contre tout accident de santé ultérieur du salarié* » et ne lui évite pas « *une mise en cause de sa responsabilité en matière de prévention des risques professionnels* »¹⁰¹⁸. En outre, l'avis d'aptitude peut être biaisé, notamment l'avis d'aptitude délivré au moment de l'embauche. En effet, le COCT indiquait dans son rapport de 2016¹⁰¹⁹ qu'à l'occasion des visites d'embauche, 97,80 % des salariés ont été déclarés aptes à leur poste de travail, seuls 2,10 % ont été déclarés aptes avec restriction ou aménagement de poste et 0,10 % ont été déclarés inaptes à leur poste de travail. Pour autant, cela ne signifie pas que 97,8 % des salariés vus en visite d'embauche ne présentaient aucune contre-indication à leur poste de travail. Cependant, lors de la visite médicale d'embauche, les salariés ne fournissent pas nécessairement l'ensemble des informations concernant leur état de santé par crainte d'une rupture de leur contrat de travail. De même, le médecin du travail peut également décider, en accord avec le salarié, de ne préconiser aucune mesure d'aménagement de poste durant la période d'essai du salarié afin d'éviter la rupture du contrat de travail. En conséquence, la sécurité juridique avancée par certains représentants d'employeurs tels que l'UPA n'est en réalité qu'une chimère.

En revanche, la vérification systématique de l'aptitude des salariés à leur poste par le médecin du travail était fortement chronophage pour le médecin du travail et réduisait considérablement le temps qu'il pouvait consacrer aux actions sur le milieu de travail et par conséquent aux actions de prévention des risques professionnels¹⁰²⁰. De plus, d'un point de vue médical « *la visite d'embauche systématique n'a pas apporté la preuve de son*

¹⁰¹⁸ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 47, [238].

¹⁰¹⁹ COCT, Ministère du Travail, Direction générale du travail, « *Conditions de travail – Bilan 2016* », 2017, page 522.

¹⁰²⁰ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 46, [234].

efficacité »¹⁰²¹. Avant la Loi du 8 août 2016¹⁰²², du fait de la vérification systématique de l'aptitude des salariés, les médecins du travail devaient assurer eux-mêmes, à une exception près, l'ensemble du suivi individuel des salariés et ils ne pouvaient déléguer aux IDEST qu'une faible part du suivi individuel. En effet, pour les salariés bénéficiant d'une surveillance médicale simple uniquement, l'agrément du service de santé au travail pouvait prévoir une périodicité excédant vingt-quatre mois lorsqu'étaient mis en place des entretiens infirmiers et des actions pluridisciplinaires annuelles¹⁰²³. Face à la diminution du nombre de médecins du travail¹⁰²⁴ et à l'augmentation constante du nombre de visites à réaliser au moment de l'embauche en raison notamment du turn-over des salariés, les médecins du travail n'étaient plus en mesure de réaliser l'ensemble des visites médicales prévues par la réglementation. Les employeurs ainsi que les services de santé au travail se trouvaient alors dans une situation d'insécurité juridique.

D'autre part, les dispositions antérieures au 1^{er} janvier 2017, relatives à la périodicité du suivi médical des travailleurs de nuit et des travailleurs exposés au bruit, ont été considérées non pertinentes¹⁰²⁵. Les travailleurs de nuit bénéficiaient d'une visite médicale périodique tous les six mois¹⁰²⁶ tandis que les travailleurs exposés au bruit bénéficiaient d'une surveillance médicale renforcée comprenant une visite médicale périodique au moins tous les vingt-quatre mois¹⁰²⁷. La détermination de la périodicité de ces visites reposait « *davantage sur des consensus des partenaires sociaux que sur des justifications de nature médicale* »¹⁰²⁸. Pourtant, l'impossibilité pour les services de santé au travail de tenir les délais prévus pour les différentes visites médicales a été à l'origine de contentieux en santé au travail, ce qui a conduit la Cour de cassation à rendre de nombreux arrêts reconnaissant la responsabilité civile

¹⁰²¹ Prévention BTP, entretien avec S. FANTONI QUINTON, « *La visite d'embauche systématique n'a pas apporté la preuve de son efficacité* », septembre 2015, n° 189.

¹⁰²² Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

¹⁰²³ Article R.4624-14 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

¹⁰²⁴ Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2016* », page 242 ; COCT, Ministère du Travail, Direction générale du travail, « *Bilan des conditions de travail – Bilan 2016* », 2017, page 82.

¹⁰²⁵ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSELIN, mai 2015, page 27, [106] et [107].

¹⁰²⁶ Article R.3122-19 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

¹⁰²⁷ Articles R.4624-18 et R.4624-19 du Code du travail dans leur version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016

¹⁰²⁸ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSELIN, mai 2015, page 27, [105].

et pénale de l'employeur¹⁰²⁹ et parfois même la responsabilité civile des services de santé au travail¹⁰³⁰. Ces contentieux ont renforcé la pression exercée sur les services de santé au travail concernant l'organisation des examens médicaux obligatoires, reléguant ainsi encore un peu plus au second plan les actions sur le milieu de travail. Pourtant, la réalisation de ces visites par le médecin du travail lui-même, et notamment des visites d'embauche, plaçait le médecin du travail dans « *une activité clinique superficielle sans effet substantiel en matière de prévention des risques professionnels* »¹⁰³¹.

Au fil de ses arrêts, la Cour de cassation a cherché à garantir aux salariés la protection de leur santé, mais cela n'a pas eu les effets escomptés, nombre d'employeurs ayant en priorité recherché une sécurité juridique au détriment d'une réelle démarche de prévention visant à préserver la santé des salariés.

La protection de la santé des salariés assurée par l'employeur en lien avec le service de santé au travail doit être renforcée, notamment en privilégiant la prévention primaire des risques professionnels et la coordination entre les acteurs de la santé au travail. Les contentieux, encore nombreux, entre l'employeur et le salarié démontrent que certains employeurs n'assurent pas correctement leur mission de protection de la santé des salariés et ne respectent pas les préconisations émises par le médecin du travail. La santé au travail est à ce jour marquée par un dispositif législatif et réglementaire complexe sans pour autant être efficiente.

¹⁰²⁹ Cass. soc., 28 février 2006, n° 05-41.555, *Bull. civ.*, 2006, V, n° 87, p. 78 ; Cass. crim., 12 janvier 2016, n° 14-87.695, *Bull. crim.*, 2016, n° 6.

¹⁰³⁰ Cass. civ. 1^{ère}, 19 décembre 2013, n° 12-25.056, *Bull. civ. I*, 2013, n° 256.

¹⁰³¹ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 46, [233].

Conclusion du chapitre 1

Les services de santé au travail ont pour mission d'assurer la protection de la santé des salariés en collaboration avec l'employeur, qui reste seul responsable face à ses salariés. Néanmoins, le système de santé au travail est financé par les cotisations des employeurs qui attendent en retour un certain nombre de prestations encadrées par le Code du travail. La réalisation par les services de santé au travail de l'ensemble de leurs missions apporte aux employeurs une sécurité juridique, leur permettant de satisfaire en partie à leur obligation de sécurité. Cependant, les textes juridiques relatifs au suivi individuel de l'état de santé des salariés mobilisent encore un temps médical conséquent, empêchant ainsi les services de santé au travail de centrer leurs actions sur la prévention primaire des risques professionnels. Ainsi, la recherche de la sécurisation juridique des employeurs s'est faite au détriment d'une réelle démarche de protection de la santé des salariés. Aujourd'hui, malgré une multitude d'acteurs intervenant dans le domaine de la santé au travail, la politique de prévention des risques professionnels n'est toujours pas mise en œuvre dans la majorité des entreprises, ce qui conduit inexorablement à l'inefficacité de la protection de la santé des salariés. La dernière réforme en santé au travail a été considérée comme une opportunité laissée aux services de santé au travail de démontrer qu'ils sont en mesure d'accomplir leur mission. Néanmoins, nous pouvons nous demander si cette dernière réforme apporte l'ensemble des clés nécessaires pour garantir la pérennité des services de santé au travail et ainsi permettre d'assurer une protection efficace de la santé des salariés.

CHAPITRE 2 : L'ÉVOLUTION ATTENDUE DU CONTENTIEUX EN SANTÉ AU TRAVAIL EN LIEN AVEC LES DERNIÈRES RÉFORMES

La santé au travail a fait l'objet de nombreux contentieux ces dernières années, d'où la nécessité de modifier la législation afin d'établir une plus grande sécurité juridique des textes. Ainsi, le système de la santé au travail a été réformé à plusieurs reprises, notamment par la Loi « Travail »¹⁰³² et son décret d'application¹⁰³³, lesquels ont modifié en profondeur les modalités de suivi en santé au travail des salariés. Afin de mettre en œuvre ces nouvelles dispositions, l'arrêté du 16 octobre 2017¹⁰³⁴ a prévu de nouveaux modèles de fiches pour le suivi individuel des salariés, abrogeant ainsi l'ancien modèle de fiche d'aptitude. Par la suite, l'Ordonnance du 22 septembre 2017¹⁰³⁵, le décret du 15 décembre 2017¹⁰³⁶, et enfin l'Ordonnance du 20 décembre 2017¹⁰³⁷ sont venus compléter certaines dispositions relatives à la santé au travail. Ces réformes successives permettront certainement une sécurisation juridique dans certains domaines, mais un déplacement du contentieux est cependant attendu, notamment en cas de carence de l'employeur ou du service de santé au travail dans la prévention collective des risques professionnels (section 1). Par ailleurs, ces réformes ont induit de nouveaux questionnements peu favorables à la sécurité juridique des employeurs et des services de santé au travail (section 2).

¹⁰³² Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

¹⁰³³ Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail.

¹⁰³⁴ Arrêté du 16 octobre 2017 fixant le modèle d'avis d'aptitude, d'avis d'inaptitude, d'attestation de suivi individuel de l'état de santé et de proposition de mesures d'aménagement de poste.

¹⁰³⁵ Ordonnance n° 2017-1386 du 22 septembre 2017 relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise et favorisant l'exercice et la valorisation des responsabilités syndicales.

¹⁰³⁶ Décret n° 2017-1698 du 15 décembre 2017 portant diverses mesures relatives à la procédure suivie devant le conseil de prud'hommes.

¹⁰³⁷ Ordonnance n° 2017-1718 du 20 décembre 2017 visant à compléter et mettre en cohérence les dispositions prises en application de la loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social.

SECTION 1 : LE DÉPLACEMENT DES ATTENTES DES SALARIÉS ET DES EMPLOYEURS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

Dans la continuité de la Loi du 20 juillet 2011, les réformes de la santé au travail en 2016 et 2017 ont apporté des modifications substantielles concernant le suivi individuel des salariés, permettant ainsi un suivi plus ciblé. Par ailleurs, ces dernières réformes ont davantage encadré les obligations respectives des employeurs et des services de santé au travail dans certains domaines, ce qui se traduit par une meilleure sécurisation juridique des parties (§1), mais les litiges relatifs à la santé au travail seront sans doute amenés à se déplacer en raison des nouvelles prérogatives du médecin du travail et de l'employeur (§2).

§1 – L'encadrement des obligations respectives de l'employeur et des services de santé au travail : vers une meilleure sécurisation juridique des parties

Outre l'amélioration en termes de faisabilité du suivi individuel des salariés, rendue possible par la Loi « Travail », les obligations de l'employeur en termes de reclassement des salariés déclarés inaptes ont été modifiées, dans l'objectif d'apporter davantage de sécurité juridique à l'employeur (A). Les nouveaux modèles de fiches d'aptitude et de suivi sont également plus favorables par certains aspects à la sécurisation juridique de l'employeur (B).

A – La restriction de l'obligation de recherche de reclassement de l'employeur

Le législateur a réformé en 2017¹⁰³⁸ l'obligation de recherche de reclassement de l'employeur pour les salariés déclarés inaptes à leur poste de travail, en restreignant, d'une part, le périmètre de recherche de reclassement (1) et en limitant d'autre part le nombre de postes de reclassement devant être proposé par l'employeur (2).

¹⁰³⁸ Ordonnance n° 2017-1386 du 22 septembre 2017 relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise et favorisant l'exercice et la valorisation des responsabilités syndicales ; Ordonnance n° 2017-1718 du 20 décembre 2017 visant à compléter et mettre en cohérence les dispositions prises en application de la loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social.

1/ La restriction du périmètre de recherche de reclassement de l'employeur

Lorsque le salarié est déclaré inapte à son poste de travail par le médecin du travail, l'employeur doit rechercher les solutions de reclassement et proposer au salarié un poste « *approprié à ses capacités* » et en adéquation avec « *les conclusions écrites du médecin du travail et les indications qu'il formule sur les capacités du salarié à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise* »¹⁰³⁹. La jurisprudence a, au fil de ses décisions, étendu l'obligation de reclassement de l'employeur, considérant que la recherche devait s'effectuer dans l'ensemble des établissements de l'entreprise ou dans le groupe auquel elle appartient le cas échéant¹⁰⁴⁰, y compris à l'étranger¹⁰⁴¹. De plus, la jurisprudence considère que la recherche de reclassement doit s'effectuer parmi les entreprises dont les activités, l'organisation ou le lieu d'exploitation permettent d'effectuer la permutation de tout ou partie du personnel¹⁰⁴². L'extension par les juges du périmètre de l'obligation de recherche de reclassement de l'employeur a soulevé « *la question de ses limites, et notamment de savoir jusqu'où aller dans l'aménagement éventuel d'un poste de travail ou dans la réorganisation de la structure pour permettre un reclassement ?* »¹⁰⁴³ La jurisprudence avait initialement délimité l'obligation de recherche de reclassement en précisant que l'employeur n'est pas tenu de proposer au salarié un poste si cela est incompatible « *sur le long terme avec le bon fonctionnement de l'entreprise* »¹⁰⁴⁴. Aujourd'hui encore, l'obligation de recherche de reclassement auquel est tenu l'employeur est à mettre en corrélation avec la taille de l'entreprise, il semble en effet plus aisé de démontrer l'impossibilité de reclassement pour un employeur d'une très petite entreprise que pour un employeur d'une entreprise appartenant à un grand groupe. À ce titre, comme le souligne le Professeur FANTONI QUINTON, il faut peut-être « *y lire un principe de proportionnalité non-dit, qui conduit, au-delà du formalisme, à traiter différemment les PME et les grandes entreprises.* »¹⁰⁴⁵

¹⁰³⁹ Articles L.1226-2 et L.1226-10 du Code du travail.

¹⁰⁴⁰ Cass. soc., 28 mars 2007, n° 06-41.068, Inédit.

¹⁰⁴¹ Cass. soc., 9 janvier 2008, n° 06-44.407, Inédit ; Cass. soc., 23 novembre 2016, n° 15-18.092, *Bull. civ.* 2016.

¹⁰⁴² Cass. soc., 25 mars 2009, n° 07-41.708, *Bull. civ.*, 2009, V, n° 83 ; Cass. soc., 2 juillet 2014, n° 12-29-552, Inédit.

¹⁰⁴³ S. FANTONI QUINTON, « *Etendue et limites de l'obligation de reclassement à l'égard des personnes présentant une inaptitude en France* », PISTES, 12 janvier 2010.

¹⁰⁴⁴ Cass. soc., 31 octobre 2007, n° 06-45.204, Inédit.

¹⁰⁴⁵ S. FANTONI QUINTON, « *Etendue et limites de l'obligation de reclassement à l'égard des personnes présentant une inaptitude en France* », PISTES, 12 janvier 2010.

Au vu de l'extension de l'obligation de recherche de reclassement par la Cour de cassation, peu favorable à la sécurité juridique des employeurs, le législateur en a restreint le périmètre¹⁰⁴⁶ dans l'objectif probable d'une diminution des contentieux entre le salarié et l'employeur dans ce domaine. De ce fait, depuis le 24 septembre 2017¹⁰⁴⁷, l'employeur doit rechercher un poste de reclassement « *au sein de l'entreprise ou des entreprises du groupe auquel elle appartient le cas échéant, situées sur le territoire national et dont l'organisation, les activités ou le lieu d'exploitation assurent la permutation de tout ou partie du personnel.* »¹⁰⁴⁸ Dorénavant, le périmètre de l'obligation de recherche de reclassement est limité au territoire national, ce qui signifie que l'employeur n'a plus l'obligation de rechercher un poste à l'étranger. De plus, l'employeur doit rechercher un poste de reclassement uniquement parmi les entreprises dont l'organisation, les activités ou le lieu d'exploitation assurent la permutation de tout ou partie du personnel, ce qui réduit le périmètre de recherche de reclassement, mais ce point consacre seulement la jurisprudence existante. Avec cette nouvelle délimitation légale de l'obligation de recherche de reclassement, le Professeur FANTONI QUINTON souligne que « *si les reclassements effectifs étaient marginaux avant cette ordonnance et pourvoyeurs de nombreux contentieux, il est clair ici que le législateur a voulu sécuriser les licenciements consécutifs à une inaptitude* »¹⁰⁴⁹. En revanche, il n'est pas certain que cette nouvelle disposition soit favorable au maintien dans l'emploi des salariés, d'autant que le législateur a également restreint le nombre de postes de reclassement devant être proposés par l'employeur.

2/ La restriction du nombre de propositions de poste de reclassement

En plus de restreindre le périmètre de recherche de reclassement de l'employeur, le législateur a ajouté que « *l'obligation de reclassement est réputée satisfaite lorsque*

¹⁰⁴⁶ Articles L.1226-2 (inaptitude consécutive à une maladie ou un accident non professionnel) et L.1226-10 du Code du travail (inaptitude consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle).

¹⁰⁴⁷ Ordonnance n° 2017-1387 du 22 septembre 2017 relative à la prévisibilité et la sécurisation des relations de travail.

¹⁰⁴⁸ Article L.1226-2 du Code du travail (inaptitude consécutive à une maladie ou un accident non professionnel), article L.1226-10 du Code du travail (inaptitude consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle).

¹⁰⁴⁹ S. FANTONI QUINTON, « *Ce que les ordonnances travail changent* », Le concours médical, novembre 2017, tome 139.

l'employeur a proposé un emploi [...] en prenant en compte l'avis et les indications du médecin du travail. »¹⁰⁵⁰ Cela signifie que l'employeur est tenu de proposer uniquement un emploi au salarié dans le cadre de son obligation de reclassement alors que la jurisprudence considérait jusqu'à présent que face au refus d'un poste de reclassement par le salarié, l'employeur devait tirer les conséquences de ce refus en formulant de nouvelles propositions de reclassement au salarié¹⁰⁵¹. En ce sens, l'employeur ne pouvait procéder au licenciement du salarié que lorsqu'il avait épuisé toutes les possibilités de reclassement. Dorénavant, il semblerait qu'une seule proposition d'emploi refusée par le salarié suffise à l'employeur pour procéder au licenciement de celui-ci. L'objectif recherché par le législateur est sans doute une limitation des contentieux entre l'employeur et le salarié pour manquement de l'employeur à son obligation de recherche de reclassement. Cependant, nous pouvons dès à présent soulever une subtilité de langage dans le texte, le législateur ayant fait référence à la proposition par l'employeur d'un emploi et non d'un poste de travail ; or, la notion d'emploi semble plus large que la notion de poste de travail. La jurisprudence à venir viendra certainement préciser les nouveaux contours de l'obligation de reclassement de l'employeur.

Quoi qu'il en soit, ces nouvelles dispositions viendront sans doute limiter les contentieux relatifs au reclassement des salariés déclarés inaptes, mais il n'est pas certain que cela favorise le reclassement effectif des salariés. En effet, ces nouvelles dispositions peuvent être perçues comme contraires à l'objectif de maintien dans l'emploi des salariés prôné par les politiques de santé et notamment dans le 3^e Plan Santé Travail (PST3).

La sécurisation juridique de l'employeur renforcée par le législateur a été complétée dans d'autres domaines, et notamment par l'arrêté du 16 octobre 2017¹⁰⁵² prévoyant de nouveaux modèles de fiches.

¹⁰⁵⁰ Articles L.1226-2-1 (inaptitude consécutive à une maladie ou un accident non professionnel) et L.1226-12 (inaptitude consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle) du Code du travail.

¹⁰⁵¹ Cass. soc., 26 janvier 2011, n° 09-43.193, *Bull. civ.*, 2011, V, n° 32.

¹⁰⁵² Arrêté du 16 octobre 2017 fixant le modèle d'avis d'aptitude, d'avis d'inaptitude, d'attestation de suivi individuel de l'état de santé et de proposition de mesures d'aménagement de poste.

B – Les nouveaux modèles d’attestation de suivi individuel en santé au travail, favorables à la sécurisation juridique de l’employeur

L’arrêté du 16 octobre 2017 fixe les nouveaux modèles d’attestation de suivi individuel de l’état de santé des salariés, l’avis d’aptitude réservé aux travailleurs bénéficiant d’un suivi individuel renforcé, ainsi que l’avis d’inaptitude et les propositions de mesures individuelles d’aménagement, d’adaptation ou de transformation du poste de travail ou de mesures d’aménagement du temps de travail. Ces modèles de fiches permettent une meilleure sécurisation juridique des avis émis par les médecins du travail en instaurant notamment deux modèles distincts pour l’avis d’inaptitude et les préconisations individuelles d’aménagement de poste (1), ainsi qu’en prévoyant un formalisme spécifique pour l’avis d’inaptitude (2).

1/ Une stricte séparation des avis d’inaptitude et des préconisations individuelles d’aménagement de poste

Depuis le 1^{er} novembre 2017, date d’entrée en vigueur de l’arrêté du 16 octobre 2017, le médecin du travail dispose de plusieurs fiches en fonction de l’avis émis. Avant cette date, l’arrêté du 20 juin 2013 fixant le modèle de fiche d’aptitude, prévoyait un seul modèle de fiche sur laquelle le médecin du travail pouvait noter l’ensemble de ses avis (avis d’aptitude, avis d’inaptitude, préconisations individuelles d’aménagement de poste), mais cela était parfois source de confusions entre l’avis d’inaptitude et les préconisations individuelles d’aménagement de poste. Dorénavant, « *Le médecin du travail [...] ne devra plus inscrire ses préconisations [d’aménagement de poste] sur l’attestation de suivi individuel ou sur la fiche d’aptitude. En effet, sur ces deux fiches aucune zone de commentaire n’est prévue. Il devra annexer une fiche où seront indiquées spécifiquement les préconisations délivrées dans le cadre de l’article L.4624-3 du Code du travail (annexe 4 de l’arrêté).* »¹⁰⁵³ L’instauration de deux fiches distinctes pour l’avis d’inaptitude et pour les préconisations individuelles d’aménagement de poste « *permettra de délimiter précisément dans quel champ intervient le médecin du travail, et notamment de bien séparer les préconisations d’aménagement de poste*

¹⁰⁵³ V. GENTY, S. FANTONI QUINTON, « *Les nouveaux modèles de fiches : entre sécurisation et difficultés juridiques* », Semaine Sociale Lamy, 12 février 2018, n° 1802.

des avis d'inaptitude. »¹⁰⁵⁴ En effet, durant de nombreuses années, il pouvait exister une confusion entre les préconisations individuelles d'aménagement de poste et les avis d'inaptitude ; en effet, lorsque les réserves émises par le médecin étaient importantes, la jurisprudence estimait que l'employeur pouvait considérer qu'il s'agissait d'un avis d'inaptitude¹⁰⁵⁵. À ce sujet, la jurisprudence a opéré un revirement le 10 novembre 2009¹⁰⁵⁶ dans une affaire où le salarié avait été déclaré « *apte à un travail sans manutention lourde, pas de travail en hauteur ni sur échelle, travail à l'établi, utilisation de palans* ». À la suite de cet avis, l'employeur avait procédé au licenciement du salarié pour impossibilité de reclassement, mais la Cour de cassation indique que « *l'employeur ne peut pas requalifier un avis contenant des préconisations d'aménagement de poste en avis d'inaptitude, quand bien même les préconisations ne permettraient pas de maintenir le salarié à son poste de travail.* »¹⁰⁵⁷ Par conséquent, l'employeur ne pouvait pas procéder au licenciement du salarié et dans ce contexte il aurait dû réaliser les aménagements préconisés par le médecin du travail, ou en cas d'impossibilité, il aurait pu contester ces préconisations.

À présent, le fait pour le médecin du travail d'utiliser deux fiches distinctes en fonction de l'avis permettra à l'employeur de ne plus confondre ce qui relève de l'aménagement de poste avec ce qui relève de l'avis d'inaptitude, ce qui « *permettra de limiter les difficultés d'interprétation quant à la nature juridique de l'avis.* »¹⁰⁵⁸

Dans le même temps, l'arrêté du 16 octobre 2017 a encadré de manière stricte le formalisme de l'avis d'inaptitude, ce qui devrait également avoir pour effet de limiter les contentieux quant au formalisme de l'avis d'inaptitude.

¹⁰⁵⁴ V. GENTY, S. FANTONI QUINTON, « *Les nouveaux modèles de fiches : entre sécurisation et difficultés juridiques* », Semaine Sociale Lamy, 12 février 2018, n° 1802.

¹⁰⁵⁵ Cass. soc., 14 juin 2007, n° 06-40.474, Inédit.

¹⁰⁵⁶ Cass. soc., 10 novembre 2009, n° 08-42.674, *Bull. civ.*, 2009, V, n° 253.

¹⁰⁵⁷ V. GENTY, S. FANTONI QUINTON, « *Les nouveaux modèles de fiches : entre sécurisation et difficultés juridiques* », Semaine Sociale Lamy, 12 février 2018, n° 1802.

¹⁰⁵⁸ V. GENTY, S. FANTONI QUINTON, « *Les nouveaux modèles de fiches : entre sécurisation et difficultés juridiques* », Semaine Sociale Lamy, 12 février 2018, n° 1802.

2/ Une limitation attendue des contentieux relatifs au formalisme de l'avis d'inaptitude

« Un modèle de fiche est réservé aux avis d'inaptitude (annexe 3 de l'arrêté). Ce modèle peut être utilisé pour tous les salariés inaptes à leur poste de travail quel que soit le type de suivi (suivi individuel simple, adapté ou renforcé). La procédure d'inaptitude a été modifiée par la Loi « Travail » et le décret d'application relatif à la modernisation de la médecine du travail. Outre le fait que l'avis d'inaptitude peut désormais être délivré à l'issue d'un seul examen médical, le formalisme de l'avis et de la démarche qui le précède ont été renforcés. Depuis le 1^{er} janvier 2017, avant d'émettre un avis, le médecin du travail doit non seulement réaliser une étude de poste et des conditions de travail, mais également procéder à un échange avec l'employeur et indiquer la date de la dernière actualisation de la fiche d'entreprise. Afin de limiter le risque d'erreur quant à la forme de l'avis, le modèle d'avis d'inaptitude prévoit expressément l'indication par le médecin des éléments énoncés ci-dessus (date de l'étude de poste, etc.). Cela permettra d'une part au médecin du travail de vérifier lors de l'émission de l'avis qu'il a bien respecté tout le formalisme de la procédure d'inaptitude et, d'autre part, cela permettra à l'employeur et au salarié de s'assurer du bon respect de la procédure par le médecin. Cela sera sans doute de nature à limiter les vices de forme des avis d'inaptitude, ce qui entraînera sans doute une diminution des contentieux à ce sujet. Il convient néanmoins de souligner que l'arrêté va au-delà des exigences légales et réglementaires puisqu'il prévoit que soient notées expressément les dates de l'étude de poste et des conditions de travail et des échanges avec l'employeur, ce qui n'est nullement prévu par les textes.

Il convient également de souligner que le modèle de fiche d'inaptitude prévoit aussi un encadré spécifique pour les cas de dispense de recherche de reclassement par l'employeur. L'article R.4624-42 du Code du travail prévoit que le médecin du travail peut indiquer dans son avis que « tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé » ou que « l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi ». Comme le précisent les articles L.1226-2-1 et L.1226-12 du Code du travail, cette mention doit figurer de manière expresse dans l'avis du médecin du travail. Cela signifie que si le médecin du travail n'écrit pas expressément cette mention l'employeur ne sera pas dispensé de rechercher un poste de reclassement. Afin de limiter le risque juridique à ce sujet, le modèle de fiche d'inaptitude prévoit que le médecin du travail coche directement la phrase prévue par les

textes (s'il estime que cela est justifié médicalement). Dans le cas contraire, il devra indiquer les capacités restantes du salarié dans l'encadré prévu sur la fiche. »¹⁰⁵⁹

Ces nouvelles précisions devant être portées sur l'avis d'inaptitude permettront de sécuriser juridiquement les avis rendus par les médecins du travail. Toutefois, dans le même temps, au vu des nouvelles prérogatives du médecin du travail, mais également de l'employeur, un déplacement des litiges est attendu en cas de défaillance de leur part dans la prévention collective des risques professionnels.

§2 – Des attentes accrues en matière de prévention collective des risques professionnels

Le médecin du travail et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire ont vu leurs missions évoluer au fil des réformes. Ainsi, autour du suivi individuel de l'état de santé des salariés, le rôle du médecin du travail concernant la prévention primaire des risques professionnels a été accentué, renforçant ainsi les actions sur le milieu de travail qu'il réalise avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail. À l'avenir, les employeurs seront certainement plus attentifs à la mission de conseiller du médecin du travail en matière de prévention des risques professionnels. Cet élargissement du panel de missions du médecin du travail laisse présager d'une évolution des contentieux en cas de manquements à sa mission de conseil en lien avec ses actions sur le milieu de travail (A). Par ailleurs, l'employeur s'est vu attribuer de nouvelles prérogatives à la suite des dernières réformes, notamment en ce qui concerne la détermination des postes présentant des risques particuliers, ce qui mènera très certainement à l'émergence de nouveaux litiges en cas de défaillance de sa part (B).

¹⁰⁵⁹ V. GENTY, S. FANTONI QUINTON, « *Les nouveaux modèles de fiches : entre sécurisation et difficultés juridiques* », Semaine Sociale Lamy, 12 février 2018, n° 1802.

A – L'évolution des missions du médecin du travail et de l'équipe pluridisciplinaire : un déplacement attendu des litiges vers les actions de prévention collective

La Loi du 20 juillet 2011 a étendu le panel des missions du médecin du travail dans le cadre de ses actions sur le milieu de travail, avec notamment l'instauration du devoir de signalement des risques professionnels. Dans le prolongement de cette Loi, les dernières réformes de la santé au travail ont donné davantage d'importance aux actions sur le milieu de travail dans le but d'améliorer la prévention collective des risques professionnels. Au vu de la récente place de premier ordre accordée aux actions sur le milieu de travail et des attentes nouvelles des employeurs dans ce domaine, nous pouvons penser que les contentieux en santé au travail seront amenés à se développer également sur le terrain des actions collectives du médecin du travail en cas d'insuffisances ou de manquements de sa part, et notamment en lien avec son obligation de conseil (2). En outre, le médecin du travail s'est vu attribuer de nouvelles prérogatives concernant la protection de la santé et de la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail, ce qui pourrait conduire à une mise en cause de sa responsabilité civile en cas de défaillance de sa part (1).

1/ L'extension de la mission du médecin du travail à la protection de la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail des salariés

La Loi dite « *Rebsamen* »¹⁰⁶⁰ a élargi le champ d'intervention du médecin du travail en précisant que son rôle « *consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé, ainsi que toute atteinte à la sécurité des tiers* »¹⁰⁶¹. De la même manière, le panel de missions à la charge des services de santé au travail a été élargi, et ils doivent désormais assurer la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé au travail et leur sécurité ainsi que celle des tiers¹⁰⁶².

¹⁰⁶⁰ Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi.

¹⁰⁶¹ Article L.4622-3 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

¹⁰⁶² Article L.4622-2 du Code du travail.

Cette extension du rôle du médecin du travail et des services de santé au travail fait suite à la tragique affaire dans laquelle un pilote d'avion (Airbus A320) de la compagnie Germanwings s'est volontairement donné la mort en plein vol en mars 2015. En instaurant cette nouvelle obligation à la charge du médecin du travail et plus généralement du service de santé au travail, l'objectif du législateur était, sans doute, de sensibiliser davantage les services de santé au travail et les médecins du travail à la notion de sécurité des tiers et de renforcer leur implication, via de nouvelles obligations en la matière. Cette nouvelle mission confiée au médecin du travail a donné lieu à de nombreuses interrogations sur « *la définition même du mot « tiers » : est-ce un travailleur hors salarié ? Une personne hors entreprise ?* »¹⁰⁶³. Comme l'a souligné le Professeur FANTONI QUINTON cette mission vis-à-vis des tiers n'est pas fondamentalement nouvelle et « *ne signifie pas que le médecin du travail et son équipe vont dorénavant s'occuper de la santé de tous les terriens !* »¹⁰⁶⁴. Face à ces interrogations persistantes, la Loi « Travail » est venue préciser deux éléments : d'une part, les termes « *toute atteinte à la sécurité des tiers* »¹⁰⁶⁵ ont été remplacés par « *tout risque manifeste d'atteinte à la sécurité des tiers* »¹⁰⁶⁶, ce qui restreint la responsabilité du médecin du travail aux seules situations pour lesquelles le risque est manifeste, et d'autre part, il a été précisé que la sécurité des tiers concerne uniquement les « *tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail* »¹⁰⁶⁷. Nous pouvons souligner que cette notion de protection de la sécurité des tiers est à mettre en corrélation directe avec les postes dits de « sécurité ». De ce fait, les médecins du travail doivent désormais s'assurer que l'état de santé des travailleurs ne présente pas, d'une part, de risques pour leur propre sécurité, mais également de risques pour la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail. La mission des services de santé au travail s'est donc élargie, mais cela ne signifie pas que le médecin du travail doive « *intégrer dans la surveillance de la santé des travailleurs la sécurité de tous les tiers* » ; cependant cela implique que « *la surveillance de l'état de santé doit se faire en*

¹⁰⁶³ ISTNF, « *Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi – zoom sur le volet droit santé-travail de la Loi dite Rebsamen* », Actualité Juridique, août 2015.

¹⁰⁶⁴ S. FANTONI QUINTON, « *Non, la notion de tiers ne signifie pas que le médecin du travail et son équipe vont dorénavant s'occuper de la santé de tous les terriens !* », ISTNF, 21 septembre 2015.

¹⁰⁶⁵ Article L.4622-3 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

¹⁰⁶⁶ Article L.4622-3 du Code du travail dans sa version en vigueur à partir du 1^{er} décembre 2017.

¹⁰⁶⁷ Article L.4622-3 du Code du travail.

« fonction » de ce paramètre »¹⁰⁶⁸. Ainsi, cette nouvelle disposition élargit le champ de la responsabilité du médecin du travail.

Ces dernières années, les employeurs ont tendance à se retourner davantage contre les services de santé au travail pour manquement dans leurs obligations légales, réglementaires ou contractuelles dans le but d'instaurer un partage de responsabilité lorsque leur propre responsabilité est engagée. En nous appuyant sur les contentieux actuels, nous pouvons anticiper l'émergence d'une nouvelle tendance des employeurs à tenter une action contre le service de santé au travail et/ou le médecin du travail dans l'hypothèse où leur responsabilité serait engagée du fait de la compromission de la sécurité des tiers.

De même, les « tiers » ou leurs ayants droit ayant subi un préjudice seraient également fondés à rechercher la responsabilité civile du service de santé au travail et/ou du médecin du travail pour manquement à sa mission. Néanmoins, cela apparaît peu probable dans la mesure où il conviendrait d'établir la preuve selon laquelle le médecin du travail est en partie responsable du dommage, alors que l'avis émis par le médecin du travail est émis à un instant T et que l'état de santé du salarié étant susceptible d'évoluer entre deux visites.

Si la mise en cause de la responsabilité civile du service de santé au travail ou du médecin du travail apparaît limitée dans le cadre de la protection de la sécurité des tiers, en revanche, dans le domaine de la mission de conseil vis-à-vis de l'employeur relative à la prévention des risques professionnels, une mise en cause de leur responsabilité civile peut être sérieusement envisagée à l'avenir.

2/ Le renfort des attentes des employeurs relatives à la mission de conseil du médecin du travail

Le médecin du travail a une mission de conseil vis-à-vis de l'employeur¹⁰⁶⁹, et afin d'assurer une traçabilité des conseils délivrés, le médecin du travail dispose d'un outil essentiel : la fiche d'entreprise. Elle doit être établie par l'équipe pluridisciplinaire dans toutes les entreprises suivies, quel que soit le nombre de salariés¹⁰⁷⁰. Cependant, force est de

¹⁰⁶⁸ S. FANTONI QUINTON, « Non, la notion de tiers ne signifie pas que le médecin du travail et son équipe vont dorénavant s'occuper de la santé de tous les terriens ! », ISTNF, 21 septembre 2015.

¹⁰⁶⁹ Article R.4623-1 du Code du travail.

¹⁰⁷⁰ Article R.4624-46 du Code du travail.

constater qu'aujourd'hui le taux de réalisation de la fiche d'entreprise reste encore trop faible¹⁰⁷¹, pourtant la fiche d'entreprise est devenue un outil indispensable nécessaire à la mission de conseil du médecin du travail. D'ailleurs, l'association Présanse prévoit, dans les 10 Engagements pour la santé au travail¹⁰⁷², comme objectif n° 1 d'aider toutes les entreprises à évaluer leurs risques professionnels, ce qui implique la réalisation de la fiche d'entreprise avec un objectif à 90 % de couverture à l'horizon 2022. La fiche d'entreprise permet en effet au médecin d'y inscrire les conseils délivrés en matière de prévention des risques professionnels et devrait constituer un outil de dialogue entre le médecin du travail et l'employeur. Le respect par le médecin de sa mission de conseil vis-à-vis de l'employeur étant de plus en plus attendu, en cas de carence dans ce domaine, nous pouvons imaginer que l'employeur puisse exercer une action en responsabilité civile à l'encontre du médecin du travail et/ou du service de santé au travail. De même, si le médecin du travail manque à son devoir de signalement en présence d'un risque collectif pour la santé ou la sécurité des salariés¹⁰⁷³, la responsabilité civile du service de santé au travail ou du médecin du travail pourrait également être recherchée.

Par ailleurs, la fiche d'entreprise constitue dorénavant une formalité nécessaire préalable à toute déclaration d'inaptitude, permettant ainsi de s'assurer que le médecin du travail a une bonne connaissance des conditions de travail globales de l'entreprise ou de l'établissement avant d'émettre son avis. À ce titre, il appartient au médecin du travail d'indiquer expressément sur l'avis d'inaptitude la date à laquelle la fiche d'entreprise a été mise à jour, conformément au modèle de l'avis d'inaptitude prévu par l'arrêté du 16 octobre 2017.

Dans un premier temps, les contentieux autour de la fiche d'entreprise concerneront probablement les vices de forme en lien avec le formalisme de l'avis d'inaptitude. En effet, si le médecin du travail omet d'indiquer la date d'actualisation de la fiche d'entreprise ou si celle-ci n'a pas été réalisée, en cas de contentieux, les juges pourraient invalider l'avis d'inaptitude en raison d'un vice de forme. Plus globalement, nous pouvons penser que le contentieux sera amené à se développer en cas de défaillance du médecin dans sa mission de conseil, et

¹⁰⁷¹ Le rapport d'activité de l'ACMS de 2019 souligne que « plus de 64 % des lieux de travail suivis disposaient d'une Fiche d'entreprise ».

¹⁰⁷² PRÉSANSE, « 10 engagements pour la santé au travail, mission santé travail », Audition de Présanse auprès de Charlotte LECOQ, Henri FOREST et Bruno DUPUIS, Paris, 8 mars 2018.

¹⁰⁷³ Article L.4624-9 du Code du travail.

notamment en l'absence de conseil pour la détermination des postes à risques de l'entreprise, mission dévolue aux employeurs depuis 2017.

B – La détermination par l'employeur des postes présentant des risques particuliers pour la santé ou la sécurité des salariés

Le salarié occupant un poste « *présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou de tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail* » bénéficie d'un suivi individuel renforcé de son état de santé¹⁰⁷⁴. Le Code du travail liste les postes présentant des risques particuliers à l'article R.4624-23 du Code du travail¹⁰⁷⁵, mais cette liste n'est pas exhaustive dans la mesure où cet article prévoit également que l'employeur puisse la compléter s'il l'estime nécessaire. Dans ce cas, il doit prendre sa décision après avis du CSE et du médecin du travail, en cohérence avec le DUERP et la fiche d'entreprise¹⁰⁷⁶. Cette nouvelle prérogative à la charge de l'employeur l'implique davantage dans le suivi individuel des salariés dans la mesure où il est le plus à même de connaître précisément les risques inhérents à chaque poste de travail. Le médecin du travail a également un rôle de premier ordre puisqu'il lui appartient de conseiller l'employeur dans ce domaine. Néanmoins, si chaque acteur n'assure pas correctement cette nouvelle mission cela pourrait être à l'origine de contentieux en santé au travail. Ainsi, des litiges pourraient naître entre l'employeur et le médecin du travail lorsque le médecin n'assure pas correctement sa mission de conseil (1), mais des litiges pourraient également survenir entre le salarié et l'employeur lorsque ce dernier n'a pas estimé nécessaire de compléter la liste des postes à risque alors que le poste du salarié présentait des risques particuliers (2).

¹⁰⁷⁴ Article R.4624-22 du Code du travail.

¹⁰⁷⁵ En application de l'article R.4624-23 du Code du travail, les salariés suivants bénéficient d'un suivi individuel renforcé de leur état de santé en raison d'une affectation à un poste présentant des risques particuliers : exposition à l'amiant, au plomb, aux agents CMR, aux agents biologiques des groupes 3 et 4, aux rayonnements ionisants, au risque hyperbare, au risque de chute de hauteur lors des opérations de montage et de démontage d'échafaudages, ainsi que les jeunes en formation professionnelle affectés à des travaux dangereux (R.4153-40), les salariés exposés au risque électrique (R.4544-10), les salariés portant des charges de plus de 55 kg (R.4541-9) et enfin les salariés ayant des autorisations de conduite (R.4323-56).

¹⁰⁷⁶ Article R.4624-23 du Code du travail.

1/ La portée des conseils délivrés par le médecin du travail pour la détermination des postes présentant des risques particuliers

Le médecin du travail a une obligation générale de conseil vis-à-vis de l'employeur¹⁰⁷⁷, obligation qui inclut désormais le conseil dans la détermination des postes présentant des risques particuliers. Ainsi, il lui appartient d'indiquer à l'employeur s'il estime que certains postes sont susceptibles de présenter des risques particuliers pour la santé ou la sécurité des travailleurs ou de tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail. Afin de remplir au mieux cette mission, le médecin doit avoir une connaissance approfondie des postes de travail de l'entreprise ainsi que des risques professionnels, ce qui rend indispensables les actions sur le milieu de travail. En ce sens, il sera recommandé au médecin de retranscrire les conseils délivrés sur la fiche d'entreprise afin d'assurer une traçabilité des préconisations collectives. En effet, les conseils délivrés par le médecin dans ce domaine permettront à l'employeur de compléter la liste des postes à risques et ainsi d'assurer une meilleure protection de la santé des salariés. Si l'employeur estime que le médecin n'a pas satisfait à sa mission de conseil, il pourrait intenter une action en responsabilité civile à l'encontre du médecin, mais également du service de santé au travail¹⁰⁷⁸. Une telle responsabilité pourrait être retenue en cas de carence avérée dans la mission de conseil du médecin du travail et notamment en l'absence de fiche d'entreprise. En outre, la responsabilité civile du service de santé au travail pourrait également être engagée si celui-ci n'a pas mis à disposition du médecin du travail les moyens suffisants lui permettant de remplir sa mission (insuffisance de temps consacré aux actions sur le milieu de travail, insuffisance de moyens humains, etc.).

L'employeur se doit d'accorder une attention particulière à la détermination des postes à risques dans la mesure où cela a nécessairement un impact sur les mesures de prévention des risques professionnels à mettre en œuvre.

¹⁰⁷⁷ Article R.4623-1 du Code du travail.

¹⁰⁷⁸ Le médecin du travail exerçant au sein d'un service de santé au travail interentreprises est le préposé de ce service.

2/ L'importance de la détermination des postes présentant des risques particuliers pour la prévention des risques professionnels

Comme nous l'avons précédemment souligné, l'employeur peut, s'il l'estime nécessaire, compléter la liste des postes à risque, après avis du médecin du travail et du CSE, cela permettant ainsi aux salariés de bénéficier d'un suivi individuel renforcé de leur état de santé. Cette décision de l'employeur doit être réfléchie et en adéquation avec l'évaluation des risques professionnels, l'inscription par l'employeur d'un ou de plusieurs postes sur la liste des postes à risques induisant plusieurs obligations à sa charge. Tout d'abord, l'employeur doit mettre à jour cette liste tous les ans, et il doit également motiver par écrit l'inscription de tout poste sur cette liste¹⁰⁷⁹, laquelle doit être transmise à son service de santé au travail et tenu à disposition du DIRECCTE et des organismes de sécurité sociale. Ensuite, l'inscription de tout poste sur cette liste implique également pour l'employeur de mettre en œuvre des mesures de prévention des risques professionnels adaptées aux risques. En effet, dans ce contexte, l'employeur ne pourra pas ignorer que le poste comporte des risques particuliers et par conséquent, il devra mettre en œuvre l'ensemble des mesures de prévention nécessaires et adéquates en vue de parer les risques identifiés.

Si un salarié est victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et qu'il estime que l'employeur aurait dû inscrire le poste de travail qu'il occupe comme poste à risques, lui permettant ainsi de bénéficier d'un suivi individuel renforcé, la responsabilité civile de l'employeur pourrait être reconnue par les juges pour manquement à son obligation de sécurité. Nous pouvons citer par exemple la situation des salariés chauffeurs poids lourds, lesquels ne bénéficient pas automatiquement d'un suivi individuel renforcé de leur état de santé. Il appartient ainsi à l'employeur d'identifier ce poste comme étant à risque particulier s'il l'estime nécessaire. En cas d'accident du travail, le salarié pourrait exercer une action en responsabilité civile à l'encontre de son employeur, notamment si le médecin du travail avait conseillé à l'employeur d'inscrire ce poste comme poste à risques, mais que l'employeur n'a pas suivi ses préconisations. Dans ce contexte, la faute inexcusable de l'employeur pourrait également être recherchée, le salarié pouvant démontrer que l'employeur avait connaissance du danger, mais qu'il n'a pas pris les mesures visant à prévenir les risques professionnels.

¹⁰⁷⁹ Article R.4624-23 du Code du travail.

Dans le cadre des échanges avec des adhérents de l'ACMS, nous avons pu observer dès le mois de janvier 2017 différents comportements de la part de certains employeurs quant à la détermination des postes à risques. Le premier comportement observé est celui d'employeurs n'ayant pas souhaité compléter la liste des postes à risques malgré les conseils avisés du médecin du travail, estimant que cela entraînerait davantage de visites médicales pour les salariés, ce qui conduirait à une perte de temps et à un coût supplémentaire pour l'entreprise. Ce coût supplémentaire est lié au fait que les visites et les examens médicaux doivent en principe avoir lieu durant le temps de travail des salariés, et à défaut, le temps nécessaire à ces visites est rémunéré par l'employeur comme du temps de travail effectif. De même, l'employeur doit également prendre en charge le temps et les frais de transport liés aux examens médicaux¹⁰⁸⁰.

Le second comportement observé est celui d'employeurs ayant, au contraire, estimé qu'au vu de la cotisation annuelle payée au service de santé au travail, l'inscription de tous les postes de l'entreprise sur la liste des postes à risques permettrait aux salariés de bénéficier de manière plus fréquente d'un examen médical réalisé par le médecin du travail. Cependant, ces employeurs se sont aperçus que l'inscription de postes sur la liste des postes à risques devait être justifiée par la nature du poste de travail et que cela entraînait des obligations à leur charge. Enfin, certains employeurs n'ont pas souhaité compléter la liste des postes à risques indiquant que cela générerait trop d'obligations. À titre d'exemple, en 2020, un médecin du travail de l'ACMS a repris le suivi des salariés travaillant sur la piste d'un aéroport. Au vu des risques professionnels inhérents au travail sur piste (conduite d'engins de piste très spéciaux, activité en marche et station debout non protégée, avec port de casque antibruit et risque d'accident d'autant plus important en co-activité permanente avec beaucoup d'autres intervenants), le médecin a conseillé l'entreprise de faire bénéficier ces salariés d'un suivi individuel renforcé de leur état de santé. Or, l'employeur n'a pas suivi les préconisations du médecin du travail en invoquant que l'inscription de postes de travail sur la liste des postes « à risque » générerait des obligations importantes à la charge de l'employeur (mise à jour de la liste tous les ans, mise à disposition de la liste au DIRECCTE, plan de prévention).

¹⁰⁸⁰ Article R.4624-39 du Code du travail.

Il est intéressant d'analyser ces comportements émanant d'employeurs, dans la mesure où cela dénote de leur insatisfaction quant au fonctionnement du système de santé au travail, même si ces comportements se situent à la marge et ne concernent en réalité qu'une minorité d'employeurs.

Les dernières réformes de la santé au travail ont par ailleurs soulevé un nombre important de nouvelles interrogations pour les services de santé au travail, les employeurs et les salariés, ce qui n'est pas favorable à la sécurité juridique des relations en santé au travail.

SECTION 2 : DE NOUVEAUX RISQUES D'INSÉCURITÉ JURIDIQUE INDUITS PAR LES DERNIÈRES RÉFORMES

La Loi « Travail » a permis des avancées concernant la faisabilité du suivi individuel de l'état de santé des salariés, tout en réaffirmant l'universalité du suivi¹⁰⁸¹, mais elle a aussi généré de nouveaux questionnements mettant un peu plus en péril la sécurité juridique des employeurs et des services de santé au travail. Ces nouveaux questionnements concernent le suivi individuel de l'état de santé des salariés et les échanges entre le médecin du travail et l'employeur (§1), la procédure d'inaptitude (§2) ainsi que les modalités de contestation des avis émis par le médecin (§3).

§1 – Le suivi individuel de l'état de santé des salariés et les échanges entre le médecin du travail et l'employeur, sources potentielles de nouveaux contentieux en santé au travail

Les dernières réformes en santé au travail ont modifié les modalités de suivi individuel de l'état de santé des salariés en renforçant notamment les missions exercées par les IDEST. Si ces nouvelles modalités de suivi individuel permettent aux salariés de bénéficier d'un suivi individuel plus ciblé en fonction de leur état de santé, de leurs conditions de travail et des risques professionnels auxquels ils sont exposés, il n'en demeure pas moins que de nouveaux questionnements juridiques et pratiques sont apparus (A). Par ailleurs, afin d'optimiser la réalisabilité des préconisations émises par le médecin du travail et d'en assurer un meilleur suivi, le médecin du travail doit dorénavant procéder à un échange préalable avec le salarié et l'employeur, ce qui a également suscité de nouveaux questionnements juridiques et pratiques (B).

¹⁰⁸¹ Article L.4624-1 du Code du travail.

A – Un nouveau suivi individuel marqué par des interrogations juridiques et pratiques

Les nouvelles dispositions relatives au suivi individuel de l'état de santé des salariés ont soulevé des interrogations quant à l'orientation des salariés vers le médecin du travail à l'issue des visites réalisées par l'IDEST (1) et au sujet de l'organisation de la visite d'information et de prévention pour les salariés en contrat à durée déterminée (2).

1/ L'orientation des salariés vers le médecin du travail à l'issue des visites réalisées par l'IDEST

Dans le cadre du suivi individuel de leur état de santé, les salariés qui ne sont pas affectés à un poste présentant des risques particuliers bénéficient d'une VIP réalisée par un professionnel de santé, c'est-à-dire par le médecin du travail lui-même ou sous son autorité, par le collaborateur médecin, l'IDEST ou l'interne¹⁰⁸². Lorsqu'un autre professionnel de santé que le médecin du travail réalise la VIP, il a la possibilité d'orienter « sans délai » le salarié vers le médecin du travail, dans le respect du protocole écrit¹⁰⁸³. De même, pour certains salariés (travailleurs handicapés, travailleurs déclarant être titulaires d'une pension d'invalidité, femmes enceintes, venant d'accoucher ou allaitantes) cette orientation « sans délai » vers le médecin du travail est obligatoire, afin qu'ils bénéficient d'un suivi adapté de leur état de santé¹⁰⁸⁴ et si nécessaire que le médecin du travail préconise des aménagements de poste¹⁰⁸⁵.

Le Code du travail ne précise pas la signification de la notion d'orientation « sans délai », ce qui a donné lieu à des interrogations au sein des services de santé au travail, auxquelles la DGT¹⁰⁸⁶ a partiellement répondu en précisant que si l'IDEST estime à l'issue de la VIP qu'une orientation est nécessaire, « *le service de santé au travail convoquera le salarié dans les meilleurs délais* ». La DGT précise également « *qu'en fonction de l'organisation du service, cette visite peut même avoir lieu immédiatement* ». Cela peut être envisageable au sein des

¹⁰⁸² Article L.4624-1 du Code du travail.

¹⁰⁸³ Article L.4624-1 du Code du travail.

¹⁰⁸⁴ Articles L.4624-1 et R.4624-19 du Code du travail.

¹⁰⁸⁵ Article R.4624-20 du Code du travail.

¹⁰⁸⁶ CISME, « *Informations juridiques : application des dispositions réglementaires — Orientation sans délai et internat* », Informations mensuelles, novembre 2017.

services de santé au travail autonomes lorsque le médecin du travail est présent en même temps que l'IDEST, mais cela paraît très difficilement réalisable au sein des services de santé au travail interentreprises. La DGT ajoute que « *la réorientation vers le médecin du travail est immédiate par la programmation d'un rendez-vous avec le médecin du travail dans les meilleurs délais* », cette interprétation ayant été confirmée par le CISME en novembre 2017¹⁰⁸⁷, lequel précise que l'orientation doit se faire au plus vite, mais que cela n'oblige pas le médecin du travail à voir le salarié sur le champ. Cependant, le CISME ajoute que cette hypothèse doit être possible « *dès lors qu'une situation le commande* ». Le CNOM a également été amené à apporter des précisions quant à cette notion d'orientation « sans délai ». Dans un courrier du 20 septembre 2017¹⁰⁸⁸, il est précisé que cette orientation est mise en œuvre « *dans le cadre du protocole élaboré par le médecin du travail* ». Le CNOM ajoute que selon lui, « *il convient de prévoir que l'infirmier qui pratique la visite d'orientation et de prévention doit prévenir le médecin du travail sans délai, au besoin par téléphone pour lui exposer le problème et le contexte* ». Le CNOM considère qu'il appartient ensuite au « *médecin du travail d'apprécier la conduite à tenir : consultation immédiate du salarié [ou] temporisation (et prise de RDV) si le médecin estime le risque acceptable* ». Cette dernière préconisation du CNOM (appel du médecin du travail) n'est pas toujours réalisable, notamment lorsque le médecin n'est pas présent dans le service de santé au travail, ou qu'il est dans une autre entreprise, ou encore lorsqu'il ne travaille pas. Malgré les précisions apportées par la DGT et le CNOM, cette nouvelle disposition pourra être source de litiges entre l'employeur ou le salarié et le médecin du travail, notamment lorsque l'orientation s'est faite tardivement, et que cela aura abouti à un accident du travail survenu avant la nouvelle visite réalisée par le médecin du travail. Par ailleurs, l'orientation vers le médecin du travail à l'issue de la VIP peut également être à l'origine de stigmatisation pour le salarié, cela pouvant laisser entrevoir à l'employeur qu'il existe une problématique de santé particulière pour ce salarié.

¹⁰⁸⁷ Informations Mensuelles CISME, « *Informations juridiques : application des dispositions réglementaires — Orientation sans délai et internat* », novembre 2017.

¹⁰⁸⁸ Lettre du CNOM, Docteur François SIMON, pour Monsieur le Docteur Christian EXPERT, vice-Président SGMT, 20 septembre 2017.

Dans un tout autre registre, une autre problématique mérite d'être soulevée s'agissant de l'organisation des visites d'information et de prévention pour les salariés titulaires d'un contrat à durée déterminée.

2/ L'absence de délai spécifique concernant l'organisation des VIP pour les salariés en contrat à durée déterminée

La Loi « Travail » a réaffirmé le principe de l'universalité du suivi individuel de l'état de santé des salariés en précisant que « *tout travailleur bénéficie [...] d'un suivi individuel de son état de santé* »¹⁰⁸⁹. Il est précisé que pour certains travailleurs, dont les salariés en contrat à durée déterminée, un décret prévoit « *les adaptations des règles* » du suivi individuel, mais ces « *adaptations leur garantissent un suivi individuel de leur état de santé d'une périodicité équivalente à celle du suivi des salariés en contrat durée indéterminée* »¹⁰⁹⁰. Le décret du 27 décembre 2017 spécifie seulement que les dispositions relatives au suivi individuel de l'état de santé des salariés « *sont applicables aux travailleurs titulaires de contrats à durée déterminée* ». Le texte précise que « *ces travailleurs bénéficient d'un suivi individuel de leur état de santé d'une périodicité équivalente à celui des salariés en contrat à durée indéterminée* »¹⁰⁹¹, ce qui signifie que les dispositions applicables pour les salariés titulaires d'un contrat à durée déterminée ne prévoient pas de délai spécifique pour la réalisation des VIP. Pour les salariés bénéficiant d'un suivi individuel renforcé cela ne pose pas de difficulté dans la mesure où l'examen médical d'embauche doit impérativement être réalisé avant l'embauche¹⁰⁹² alors que pour les autres, la VIP doit avoir lieu dans les trois mois suivant la prise effective du poste de travail. Ainsi, pour les salariés en CDD de moins de trois mois n'entrant pas dans le champ de la dispense de réalisation de la VIP visée à l'article R.4624-15 du Code du travail, la question du délai de réalisation de la VIP doit être posée. En effet, étant donné qu'il n'existe pas de délai spécifique, afin de respecter ses obligations réglementaires, l'employeur doit organiser la VIP avant la fin du contrat de travail du salarié. Pourtant, les salariés titulaires d'un CDD présentent un risque accru d'être victime d'un accident du travail en raison des insuffisances de consignes de prévention. Pourtant, nombre de ces salariés ne

¹⁰⁸⁹ Article L.4624-1 du Code du travail.

¹⁰⁹⁰ Article L.4625-1-1 du Code du travail.

¹⁰⁹¹ Article R.4625-1 du Code du travail.

¹⁰⁹² Article R.4624-24 du Code du travail.

bénéficieront pas d'une visite au moment de leur embauche. Par exemple, un adhérent de l'ACMS a demandé l'organisation d'une VIP le 29 mars 2018 pour son salarié embauché en CDD du 12 mars 2018 au 31 mars 2018. Cette même situation s'est présentée à plusieurs reprises avec plusieurs adhérents. Lorsque la VIP est demandée alors que le contrat arrive à son terme, elle n'a que peu d'utilité pour la prévention des risques professionnels. De ce fait, nous pouvons nous interroger sur le fait de savoir si la responsabilité de l'employeur pourra être engagée en cas de demande tardive de visite. Face à l'imprécision des textes, nous pouvons penser que des contentieux à ce sujet pourront naître entre le salarié et l'employeur.

De nouvelles interrogations ont également découlé de l'échange que le médecin du travail doit réaliser avec l'employeur et le salarié en amont de toute préconisation individuelle.

B – Les difficultés liées à l'obligation d'échange avec le salarié et l'employeur en amont de toute préconisation individuelle d'aménagement de poste ou d'avis d'inaptitude émis par le médecin du travail

Lorsque le médecin du travail émet un avis d'inaptitude ou lorsqu'il préconise des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail, il doit procéder à un échange préalable avec le salarié et l'employeur. L'échange avec l'employeur peut s'avérer problématique concernant les préconisations individuelles d'aménagement de poste (1) et le médecin du travail doit également échanger avec le salarié inapte dans le cadre de la procédure de reclassement, ce qui peut être à l'origine de litiges (2).

1/ Les difficultés rencontrées par les médecins du travail lors des échanges avec l'employeur dans le cadre des préconisations individuelles d'aménagement de poste

L'obligation d'échange préalable avec l'employeur au sujet des préconisations individuelles d'aménagement de poste a été introduite par la Loi « Travail », mais en pratique, avant l'introduction de cette obligation, de nombreux médecins du travail procédaient déjà à cet échange. Même si cela n'est pas expressément indiqué dans le Code du travail, nous

pouvons penser que l'échange avec l'employeur peut avoir lieu par tout moyen, comme cela est le cas pour l'échange réalisé dans le cadre de la procédure d'inaptitude¹⁰⁹³. Si cet échange est nécessaire pour s'assurer de la faisabilité des préconisations émises par le médecin du travail, il n'en demeure pas moins que certains médecins peuvent rencontrer des difficultés pour procéder à cet échange.

L'objectif premier de l'obligation d'échange préalable avec l'employeur est d'éviter les situations dans lesquelles le médecin du travail émet des préconisations individuelles que l'employeur n'est pas en mesure de mettre en œuvre. En outre, ces échanges permettent au médecin du travail d'expliquer à l'employeur la nécessité de mettre en œuvre ces aménagements de poste et leurs modalités d'application. Ces échanges sont aussi l'occasion de réfléchir plus globalement autour des risques professionnels inhérents à l'entreprise, ce qui permet, par le biais d'une situation individuelle, d'aboutir à des préconisations collectives. En conséquence, les échanges avec l'employeur apparaissent nécessaires et sont indispensables à la protection effective de l'état de santé des salariés.

Cependant, le fait d'instaurer une obligation d'échange, lequel permet de valider juridiquement l'avis émis par le médecin du travail, peut générer des difficultés d'ordre pratique, notamment dans les services de santé au travail interentreprises. En effet, contrairement aux médecins du travail exerçant au sein d'un service de santé au travail autonome, les médecins exerçant leur activité au sein d'un service de santé au travail interentreprises assurent le suivi des salariés de plusieurs dizaines voire centaines d'employeurs différents, ce qui peut rendre difficile l'échange systématique avec chaque employeur. De plus, ces médecins du travail ne sont pas installés dans les locaux de l'entreprise, ce qui peut également rendre plus difficiles les échanges avec l'employeur et même parfois l'identification de la personne-ressource dans l'entreprise, notamment dans les entreprises appartenant à un groupe.

D'un point de vue pragmatique, cette obligation d'échange avec l'employeur génère pour le médecin du travail un besoin supplémentaire de temps médical, d'autant qu'aujourd'hui, il assure principalement le suivi individuel des salariés occupant un poste présentant des risques particuliers ou ayant des fragilités. Par conséquent, le temps consacré aux visites médicales

¹⁰⁹³ Article R.4624-42 du Code du travail.

est amené à s'allonger, or cela n'est pas toujours pris en considération par les services de santé au travail interentreprises dans la gestion du temps médical.

Par ailleurs, la portée de l'échange préalable entre le médecin et l'employeur a été interprétée de manière erronée par certains employeurs, ces derniers pensant que l'employeur avait la possibilité de valider ou d'invalider les préconisations émises par le médecin. Or, l'obligation du médecin du travail consiste à échanger avec l'employeur, mais il ne lui est pas nécessaire d'obtenir son autorisation avant d'émettre des préconisations individuelles d'aménagement de poste.

Enfin, avant d'émettre une préconisation individuelle d'aménagement de poste, le médecin du travail doit également procéder à un échange avec le salarié¹⁰⁹⁴, ce qui ne pose aucune difficulté dans la mesure où cet échange a lieu durant la visite médicale. En revanche, les échanges systématiques avec les salariés peuvent s'avérer plus difficiles à mettre en place lorsque cela concerne les précisions demandées par l'employeur au sujet de ses recherches de reclassement pour les salariés déclarés inaptes.

2/ Les échanges entre le médecin du travail et le salarié à l'issue de la procédure d'inaptitude

Les échanges entre le médecin du travail et le salarié ont lieu à l'occasion de l'ensemble des visites médicales et précèdent toute décision médicale. Plus précisément, le législateur a instauré l'obligation pour le médecin du travail de recevoir le salarié afin d'échanger sur l'avis et les indications ou les propositions qu'il pourrait adresser à l'employeur¹⁰⁹⁵. Cette disposition ne pose aucune difficulté dans le cadre d'une préconisation individuelle d'aménagement de poste ou d'un avis d'inaptitude, l'échange ayant lieu au cours de la visite médicale. Cependant, cet échange peut être plus complexe à organiser à la suite de l'avis d'inaptitude, dans le cadre des précisions apportées à l'employeur pour sa recherche de reclassement. Ainsi, lorsque le médecin émet un avis d'inaptitude, il assortit son avis de

¹⁰⁹⁴ Article L.4624-3 du Code du travail.

¹⁰⁹⁵ Article L.4624-5 du Code du travail.

conclusions écrites et d'indications relatives au reclassement du salarié¹⁰⁹⁶. La jurisprudence de la Cour de cassation incite les employeurs à se rapprocher du médecin du travail afin d'obtenir des précisions complémentaires à l'avis d'inaptitude en cas de besoin, car elle considère que les réponses apportées postérieurement au constat régulier de l'inaptitude par le médecin du travail sur les possibilités éventuelles de reclassement concourent à la justification par l'employeur de l'impossibilité de remplir cette obligation¹⁰⁹⁷. En parallèle de cela, le CNOM a rappelé que « *le salarié doit être tenu informé par le médecin du travail de tous les courriers qu'il adresse à son sujet* »¹⁰⁹⁸. De ce fait, lorsque le médecin du travail apporte des précisions à l'employeur concernant les possibilités de reclassement, il doit également les transmettre au salarié. En outre, l'article L.4624-5 du Code du travail va au-delà de l'information du salarié concomitamment à la réponse apportée à l'employeur puisqu'il est indiqué que le médecin du travail doit recevoir le salarié afin d'échanger sur l'avis et les indications ou les propositions qu'il pourrait adresser à l'employeur. Par conséquent, des litiges pourraient naître si le médecin du travail ne respecte pas scrupuleusement ce texte. D'ailleurs, une salariée déclarée inapte par un médecin du travail de l'ACMS a intenté une action à l'égard de ce médecin devant le TGI, estimant que les précisions apportées par le médecin du travail postérieurement au constat de l'inaptitude ont empêché l'employeur de lui proposer un poste de reclassement, ce qui a conduit à son licenciement. Dans cette affaire, une salariée gardienne d'immeuble a été déclarée inapte par le médecin du travail, ce dernier ayant indiqué qu'elle pourrait occuper un poste administratif à temps très partiel. Postérieurement à l'avis d'inaptitude, le médecin a précisé à l'employeur que la salariée pourrait occuper un poste d'accueil simple, assise, à raison de deux heures par jour, mais le médecin avait omis de transmettre cette réponse à la salariée, ce qui n'a pas permis à la salariée de contester ces préconisations. De même, dans une autre affaire¹⁰⁹⁹, l'inspecteur du travail a refusé le licenciement d'un salarié inapte protégé au motif que le médecin du travail avait répondu à trois reprises aux sollicitations de l'employeur dans le cadre de la procédure de reclassement en transmettant au salarié seulement deux des trois courriers de réponse. L'inspecteur du travail a alors refusé le licenciement considérant « *que le médecin du travail*

¹⁰⁹⁶ Article L.4624-4 du Code du travail.

¹⁰⁹⁷ Cass. soc., 15 décembre 2015, n° 14-11.858, *Bull. civ.*, 2016, n° 841, *Soc.*, n° 596.

¹⁰⁹⁸ Conseil national de l'Ordre des Médecins, « *Le dossier médical en santé au travail (DMST)* », Rapport adopté par le CNOM lors de la session des 17 et 18 décembre 2015, Dr F. X. LEY.

¹⁰⁹⁹ Décision de refus d'autorisation de licenciement d'un salarié protégé — 3 novembre 2017, Val de Marne.

s'est prononcé sur un troisième poste, sans que [le salarié] ne soit destinataire de cet avis, qu'en l'absence de transmission de ces différentes indications et avis [au salarié], celui-ci n'a pas été à même de les contester avant l'engagement de la procédure de licenciement et la tenue de l'entretien préalable ». Par conséquent, l'inspecteur conclut que « *la procédure de licenciement est entachée d'illégalité* ».

Ces dernières années nous voyons émerger un contentieux en lien avec l'obligation d'échanges avec le salarié dans le cadre des précisions apportées par le médecin à l'employeur pour sa recherche de reclassement, même si la Cour de cassation ne s'est encore jamais prononcée à ce sujet.

Les dernières réformes ont également entraîné de nouveaux questionnements juridiques en lien avec la procédure d'inaptitude.

§2 – La complexité de la nouvelle procédure d'inaptitude

La Loi « Travail » et son décret d'application du 27 décembre 2016 ont modifié la procédure par laquelle le médecin du travail peut déclarer un salarié inapte à son poste de travail. La volonté du législateur était de simplifier la procédure d'inaptitude, mais après analyse de celle-ci, l'objectif de simplification n'est pas atteint (A). Le législateur a également ajouté la possibilité pour le médecin du travail de dispenser l'employeur de rechercher un poste de reclassement lorsqu'il constate que « *l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi* » ou lorsque « *tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé* »¹¹⁰⁰. Cependant, ces nouvelles dispositions sont source de tensions entre l'employeur et le médecin du travail et induisent surtout des questionnements juridiques majeurs (B).

A – L'échec de la volonté de simplification de la procédure d'inaptitude

La notion d'inaptitude n'était définie par aucun texte avant les précisions apportées par la Loi « Travail », et face à cette carence des organisations syndicales ont proposé dès 2009 une définition de l'inaptitude : elle « *se définit comme l'existence de contre-indication*

¹¹⁰⁰ Article R.4624-42 du Code du travail.

physique ou psychique entraînant une restriction pour le salarié de remplir une ou plusieurs tâches liées à son poste de travail »¹¹⁰¹. Cette définition reste, selon nous, trop imprécise dans la mesure où elle peut également correspondre à une nécessité d'aménagement, d'adaptation ou de transformation de poste. En 2016, l'inaptitude a été définie par le législateur comme la situation dans laquelle « *le médecin du travail [...] constate qu'aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail occupé [par le salarié] n'est possible et que l'état de santé [de ce dernier] justifie un changement de poste* »¹¹⁰². En plus d'apporter une définition de l'inaptitude, le décret d'application de la Loi « Travail » est venu modifier la procédure par laquelle le médecin du travail peut constater l'inaptitude d'un salarié. Le formalisme préalable nécessaire à la déclaration d'inaptitude a été renforcé (2) tout en permettant au médecin d'émettre un avis d'inaptitude en un seul examen médical. Dans le cas où le médecin souhaiterait réaliser deux examens médicaux, le délai entre ces deux examens a été modifié (1).

1/ La modification du délai entre les deux examens médicaux constatant l'inaptitude du salarié

Avant le 1^{er} janvier 2017, le médecin du travail pouvait constater l'inaptitude médicale d'un salarié à son poste de travail uniquement s'il avait réalisé deux examens médicaux de l'intéressé espacés de deux semaines minimum¹¹⁰³. Seules deux exceptions étaient prévues à cette obligation de double examen médical nécessaire à la déclaration d'inaptitude. Ainsi, le médecin pouvait émettre un avis d'inaptitude en un seul examen uniquement lorsque le maintien du salarié à son poste de travail entraînait un danger immédiat pour sa santé ou sa sécurité ou celles des tiers, ou lorsque le médecin avait réalisé un examen de préreprise dans un délai de trente jours au plus avant la visite de reprise¹¹⁰⁴. Dans tous les cas, le médecin du travail devait avoir réalisé une étude du poste de travail ainsi qu'une étude des conditions de travail dans l'entreprise¹¹⁰⁵. Cette procédure a fait l'objet de nombreuses jurisprudences, tant

¹¹⁰¹ Protocole d'accord sur la modernisation de la médecine du travail, CFDT, CFE-CGC, CFTC, CGT-FO, CGT, MEDEF, CGPME, UPA, 11 septembre 2009.

¹¹⁰² Article L.4624-4 du Code du travail.

¹¹⁰³ Article R.4624-31 du Code du travail dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2017.

¹¹⁰⁴ Article R.4624-31 du Code du travail dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2017.

¹¹⁰⁵ Article R.4624-31 du Code du travail dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2017.

sur le délai de deux semaines devant séparer les deux examens médicaux¹¹⁰⁶ que sur la procédure dérogatoire pour danger immédiat¹¹⁰⁷. La jurisprudence avait donc précisé avec stabilité les contours de la procédure d'inaptitude, et pourtant, le pouvoir réglementaire a modifié cette procédure arguant d'une volonté de simplification.

Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2017, l'obligation pour le médecin du travail d'émettre un avis d'inaptitude à la suite de deux examens médicaux espacés de deux semaines minimum a été supprimée, en raison notamment de l'absence de justification médicale de cet espacement. Dorénavant, le médecin du travail peut émettre un avis d'inaptitude à la suite d'un seul examen médical, et ce n'est que s'il estime qu'un second examen est nécessaire « *pour rassembler les éléments permettant de motiver sa décision* » qu'il devra réaliser un second examen dans un délai n'excédant pas quinze jours après le premier examen¹¹⁰⁸. Par conséquent, la procédure en un seul examen devient la règle et le double examen l'exception. Cependant, l'avis d'inaptitude doit être précédé d'une démarche visant à vérifier qu'aucune mesure d'aménagement de poste n'est possible, il s'agit donc du résultat d'un processus, ce qui signifie en réalité que « *l'inaptitude constatée après une seule visite est appelée à rester exceptionnelle* »¹¹⁰⁹.

Les nouvelles modalités de constatation de l'inaptitude sont source, par certains aspects, d'insécurité juridique. La première difficulté concerne le délai entre les deux examens qui est dorénavant un délai maximum et non plus minimum. De ce fait, avant de débiter une procédure d'inaptitude, il sera conseillé au médecin du travail d'être certain de pouvoir réaliser l'inaptitude dans le délai prévu par les textes. Les professeurs FANTONI QUINTON et VERKINDT soulignent qu'« *on peut comprendre la nécessité de ne pas laisser perdurer une incertitude tant pour le salarié que pour l'employeur, mais on ne peut s'empêcher d'être inquiet sur le respect du délai dans le contexte actuel du fonctionnement des services et de la surcharge de travail pesant sur les médecins* »¹¹¹⁰. Afin d'éviter tout risque de contentieux au

¹¹⁰⁶ Cass. soc., 20 septembre 2006, n° 05-40.241, *Bull. civ.*, 2006, V, n° 275 ; Conseil d'État, 4^e et 5^e sous-sections réunies, 17 juin 2009, n° 314729.

¹¹⁰⁷ Cass. soc., 19 janvier 2005, n° 03-40.765, *Bull. civ.*, 2005, V, n° 7, p. 6 ; Cass. soc. 11 mai 2005, n° 03-45.174, *Bull. civ.*, 2005, V, n° 155, p. 134 ; Cass. soc., 19 octobre 2005, n° 03-48.383, *Bull. civ.*, 2005, V, n° 292, p. 254.

¹¹⁰⁸ Article R.4624-42 du Code du travail.

¹¹⁰⁹ S. FANTONI QUINTON, P. Y. VERKINDT, « *Les chausse-trappes du nouvel encadrement de la décision d'inaptitude* », Semaine Sociale Lamy, 16 janvier 2017, n° 1752.

¹¹¹⁰ S. FANTONI QUINTON, P. Y. VERKINDT, « *Les chausse-trappes du nouvel encadrement de la décision d'inaptitude* », Semaine Sociale Lamy, 16 janvier 2017, n° 1752.

sujet de ce délai de quinze jours, les médecins du travail doivent se montrer particulièrement vigilants quant à la rédaction du « premier » avis d'inaptitude. En effet, il leur sera déconseillé d'utiliser les termes d'« *inaptitude temporaire* » ou encore d'« *avis d'inaptitude à confirmer* »¹¹¹¹, et de ce fait d'indiquer explicitement dès le premier examen médical qu'une procédure d'inaptitude est amorcée. Cela signifie que même si plusieurs examens sont nécessaires avant d'émettre l'avis d'inaptitude définitif, d'un point de vue purement formel, il sera préférable de rendre l'avis d'inaptitude en un seul examen, dans une recherche de sécurisation juridique.

Par ailleurs, les nouvelles modalités de déclaration d'un avis d'inaptitude se sont également accompagnées d'un renfort quant au formalisme de cet avis.

2/ Le formalisme préalable à la déclaration d'inaptitude renforcé

Avant de déclarer un salarié inapte à son poste de travail, le médecin devra s'assurer qu'il n'existe aucune possibilité d'aménager, d'adapter ou de transformer ce poste. Pour ce faire, le médecin devra procéder à une étude de poste et des conditions de travail, à un échange avec l'employeur, et indiquer la date à laquelle la fiche d'entreprise a été actualisée. La réalisation par le médecin du travail d'une étude de poste et des conditions de travail était déjà prévue par l'ancienne procédure d'inaptitude, mais le médecin peut dorénavant donner délégation à un membre de l'équipe pluridisciplinaire pour la réalisation de ces études¹¹¹². En revanche, l'obligation d'échange préalable avec l'employeur est une nouvelle obligation apportée par la Loi « Travail », même si cela vient acter une pratique déjà existante puisque souvent l'échange avec l'employeur avait lieu lors de l'étude de poste et des conditions de travail. Ainsi, ce point ne pose en principe aucune difficulté même si nous avons vu naître à la marge des litiges à ce propos. Par exemple, un employeur adhérent à l'ACMS a contacté le directeur du service médical en indiquant qu'« *un échange de trois minutes avec le médecin du travail ne constitue pas réellement un échange préalable* » avec l'employeur. Ensuite, au-delà de la qualité de l'échange avec l'employeur, la principale difficulté consiste en

¹¹¹¹ S. FANTONI QUINTON, P. Y. VERKINDT, « *Les chausse-trappes du nouvel encadrement de la décision d'inaptitude* », Semaine Sociale Lamy, 16 janvier 2017, n° 1752.

¹¹¹² Articles L.4624-4 et R.4624-42 du Code du travail.

l'identification de l'employeur. En effet, il n'est pas toujours aisé pour le médecin du travail de détenir une information fiable au sujet de l'identité de « l'employeur » dans une entreprise, notamment dans les grandes entreprises où l'échange aura souvent lieu avec un représentant de l'employeur, à savoir par exemple le directeur des ressources humaines. Par principe, il appartient à l'employeur de déterminer la personne compétente pour le représenter dans ce contexte. Enfin, dans le cadre du formalisme de l'avis d'inaptitude, le médecin du travail doit également indiquer la date à laquelle la fiche d'entreprise a été actualisée. Premièrement, cela suppose que la fiche d'entreprise existe, or nous savons qu'à ce jour toutes les entreprises ne bénéficient pas encore d'une fiche d'entreprise. Par conséquent, les médecins du travail doivent parfois réaliser la fiche d'entreprise dans des délais restreints afin de satisfaire à cette obligation, ce qui est chose peu aisée, même s'ils peuvent bénéficier de l'appui des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire pour réaliser cette fiche. Par conséquent et malgré tout le soutien que peuvent recevoir les médecins du travail dans l'exécution de cette tâche, la réalisation de la fiche d'entreprise avant l'émission d'un avis d'inaptitude reste une source de pression pour les médecins du travail.

Le médecin du travail est tenu de tracer au sein de l'avis d'inaptitude les dates auxquelles il a réalisé ces différents éléments de procédure. En effet, l'arrêté du 16 octobre 2017¹¹¹³ a fixé les nouveaux modèles de fiche dont un modèle est spécifiquement prévu pour l'avis d'inaptitude. Ce modèle « *va au-delà des exigences légales et réglementaires puisqu'il prévoit que soient notées expressément les dates de l'étude de poste et des conditions de travail et des échanges avec l'employeur, [ainsi que la date d'actualisation de la fiche d'entreprise] ce qui n'est nullement prévu par les textes* »¹¹¹⁴. L'avantage de ce formalisme rigoureux est qu'il permet au médecin du travail d'avoir la certitude qu'il n'a pas omis une étape à la procédure d'inaptitude, et cela permet aussi à l'employeur et au salarié de vérifier que la procédure a été réalisée conformément aux exigences légales et réglementaires.

¹¹¹³ Arrêté du 16 octobre 2017 fixant le modèle d'avis d'aptitude, d'avis d'inaptitude, d'attestation de suivi individuel de l'état de santé et de proposition de mesures d'aménagement de poste.

¹¹¹⁴ V. GENTY, S. FANTONI QUINTON, « *Les nouveaux modèles de fiches : entre sécurisation et difficultés juridiques* », Semaine Sociale Lamy, 12 février 2018, n° 1802.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, le médecin du travail doit également mentionner sur l'avis d'inaptitude « *des indications sur la capacité du salarié à bénéficier d'une formation le préparant à occuper un poste adapté* »¹¹¹⁵. Auparavant, le médecin du travail devait indiquer la capacité du salarié à suivre une formation uniquement pour les salariés déclarés inaptes à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dans les entreprises de plus de cinquante salariés. Nous pouvons relever qu'entre 2014 et 2016 aucune situation problématique liée à cette mention ou à l'absence de mention n'a eu lieu à l'ACMS. Lorsque le médecin omettait cette mention, l'employeur le sollicitait ce qui permettait au médecin d'apporter des précisions à l'employeur par retour de courrier. Cependant, dès 2017, l'inspection du travail a refusé le licenciement d'un salarié protégé déclaré inapte par le médecin du travail pour plusieurs motifs, dont le fait que le médecin du travail avait omis de mentionner sur la fiche d'inaptitude la capacité du salarié à bénéficier d'une formation. De ce fait, l'inspecteur du travail conclut « *qu'il résulte que la procédure de constatation de l'inaptitude par le médecin du travail est entachée d'illégalité* »¹¹¹⁶.

Enfin, le médecin du travail doit en principe indiquer sur l'avis d'inaptitude ses conclusions relatives au reclassement du salarié¹¹¹⁷. Néanmoins, il peut aussi, lorsqu'il estime que cela est médicalement justifié, cocher l'une des mentions spécifiques permettant à l'employeur d'être dispensé de recherche de reclassement. Ces mentions sont source de difficultés d'interprétation, ce qui viendra certainement nourrir le contentieux en santé au travail.

B – La complexe interprétation des mentions juridiques dispensant l'employeur de recherche de reclassement

Alors que par principe il appartient à l'employeur de rechercher un poste de reclassement pour le salarié déclaré inapte à son poste de travail, le médecin du travail peut dispenser l'employeur de cette recherche de reclassement (1). Néanmoins, la signification médicale et juridique de ces mentions prête encore à interprétation, ce qui n'est pas favorable à la sécurité juridique de ce texte (2).

¹¹¹⁵ Articles L.1226-2 et L.1226-10 du Code du travail.

¹¹¹⁶ Décision de refus d'autorisation de licenciement d'un salarié protégé, 3 novembre 2017, Val-de-Marne

¹¹¹⁷ Article L.4624-4 du Code du travail.

1/ La dispense par le médecin du travail de la recherche de reclassement de l'employeur

L'inaptitude « *ne joue que marginalement un rôle de protection de l'emploi du salarié* » puisque pour 95 % des salariés déclarés inaptés, l'inaptitude au poste aboutit à un licenciement¹¹¹⁸. De ce fait, comme en témoigne la jurisprudence, les salariés sont nombreux à tenter une action à l'encontre de leur employeur pour manquement à son obligation de reclassement. La Cour de cassation considère que même lorsque le médecin du travail mentionne que l'état de santé du salarié ne lui permet pas d'occuper un poste de reclassement dans l'entreprise, l'employeur est tout de même tenu de procéder à une recherche de reclassement¹¹¹⁹. Sur ce point, la Loi « Travail » prévoit dorénavant que l'employeur est dispensé de rechercher un poste de reclassement lorsque le médecin du travail mentionne dans l'avis d'inaptitude que « *tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé* » ou que « *l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi* »¹¹²⁰. L'employeur sera effectivement dispensé de rechercher un reclassement si le médecin du travail fait figurer au sein même de l'avis l'une de ces deux mentions. Cela signifie *a priori* que si le médecin du travail mentionne cette indication en dehors de l'avis d'inaptitude, par exemple dans un courrier, cela ne dispensera pas l'employeur de toute recherche de reclassement. D'autre part, le médecin doit indiquer expressément l'une de ces mentions, et dans le cas contraire l'employeur ne sera pas dispensé de recherche de reclassement. Afin d'éviter les erreurs et ainsi de limiter le risque juridique, l'arrêté du 16 octobre 2017 a prévu dans le modèle d'avis d'inaptitude des cases à cocher par le médecin du travail, comportant expressément les mentions prévues par le Code du travail. Seul le médecin du travail peut apprécier si l'une de ces mentions est médicalement justifiée, ce qui signifie que ni l'employeur ni le salarié ne peuvent décider de l'opportunité de porter l'une de ces mentions sur l'avis d'inaptitude. Néanmoins, la signification médicale et juridique des mentions dispensant l'employeur de recherche de reclassement reste sujette à interprétation.

¹¹¹⁸ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 4, [10].

¹¹¹⁹ Cass. soc., 5 octobre 2016, n° 15-18.205, Inédit.

¹¹²⁰ Articles R.4624-42, L.1226-2-1 et L.1226-12 du Code du travail.

2/ La signification médicale et juridique des mentions dispensant l'employeur de recherche de reclassement

Les mentions écrites par le médecin du travail dispensant l'employeur de rechercher un poste de reclassement : « *tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé* » et « *l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi* » sont venues remplacer la mention issue de la Loi « Rebsamen »¹¹²¹ au sujet des inaptitudes consécutives à un accident du travail ou à une maladie professionnelle : « *tout maintien du salarié dans l'entreprise serait gravement préjudiciable à sa santé* »¹¹²². Les Professeurs FANTONI QUINTON et VERKINDT indiquent que « *la substitution du mot « emploi » au mot « entreprise » initial, réduit en réalité considérablement les cas où un médecin pourrait utiliser ces mentions dans la mesure où cette situation est médicalement rare* »¹¹²³. Ainsi, « *Ces deux formulations dispensant l'employeur de recherche de reclassement doivent être utilisées avec prudence par les médecins du travail dans la mesure où elles ne se limitent pas au cadre de l'entreprise. L'utilisation de ces formulations signifie que le salarié n'a plus de capacité restante, ce qui est très rare d'un point de vue médical.* »¹¹²⁴

Par ailleurs, les articles du Code du travail ne sont pas suffisamment clairs si l'on considère que dans la partie relative à l'inaptitude consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, il est indiqué que l'employeur peut rompre le contrat de travail si le médecin du travail indique expressément dans son avis que « *tout maintien du salarié dans l'emploi serait gravement préjudiciable à sa santé* » ou que « *l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans l'emploi* ». Par conséquent, il existe une subtilité entre les termes suivants : « un emploi » et « l'emploi », ce qui a conduit les professeurs FANTONI QUINTON et VERKINDT à indiquer que cette différence est « *suffisamment subtile pour engendrer une incertitude fort peu incitatrice à l'usage de cette faculté* »¹¹²⁵.

¹¹²¹ Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi.

¹¹²² Article L.1226-12 du Code du travail dans sa version en vigueur du 19 août 2015 au 31 décembre 2016.

¹¹²³ S. FANTONI QUINTON, P. Y. VERKINDT, « *Les chausse-trappes du nouvel encadrement de la décision d'inaptitude* », Semaine Sociale Lamy, 16 janvier 2017, n° 1752.

¹¹²⁴ V. GENTY, S. FANTONI QUINTON, « *Les nouveaux modèles de fiches : entre sécurisation et difficultés juridiques* », Semaine Sociale Lamy, 12 février 2018, n° 1802.

¹¹²⁵ S. FANTONI QUINTON, P. Y. VERKINDT, « *Les chausse-trappes du nouvel encadrement de la décision d'inaptitude* », Semaine Sociale Lamy, 16 janvier 2017, n° 1752.

En outre, l'inscription de l'une de ces mentions sur l'avis d'inaptitude implique un « *risque social pour le salarié* », notamment lorsqu'il envisage de s'inscrire à Pôle emploi¹¹²⁶. En effet, nous avons pu observer sur l'année 2017 trois situations connues au sein de l'ACMS ayant abouti à un refus d'inscription chez Pôle emploi.

Ainsi, la réglementation issue de la Loi « Travail » est source d'insécurité juridique en raison de l'insuffisance de précisions de certains textes, ce qui est également vrai concernant les nouvelles modalités de contestation des avis émis par le médecin du travail, lesquelles ont été modifiées par plusieurs réformes successives, aboutissant à une procédure plus complexe que la précédente et laissant des interrogations en suspens.

§3 – Les nouvelles modalités de contestation des avis émis par le médecin du travail

Les modalités de contestation des avis émis par le médecin du travail ont été modifiées à plusieurs reprises entre 2016 et 2017¹¹²⁷ faisant suite aux imprécisions du législateur, ce qui a suscité de nombreux questionnements juridiques et pratiques.

Dorénavant, les attestations de suivi individuel ne peuvent pas faire l'objet de contestation, ce qui peut paraître incohérent dans certaines situations (A). En outre, en cas de contestation de l'avis d'aptitude, d'inaptitude ou des préconisations individuelles d'aménagement de poste, les juges du CPH restent seuls compétents pour émettre un avis quant à la compatibilité entre l'état de santé du salarié et son poste de travail, mais deux médecins interviennent néanmoins dans le cadre de cette procédure : le médecin inspecteur du travail est habilité à délivrer un avis aux juges prud'homaux et le médecin mandaté par l'employeur peut recevoir les éléments médicaux du DMST du salarié (B).

¹¹²⁶ S. FANTONI QUINTON, P. Y. VERKINDT, « *Les chausse-trappes du nouvel encadrement de la décision d'inaptitude* », Semaine Sociale Lamy, 16 janvier 2017, n° 1752.

¹¹²⁷ Tout d'abord, les modalités de contestation ont été modifiées par la Loi « Travail » et son décret d'application du 27 décembre 2016 ; puis des précisions ont été apportées par le décret du 10 mai 2017. Par la suite, l'ordonnance du 22 septembre 2017 et son décret d'application du 15 décembre 2017 ont de nouveau modifié la procédure de contestation avant que d'ultimes précisions soient apportées par la Loi du 29 mars 2018.

A – L'impossibilité de contestation des attestations de suivi individuel

Nous pouvons souligner que « *seuls les avis d'aptitude, d'inaptitude et préconisations d'aménagement de poste [seraient] susceptibles de recours, comme cela est précisé sur les modèles de fiches. Cela signifie que les attestations de suivi individuel ne sont pas susceptibles de recours.* »¹¹²⁸ Cela ressort des nouveaux modèles de fiches prévus par l'arrêté du 16 octobre 2017, pourtant ni la législation ni la réglementation n'interdisent la contestation des attestations de suivi individuel par les salariés ou par les employeurs. « *Pour rappel, l'attestation de suivi est utilisée par le médecin du travail, dans le cadre du suivi individuel des salariés non exposés à un poste présentant des risques particuliers, à l'occasion de toutes les visites (hors visite de reprise et avis d'inaptitude). Elle est également utilisée par les infirmiers en santé au travail, dans le cadre des visites d'information et de prévention et des entretiens intermédiaires [...]. Aucun avis ne figure au sein de l'attestation de suivi. L'absence de possibilité de contestation est cohérente concernant la fiche délivrée par les infirmiers en santé au travail dans la mesure où ils ne sont pas habilités à émettre un avis. En revanche, cela est plus discutable dans le cadre des visites réalisées par le médecin du travail, notamment pour la visite de reprise ou les visites à la demande du salarié ou de l'employeur. Lors de la visite de reprise, le médecin doit vérifier si le poste de travail que doit reprendre le travailleur [...] est compatible avec son état de santé. [...] Lorsque le médecin du travail délivre uniquement une attestation de suivi, cela signifie que l'état de santé du salarié est compatible avec son poste de travail. Il s'agit bien d'un avis médical reposant sur des éléments médicaux, comme l'est une attestation non assortie de préconisation reposant justement sur des éléments de nature médicale. Or, cet avis n'est pas susceptible de recours [...] auprès du conseil de prud'hommes.* »¹¹²⁹

¹¹²⁸ V. GENTY, S. FANTONI QUINTON, « *Les nouveaux modèles de fiches : entre sécurisation et difficultés juridiques* », Semaine Sociale Lamy, 12 février 2018, n° 1802.

¹¹²⁹ V. GENTY, S. FANTONI QUINTON, « *Les nouveaux modèles de fiches : entre sécurisation et difficultés juridiques* », Semaine Sociale Lamy, 12 février 2018, n° 1802.

B – La précision des rôles respectifs du médecin inspecteur du travail et du médecin mandaté par l’employeur dans le cadre des contestations d’avis

Lors de la procédure de contestation d’un avis émis par le médecin du travail devant le CPH, une mesure d’instruction peut être confiée au médecin inspecteur du travail territorialement compétent¹¹³⁰. Cette nouvelle disposition a conduit le CNOM à délimiter les échanges entre le médecin du travail et le médecin inspecteur du travail dans ce contexte (1). En parallèle de cela, un autre médecin peut intervenir dans le cadre des contestations d’avis, il s’agit du médecin mandaté par l’employeur, ce dernier pouvant recevoir les éléments médicaux ayant fondé la décision émise par le médecin du travail (2).

1/ Les échanges limités entre le médecin inspecteur du travail et le médecin du travail

Initialement, lors de la modification par la Loi « Travail » de la procédure de contestation des avis médicaux émis par le médecin, le médecin inspecteur du travail n’était plus appelé à émettre un avis. En effet, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2017, le CPH désignait un médecin expert inscrit sur la liste des experts près la Cour d’appel¹¹³¹. Au vu de la faible disponibilité des médecins experts en raison de leur nombre insuffisant, le législateur a modifié cette disposition en prévoyant dorénavant une consultation du médecin inspecteur du travail. *A priori*, les échanges entre le médecin du travail et le médecin inspecteur du travail ne posent pas de difficulté dans la mesure où des dispositions spécifiques prévoient que le médecin du travail puisse transmettre au médecin inspecteur du travail, à sa demande, le dossier médical du salarié¹¹³². Il est également précisé, dans le cadre des contestations d’avis, que le médecin du travail peut être entendu par le médecin inspecteur du travail¹¹³³. Néanmoins, malgré ces dispositions législatives, le Docteur SIMON, Président de la Section Exercice Professionnel du CNOM, a indiqué le 26 juillet 2018¹¹³⁴, que « *le médecin inspecteur du travail intervient dans cette procédure comme expert et non dans ses missions de médecin*

¹¹³⁰ Article L.4624-7 du Code du travail.

¹¹³¹ Article L.4624-7 du Code du travail dans sa version en vigueur entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2017.

¹¹³² Article L.4624-8 du Code du travail.

¹¹³³ Article R.4624-45 du Code du travail.

¹¹³⁴ Lettre du CNOM - Docteur François SIMON aux médecins du travail, 26 juillet 2018.

inspecteur. Dans ces conditions les règles de communication du dossier médical prévues entre médecins du travail et médecins inspecteurs du travail à l'article L.4624-8 du code du travail ne s'appliquent pas ici. » Le Docteur SIMON précise ensuite la procédure à suivre par le médecin du travail en cas de demande du dossier médical du salarié par le médecin inspecteur du travail : il « *devra informer le salarié de la demande de l'expert, lui adresser les documents en rapport avec la contestation qu'il est susceptible de communiquer et obtenir son autorisation écrite pour les envoyer à l'expert.* » L'avis du CNOM entre en contradiction avec les dispositions législatives et réglementaires du Code du travail, ce qui peut mettre les médecins du travail en difficulté vis-à-vis du CPH. Il appartiendra aux juges de se prononcer sur le bien-fondé de la position du CNOM sur cette question.

2/ La transmission des éléments médicaux au médecin mandaté par l'employeur

Afin de respecter le principe fondamental du contradictoire, l'employeur peut demander la notification des éléments médicaux ayant fondé l'avis émis par le médecin du travail à un médecin qu'il mandate à cet effet¹¹³⁵. Cette disposition a été introduite par l'Ordonnance du 20 décembre 2017, mais le 3 juillet 2017, le Professeur FANTONI QUINTON indiquait déjà qu'« *il serait assez naturel de transposer, même si le Code du travail ne le dit pas explicitement, la règle posée par l'article L. 141-2-2 du Code de la sécurité sociale [...]. Cet article précise que les éléments médicaux peuvent être transmis à l'employeur qui le demande, au médecin qu'il mandate à cet effet.* »¹¹³⁶ Néanmoins, le Code du travail n'est pas suffisamment précis comme l'a souligné le CNOM dans une lettre adressée au Premier ministre¹¹³⁷. En effet, le texte ne précise pas s'il appartient au médecin inspecteur du travail ou au médecin du travail de transmettre ces éléments au médecin mandaté par l'employeur. Une réponse à cette question est nécessaire pour limiter le risque de contentieux en lien avec une transgression éventuelle du secret médical. En pratique, la question s'est posée très rapidement pour les médecins du travail et, au sein de l'ACMS, dès le 15 février 2018, un médecin du travail a reçu un courrier de la part d'un employeur lui demandant de notifier les

¹¹³⁵ Article L.4624-7 du Code du travail.

¹¹³⁶ S. FANTONI QUINTON, « *La contestation des avis du médecin du travail aux prud'hommes – Le mystère s'épaissit et les risques s'accumulent...* », Semaine Sociale Lamy, 3 juillet 2017, n° 1776.

¹¹³⁷ Lettre du CNOM — Docteur Patrick BOUET, Président, pour Monsieur Edouard PHILIPPE, 19 décembre 2017.

éléments médicaux ayant justifié son avis au médecin qu'il avait mandaté dans le cadre d'une contestation d'un avis contenant des préconisations d'aménagement de poste. À l'heure actuelle, en l'absence de précision émise par le législateur ou les juges, il est recommandé aux médecins du travail de ne pas transmettre les éléments médicaux au médecin mandaté par l'employeur en raison du secret médical auquel ils sont soumis. Il apparaît nécessaire de clarifier cette zone d'ombre dans les plus brefs délais, même si cette disposition demeure nécessaire pour garantir le respect du principe du contradictoire sans que l'employeur ne soit informé directement des éléments médicaux du DMST du salarié. En effet, entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2017, plusieurs cas de transmission des éléments médicaux du DMST du salarié à l'employeur ont été recensés. Par exemple, à l'ACMS, un employeur a contesté la décision d'aménagement de poste émise par le médecin du travail, ce dernier ayant indiqué que le salarié pouvait occuper son poste de travail en précisant que « *des horaires réguliers de nuit sont exclusivement préconisés* ». Dans le cadre de sa défense, le salarié a dû indiquer au CPH ¹¹³⁸ que « *si le travail de nuit lui rend plus facile la gestion de son diabète, il n'en est pas moins prêt à reprendre des horaires en 2*8 ou en 3*8* ». L'employeur a donc été directement informé de la pathologie du salarié, ce qui est contraire au respect du secret médical. Cette ordonnance de référé est également intéressante dans la mesure où le témoignage du salarié permet de montrer qu'en dépit de sa pathologie, le salarié est prêt à reprendre un poste de travail qui n'est pas compatible avec son état de santé afin de préserver son emploi.

¹¹³⁸ Conseil de prud'hommes de Boulogne Billancourt, audience publique du 8 septembre 2017, RG n° R17/00127.

Conclusion du chapitre 2

La réforme de 2016 relative à la santé au travail a introduit la mise en place d'un suivi individuel plus ciblé des salariés, ce qui devrait permettre un meilleur suivi de l'état de santé des salariés exposés à des risques particuliers et présentant des fragilités particulières. Dorénavant, la possibilité pour les services de santé au travail d'assurer effectivement le suivi individuel de l'ensemble des salariés semble plus réaliste en raison des nouvelles périodicités de suivi et de la possibilité de délégation d'une partie du suivi individuel aux IDEST. De plus, les dernières réformes en santé au travail ont renforcé la mission de conseil du médecin du travail relative à la prévention des risques professionnels, et progressivement nous assistons à une montée des attentes des salariés et des employeurs au sujet de cette mission. Malheureusement, l'ensemble des médecins du travail du territoire ne dispose pas des ressources nécessaires pour mener à bien cette mission pour l'ensemble des entreprises suivies. Dans le même temps, les réformes de 2016 et 2017 ont clarifié certaines obligations à la charge des employeurs et des médecins du travail afin de renforcer la sécurité juridique des parties. Cependant, en parallèle, ces réformes ont généré de nouveaux questionnements auxquels le législateur n'a pas apporté de réponse, ce qui devra donner lieu à des précisions par la jurisprudence. Globalement, les dernières réformes n'ont pas permis d'améliorer la prise en compte de la prévention des risques professionnels en entreprise et un meilleur maintien en emploi des salariés. Ainsi, force est de constater que l'objectif principal de la santé au travail, à savoir la préservation de l'état de santé des salariés, se voit aujourd'hui relégué au second plan du fait d'une course effrénée à la sécurisation juridique des différents acteurs de la santé au travail.

Conclusion du titre 1

Un bilan mitigé peut être dressé quant à l'efficacité du système de santé au travail français malgré les différentes réformes en la matière ces dernières années. La judiciarisation de la santé au travail est en constante progression, ce qui est à mettre en corrélation avec les insuffisances des différents acteurs dans la prévention des risques professionnels et la protection de la santé des salariés. La réglementation, très complexe, est également à l'origine des défaillances du système de santé au travail. Ce bilan mitigé est partagé par les différents acteurs et certains employeurs se montrent très sévères vis-à-vis de ce système qu'ils considèrent comme défaillant. De ce fait, le fonctionnement du système de santé au travail n'a jamais été aussi présent dans les préoccupations des pouvoirs publics, raison pour laquelle une mission a été commandée par le Premier ministre à la députée Charlotte LECOCQ en janvier 2018. Le rapport, rendu public le 28 août 2018¹¹³⁹, propose une réforme du système de santé au travail afin de permettre le développement d'une véritable culture de prévention en France. Le rapport souligne qu'une « *rupture dans l'organisation actuelle est nécessaire* ». Pourtant, plus de deux ans après la publication de ce rapport, aucune réforme n'a encore vu le jour. Pourtant, certaines propositions issues du rapport LECOCQ semblent pertinentes afin d'améliorer notre système de santé au travail et garantir sa pérennité, même s'il convient d'envisager en parallèle d'autres pistes.

¹¹³⁹ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », établi par C. LECOCQ, B. DUPUIS, H. FOREST, avec l'appui de H. LANOUZIERE, juillet 2018.

TITRE 2 : LES AXES D'AMÉLIORATION DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL

Le système de santé au travail français, tel qu'il est conçu actuellement, présente de nombreuses failles, lesquelles ne sont pas favorables à une politique efficace de prévention des risques professionnels ainsi qu'à la protection effective de la santé des salariés. En ce sens, les changements initiés par les dernières réformes devront être accentués dans certains domaines afin de parfaire la cohérence de la santé au travail (Chapitre 2). Cependant, plus que par le biais de simples ajustements, c'est le système de santé au travail lui-même qui devrait être repensé dans sa globalité, avec des propositions visant à transformer ce système en profondeur, en allant bien plus loin que les modifications apportées par les dernières réformes en termes de suivi individuel de l'état de santé des salariés. D'ailleurs, le Professeur FANTONI QUINTON indique qu'« *on pourrait qualifier les multiples mutations de la santé au travail de « politique de petits pas » dont le manque d'envergure systémique n'a eu d'égal que les angoisses, réticences, voire découragement qu'elles ont fait naître* »¹¹⁴⁰. Par conséquent, la transformation de la santé au travail appelle de nouvelles évolutions législatives et réglementaires, mais surtout, ce changement nécessite une évolution des mentalités quant à la politique de prévention des risques professionnels, ce qui signifie que l'approche de la santé au travail doit être repensée (Chapitre 1).

¹¹⁴⁰ S. FANTONI QUINTON, « *Le rapport Lecocq, une opportunité pour repenser la place du médecin du travail dans le système de santé au travail de demain* », Droit social, février 2019, n° 2, pages 160 à 166.

CHAPITRE 1 : LA NÉCESSAIRE UNITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL

Alors qu'en 2016 le suivi individuel de l'état de santé des salariés a été remanié par la Loi « Travail »¹¹⁴¹ et son décret d'application¹¹⁴², dès le début de l'année 2018, le gouvernement s'est penché sur la problématique plus globale du fonctionnement du système de santé au travail sur le territoire national dans le but d'en améliorer l'efficacité. Ainsi, malgré de multiples réformes successives relatives à la santé au travail, le « chantier »¹¹⁴³ reste ouvert. En effet, la performance du système de santé au travail doit être améliorée afin de renforcer l'efficacité de la prévention primaire des risques professionnels en entreprise. Par conséquent, plusieurs pistes d'actions doivent être envisagées afin d'assurer la pérennité du système de santé au travail tout en améliorant son efficacité. Cela signifie que la refonte de l'organisation du système de santé au travail actuel apparaît inévitable (Section 1). En outre, en parallèle, il reste nécessaire d'améliorer la formation des médecins du travail et d'harmoniser leurs pratiques professionnelles afin de renforcer la cohérence et l'efficacité globale du système de santé au travail (Section 2).

¹¹⁴¹ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels

¹¹⁴² Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail

¹¹⁴³ Éditions législatives, actuEL HSE, « *La santé au travail de nouveau en chantier ?* », 24 janvier 2018.

SECTION 1 : LA REFONTE DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL

Le système de santé au travail français est complexe, incluant plusieurs entités dont la coordination est particulièrement délicate. Ainsi, ce système constitue un réseau épars, difficilement lisible pour les différents acteurs, notamment pour les employeurs et les salariés (§1). Au cœur de ce système se trouvent les services de santé au travail dont la pleine efficacité ne sera possible qu'à la condition d'instaurer une unité de ces services (§2).

§1 – Le système de santé au travail, un réseau épars

Comme le souligne le rapport LECOCQ, le système de santé au travail est construit par « *strates successives* » ; la multiplicité des acteurs intervenant dans le système de santé au travail n'est pas favorable à une politique efficace de prévention des risques professionnels (A). Les services de santé au travail occupent une place centrale dans le système de santé au travail, mais l'absence de coordination entre eux n'est pas favorable à un suivi efficace de l'état de santé des salariés (B).

A – La multiplicité des acteurs intervenant dans le système de santé au travail peu favorable à la prévention des risques professionnels

Le système de santé au travail mobilise de nombreux acteurs, tels que les services de santé au travail interentreprises et autonomes, l'INRS, l'ANACT et son réseau, les CARSAT, les CNAM, la DGT et les DIRECCTE ainsi que les OPPBTP. L'ensemble de ces acteurs intervient dans le système de prévention des risques professionnels avec des rôles et des missions spécifiques, certains étant orientés vers la prévention d'autres vers le contrôle ou encore la réparation des risques. Face à la dispersion des ressources du système de santé au travail (1), le rapport LECOCQ propose un nouveau scénario en vue d'atteindre une unité au sein du système de santé au travail (2).

1/ Un système de santé au travail dispersé décrié par le rapport LECOCQ

Le rapport LECOCQ¹¹⁴⁴ souligne qu'au vu des témoignages d'employeurs et de salariés, recueillis par la mission, le système de santé au travail actuel est « *insatisfaisant* ». En effet, ce système est construit par « *strates successives* » et « *mobilise un grand nombre d'acteurs institutionnels ou non* ». De plus, cette multiplicité des acteurs « *ne permet pas une diffusion suffisante des politiques de prévention jusqu'aux entreprises* ». Pourtant, le rapport souligne qu'il existe des outils de prévention adaptés élaborés par ces différentes institutions, mais ils consistent en un « *cumul de travaux et de documents sur le même métier et le même thème, élaborés distinctement par l'OPPBTP, l'INRS et les CARSAT, voire les Direccte* », ce qui est générateur de doublons. Ces institutions « *fondent leur légitimité sur la production d'outils testés en entreprise dans le cadre de leurs missions d'expérimentation et d'assistance technique* », et pourtant le rapport déplore le fait que ces outils ne soient pas suffisamment diffusés au sein des entreprises ou bien accompagnés d'explications pour leur mise en œuvre. Selon le rapport, cela n'est ni du ressort ni de la capacité des organismes susmentionnés, mais plutôt des préventeurs de terrain que sont les services de santé au travail, lesquels devraient être les « *acteurs relais* » et les « *ambassadeurs les plus à même de promouvoir et aider à déployer l'expertise et les solutions proposées par l'INRS, l'OPPBTP, l'ANACT* ». Néanmoins, aujourd'hui les services de santé au travail peinent à réaliser cette mission, même si leur « *place primordiale* » est reconnue par tous les acteurs. Dans le même temps, les employeurs soulignent « *les difficultés rencontrées pour tisser avec [les services de santé au travail] des partenariats stables et durables* ».

Globalement, le rapport souligne que la lisibilité du système de santé au travail est devenue « *impossible* », de sorte que les entreprises, et notamment les plus petites d'entre elles, ne parviennent plus à se repérer. Ainsi, le système actuel est perçu comme n'étant pas adapté aux besoins réels des entreprises et des salariés.

¹¹⁴⁴ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », établi par C. LECOCQ, B. DUPUIS, H. FOREST, avec l'appui de H. LANOUZIERE, juillet 2018.

En outre, le rapport souligne que le rôle des différents acteurs intervenant dans le champ de la santé au travail n'est pas suffisamment clair, entraînant ainsi des confusions entre les acteurs intervenant dans le domaine de la prévention de ceux intervenant en qualité de contrôleur. Par exemple, les auditions réalisées par la mission ont « *révélé la perception ambivalente des employeurs à l'égard du médecin du travail et du préventeur CARSAT, qu'ils assimilent peu ou prou, à une fonction de contrôle* ». Cela révèle la méconnaissance par les employeurs des rôles et des missions des acteurs présents pour les aider dans la prévention des risques.

En revanche, il existe un consensus quant à la « *pluridisciplinarité* » actuelle du système offrant ainsi une « *diversité de réponses* », même si dans le même temps la mission déplore que cette pluridisciplinarité se soit construite « *de manière cloisonnée et non concertée* ». En effet, le rapport relève que « *faute d'un pilotage concerté, chaque opérateur a en quelque sorte développé la pluridisciplinarité en chambre* », ce qui a donné lieu à la production d'une multitude d'outils portant sur les mêmes sujets, contribuant ainsi à « *brouiller* » un peu plus la « *compréhension des missions de chacun* ».

Pour conclure, le rapport LECOCQ porte un regard critique sur le système de santé au travail et considère qu'il conviendrait de « *réorganiser le système dans son ensemble et [d'] en simplifier le fonctionnement pour gagner en lisibilité et en effectivité* ».

2/ L'unité du système de santé au travail proposée par le rapport LECOCQ

Au vu de la dispersion des différents acteurs intervenant dans le champ de la santé au travail, la mission propose « *une simplification du fonctionnement à la faveur d'un rassemblement au sein d'une entité unique de prévention* ». Il est alors proposé de regrouper « *sous le même toit et sous une même bannière* » l'ensemble des acteurs du système de santé au travail, sous le nom de « *France Santé au travail* ». Il s'agirait d'un organisme public placé sous la tutelle du ministère du Travail et du Ministère de la Santé. Cette proposition de double tutelle revêt une importance particulière dans la mesure où historiquement le système de santé au travail s'est construit en parallèle du système de santé publique, ce qui a entretenu la césure entre « *la prise en compte de la santé de l'homme au travail et sa santé globale* ». « *France Santé au Travail* » serait chargé de définir « *les programmes de travail permettant de*

décliner les orientations du Plan Santé Travail ». Cet organisme regrouperait les acteurs suivants : l'ANACT, l'INRS et l'OPPBT national. Actuellement, ces acteurs sont « *positionnés sur des volets de recherche appliquée et de mise à disposition d'outils de prévention à destination des entreprises* ». Le regroupement de ces entités permettrait alors de créer des outils communs, ce qui éviterait les doublons actuels.

À l'échelle des territoires, le rapport préconise la mise en place d'une structure régionale de prévention ; il s'agirait d'une structure de droit privé ayant pour mission d'intérêt général la préservation de la santé au travail. Cette structure régionale regrouperait les services de santé au travail interentreprises, les compétences des ARACT, les agents des CARSAT affectés aux actions relevant du champ de la prévention¹¹⁴⁵, ainsi que les compétences des OPPBT. La mission de cette structure serait d'assurer le déploiement opérationnel du Plan Santé Travail, sous le pilotage des DIRECCTE, en lien avec les ARS, avec une accréditation « *sur la base d'un cahier des charges* » élaboré au niveau national. Afin d'assurer leurs missions au plus près des employeurs et des salariés, les structures régionales seraient dotées « *d'antennes locales permettant de maintenir une proximité géographique avec les entreprises sur le territoire* ». Ainsi, ces structures seraient positionnées comme « *interlocuteur de confiance* » pour les entreprises, avec une mission de conseil en prévention, sans aucune mission de contrôle.

Afin de garantir l'homogénéité du système de santé au travail, un « *guichet unique* » serait mis en place, permettant ainsi aux entreprises d'accéder à une « *offre de service homogène sur l'ensemble du territoire* », laquelle comprendrait le suivi individuel de l'état de santé des salariés, un accompagnement pluridisciplinaire en prévention des risques professionnels, l'aide au maintien dans l'emploi, l'accès à un centre de ressources diffusant les outils et guides utiles, la formation des acteurs dans l'entreprise en matière de prévention, ainsi que le conseil d'orientation des entreprises vers le recours à un intervenant externe habilité. Ce « *socle de base* » ferait l'objet d'une cotisation unique « *santé au travail* » de la part des entreprises, recouvrée directement par l'URSSAF. La cotisation pourrait être minorée lorsque l'employeur a recours à ses propres intervenants en prévention ou en fonction de son engagement en

¹¹⁴⁵ Les actuelles CARSAT seraient scindées afin de bien différencier les missions de conseil des missions de sanction. Seules les missions des CARSAT relatives à la prévention seraient transférées aux structures régionales. Les missions des actuelles CARSAT seraient recentrées sur leur fonction de gestionnaire du risque.

matière de prévention, ce qui inciterait les entreprises à s'investir davantage dans la prévention. Par ailleurs, des prestations spécifiques pourraient faire l'objet d'une facturation complémentaire. L'ensemble des fonds de la prévention serait alors regroupé au sein d'un fond unique¹¹⁴⁶, ce qui aurait pour avantage de « *retracer précisément les ressources et les dépenses affectées à la prévention* » et de répartir équitablement les ressources sur l'ensemble du territoire afin de garantir une équité de traitement.

Au vu de l'hétérogénéité des prestations offertes par les SSTI actuellement, le rapport rendu par l'IGAS en février 2020 propose, comme le rapport LECOCQ, l'instauration d' « *un socle de prestations de base assurées par tous les SSTI* »¹¹⁴⁷.

Plus de deux ans après la parution du rapport LECOCQ, la refonte du système de santé au travail n'a toujours pas eu lieu, même si les négociations entre les partenaires sociaux ont débuté. En février 2020, une réunion qualifiée de « prise de contact » a eu lieu au Medef entre les partenaires sociaux, lesquels semblent d'accord pour une réforme de la santé au travail, mais ses conditions sont encore floues. Le directeur du Medef « *proposait de discuter sur trois points : la prévention, la qualité de vie au travail et la gouvernance des services de santé au travail* »¹¹⁴⁸. Finalement, la négociation interprofessionnelle a débuté le 23 juin 2020 entre les organisations patronales et syndicales permettant « *au patronat de présenter la première trame d'un éventuel futur accord* »¹¹⁴⁹ reprenant en partie la proposition de résolution de l'Assemblée Nationale du 15 juin 2020 visant à faire de la France l'un des pays les plus performants en matière de santé au travail¹¹⁵⁰. Tous les acteurs ne sont pas d'accord avec les

¹¹⁴⁶ Le fonds national de la prévention regrouperait les fonds suivants : les fonds de l'État affectés à la prévention, les fonds de la branche AT-MP affectés à la prévention, les fonds issus des cotisations perçues par les SSTI, une quote-part des fonds provenant des organismes de complémentaires santé, une quote-part des fonds issus de l'AGEFIPH, une part volontaire de cotisation des travailleurs indépendants et chefs d'entreprise. La gestion de ce fonds serait confiée à la CNAM.

¹¹⁴⁷ D. CHAUMEL, B. MAURICE, J. P. VINQUANT, « *Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI)* », IGAS, février 2020, n° 2019-070R1.

¹¹⁴⁸ Éditions Législatives, actuEL HSE, « *Santé au travail : la négociation entre partenaires sociaux de plus en plus probable* », 5 février 2020.

¹¹⁴⁹ « *La négociation sur la santé au travail démarre lentement* », Liaisons Sociales Quotidien, 25 juin 2020, n° 18088.

¹¹⁵⁰ Assemblée Nationale, « *Proposition de résolution appelant à faire de la France l'un des pays les plus performants en matière de santé au travail* », C. LECOCQ, C. GRANDJEAN, C. MOTIN et les membres du groupe La République en marche et apparentés, députés, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 juin 2020, n° 3090.

mesures proposées par le rapport LECOQ, et « *le Sénat refuse le « big bang » proposé par Charlotte Lecocq* »¹¹⁵¹. Pourtant, la réforme présentée par le rapport permettrait d'harmoniser les pratiques des services de santé au travail en instituant une entité nationale capable de coordonner les actions des différents services. Aujourd'hui, chaque service de santé au travail travaille en silo, ce qui conduit à la production de multiples documents sur les mêmes sujets, sans qu'ils soient connectés. Ce travail en silo peut également s'observer au sein d'un même service de santé au travail. À titre d'exemple, l'ACMS comporte un peu moins de 50 secteurs, lesquels travaillent parfois de manière isolée sans véritables actions coordonnées au niveau du service sur certains sujets. Cette problématique de doublons concernant les documents produits s'observe également pour l'ANACT et l'INRS, lesquelles produisent chacun des documents techniques à destination des entreprises sur des sujets identiques. De ce fait, une mutualisation des documents élaborés par les différentes institutions apparaît essentielle.

B – Le défaut d'unité des services de santé au travail

Les problématiques liées à l'absence d'unité des services de santé au travail sont mises en avant depuis plusieurs années, ce qui a conduit progressivement à une démarche de fusion des différents services sur le territoire français (1). Ce regroupement apparaît nécessaire pour garantir la pérennité des services de santé au travail (2).

1/ Une volonté ancienne de fusion des services de santé au travail interentreprises

Les services de santé au travail autonomes et interentreprises constituent « *le premier réseau de terrain au service de la prévention et de la connaissance des risques professionnels* »¹¹⁵². Pourtant, ces services mériteraient d'être davantage coordonnés entre eux afin d'améliorer le système global de prévention des risques professionnels.

¹¹⁵¹ Éditions Législatives, actuEL HSE, « *Réforme de la santé au travail : le Sénat refuse le « big bang » proposé par Charlotte Lecocq* », 7 octobre 2019.

¹¹⁵² S. FANTONI QUINTON, « *Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?* », Droit social, 2 décembre 2013, n° 12, pages 1023 à 1030.

Historiquement, les services de santé au travail sont pensés comme des entités propres à une entreprise ou communes à plusieurs entreprises en fonction des effectifs de l'entreprise¹¹⁵³. Ils sont, par conséquent, organisés soit sous la forme de services dits « autonomes », soit sous la forme de services dits « interentreprises ».

Les services de santé au travail sont indépendants les uns par rapport aux autres, même s'ils demeurent sous l'autorité de la DIRECCTE qui leur délivre l'agrément nécessaire pour exercer leurs missions¹¹⁵⁴. En outre, les services de santé au travail interentreprises sont fédérés par l'association PRESANSE, association à but non lucratif ayant pour objectif de « *fédérer un réseau de Services déployé sur tout le territoire* »¹¹⁵⁵. Elle a notamment pour mission « *la représentation des Services auprès des Pouvoirs publics, des Organisations d'employeurs et des Syndicats de salariés* »¹¹⁵⁶.

Le nombre important de services de santé au travail sur le territoire n'est pas favorable à leur coordination. Pourtant, nous assistons depuis une vingtaine d'années à une chute du nombre de services interentreprises et autonomes. En effet, en 2018, la France comptait 239 services de santé au travail interentreprises¹¹⁵⁷ alors qu'en 1995 elle en comptait 1435¹¹⁵⁸. Le nombre de services autonomes a également diminué ; en effet, nous comptons 572 services en 2018 alors qu'ils étaient 756 en 2013¹¹⁵⁹. La chute du nombre de services de santé au travail est en partie due à la volonté des pouvoirs publics d'en diminuer le nombre afin d'améliorer leur efficacité. En effet, les petits services de santé au travail sont confrontés à des difficultés de fonctionnement liées notamment à un manque de ressources médicales et pluridisciplinaires. Le processus de fusion des services de santé au travail interentreprises a commencé dans les années 2000, avec une diminution progressive du nombre de SSTI année après année. Ainsi, « *en 1995, on comptait 1435 SST, en 2005, 1055 SST, en 2010, 904 SST* » et en 2012,

¹¹⁵³ Article L.4622-5 du Code du travail.

¹¹⁵⁴ Article D.4622-48 du Code du travail.

¹¹⁵⁵ PRESANSE, « *Qui sommes-nous ?* » : <http://www.presanse.fr/article/173/Une-association-de-Services-interentreprises.aspx> [Consulté le 01 septembre 2020].

¹¹⁵⁶ PRESANSE, « *Qui sommes-nous ?* » : <https://www.presanse.fr/presanse/> [Consulté le 01 septembre 2020].

¹¹⁵⁷ COCT, Ministère du Travail, Direction générale du travail, « *Conditions de travail – Bilan 2018* », 2019, page 81.

¹¹⁵⁸ COCT, Ministère du Travail, Direction générale du travail, « *Conditions de travail – Bilan 2012* », 2013, page 149.

¹¹⁵⁹ COCT, Ministère du Travail, Direction générale du travail, « *Conditions de travail – Bilan 2018* », 2019, page 81.

848 SST¹¹⁶⁰. Par la suite, le nombre de SSTI a fortement chuté, atteignant 253 services en 2016¹¹⁶¹. Le nombre de services de santé au travail a donc été divisé par six en une vingtaine d'années, mais leur nombre demeure toujours trop important et le « *mouvement de fusion et de regroupement des services interentreprises [...] se poursuit* »¹¹⁶² encore aujourd'hui.

2/ Le regroupement des services de santé au travail nécessaire à leur pérennité

L'insuffisance d'harmonisation des services de santé au travail nuit à l'efficacité du système de santé au travail dans son ensemble, ce qui pourrait à terme le mettre en péril. La construction historique des services de santé au travail n'apparaît plus pertinente, car dépassée au vu de la vitesse à laquelle le monde du travail évolue, en raison notamment du *turnover* des salariés en lien avec leurs nouveaux parcours professionnels. Le système de santé au travail, tel qu'il a été construit, apparaît alors comme défaillant et obsolète. Ainsi, le regroupement des services de santé au travail entre eux avec une politique régionale et nationale commune est nécessaire pour garantir la pérennité du système de santé au travail, et surtout d'en améliorer l'efficacité. La question essentielle de la pérennité des services de santé au travail constitue un enjeu majeur depuis plusieurs années. En effet, comme l'a souligné le Professeur SOULAT avant la réforme de la santé au travail de 2016, « *le système français de santé au travail peut implorer en se fragilisant devant la volonté réitérée d'alléger les charges des entreprises* ». Il indique que « *cette « implosion » pourrait se traduire par la suppression de l'obligation de créer des services de santé au travail, considérés à la fois comme coûteux et inefficients, parce qu'incapables d'assurer des impératifs discutables inscrits dans un code du travail qui n'aura pas évolué* »¹¹⁶³. La réforme de 2016 a fait évoluer le Code du travail en modifiant le suivi individuel de l'état de santé des salariés, mais nous pouvons toujours nous demander si les services de santé au travail sont réellement à l'abri d'une

¹¹⁶⁰ Liaisons Sociales Quotidien, « *La diminution du nombre de services de santé au travail et de médecins du travail se poursuit, selon la DGT* », 27 septembre 2013, n° 16434.

¹¹⁶¹ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », établi par C. LECOCQ, B. DUPUIS, H. FOREST, avec l'appui de H. LANOUZIERE, juillet 2018, page 92.

¹¹⁶² Liaisons Sociales Quotidien, « *La diminution du nombre de services de santé au travail et de médecins du travail se poursuit, selon la DGT* », 27 septembre 2013, n° 16434.

¹¹⁶³ J.M. SOULAT, « *La médecine du travail a-t-elle un avenir en France ?* », Le Concours médical, décembre 2015, tome 137, n° 10.

« *implosion* ». D'ailleurs, les préconisations du rapport LECOCQ proposent une modification en profondeur du fonctionnement actuel des services de santé au travail interentreprises.

Il semble indéniable que le système de santé au travail actuel manque de pertinence, en raison notamment du fonctionnement indépendant de chaque service de santé au travail. En effet, chaque service crée ses propres outils destinés à la prévention des risques en entreprise ; de nombreux groupes de travail sont mis en place au sein des différents services de santé au travail sur une même thématique engendrant ainsi la réalisation de travaux similaires, lesquels pourraient faire l'objet de regroupement pour une meilleure efficacité, ce qui permettrait aux équipes de se consacrer à d'autres missions. Il existe cependant quelques groupes de travail réunissant plusieurs services de santé au travail sur une thématique commune, telle que le suivi en santé au travail des intérimaires. Ainsi, en Île-de-France, le Groupement d'intérêt économique (GIE) intérim a été mis en place par trois services de santé au travail fondateurs, l'ACMS, le CIAMT¹¹⁶⁴ et le CMIE¹¹⁶⁵ afin de créer un portail dédié pour le suivi en santé au travail des travailleurs intérimaires. Ce groupe de travail a été créé à la suite du constat selon lequel « *il existe des difficultés dans le suivi médico-professionnel des intérimaires : manque de cohérence dans le suivi médical, méconnaissance des risques professionnels liés aux postes lors des missions [etc.]* »¹¹⁶⁶ Malgré quelques exemples de travail en coopération entre les services de santé au travail, il convient de souligner que cela reste rare. Globalement, les services de santé au travail ne maintiennent pas de liens directs entre eux et les échanges d'informations apparaissent donc limités.

L'insuffisance d'harmonisation des services de santé au travail pourrait mettre en péril le système de santé au travail dans sa globalité, mais surtout cela nuit à l'efficacité du suivi en santé au travail des salariés.

¹¹⁶⁴ Centre interentreprises et artisanal de santé au travail.

¹¹⁶⁵ Centre médical interentreprises Europe.

¹¹⁶⁶ P. FAU-PRUDHOMOT, V. MORA, C. CAIL, M. C. LAMBERT, N. MARCZUK, V. NGO, C. RAMAROSON, « *Intérim et santé au travail en Île-de-France : groupement d'intérêt économique (GIE)* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, juin 2016, volume 77, n° 3, pages 459 à 460.

§2 – L’unité des services de santé au travail nécessaire à l’efficacité du suivi en santé au travail des salariés

Malgré plus de 70 ans d’existence, le système de santé au travail actuel n’a pas permis de démontrer son efficacité. Aujourd’hui, les services de santé au travail sont au pied du mur et doivent démontrer leur valeur ajoutée en matière de prévention des risques professionnels au sein des entreprises. Alors qu’ils comprennent en leur sein des compétences humaines diversifiées et de qualité (médecins du travail, collaborateurs médecins, IDEST, assistants en santé au travail, intervenants en prévention des risques professionnels – ergonomes, psychologues, techniciens HSE¹¹⁶⁷, etc.), les services de santé au travail ne parviennent pas à rendre visibles les différentes actions qu’ils sont en mesure de réaliser et leur valeur ajoutée au sein des entreprises. L’unité des services de santé au travail pourrait leur permettre de mutualiser certaines de leurs compétences afin de conseiller au mieux les entreprises adhérentes sur les problématiques rencontrées et d’assurer un meilleur suivi en santé au travail des salariés. En effet, l’unité des services de santé au travail apparaît essentielle à la traçabilité des expositions professionnelles (A) ainsi qu’à la prévention collective des risques professionnels (B).

A – L’unité des services de santé au travail nécessaire à la traçabilité des expositions professionnelles

L’unité des différents services de santé au travail permettrait d’assurer une meilleure traçabilité des dossiers médicaux des salariés et, par conséquent, une meilleure traçabilité de l’historique des expositions professionnelles. En effet, il existe une réelle difficulté quant à la traçabilité des informations relatives à l’état de santé des salariés. Les salariés sont amenés à changer plusieurs fois d’entreprise au cours de leur vie professionnelle, ce qui rend difficile le suivi de leur état de santé dans le temps. Nous pouvons déplorer une déperdition importante d’informations relatives à l’état de santé des salariés ainsi qu’aux expositions professionnelles passées se traduisant par un suivi en santé au travail peu efficace. Il est pourtant prévu par le Code du travail, dans le cadre de la continuité de la prise en charge du suivi individuel des salariés, la possibilité de communiquer le dossier médical du salarié à un autre médecin du

¹¹⁶⁷ Techniciens en Hygiène Sécurité et Environnement.

travail, sauf en cas de refus de la part du salarié¹¹⁶⁸. Par conséquent, la problématique ne repose aucunement sur la réglementation actuelle qui permet, en théorie, ces échanges d'informations. Cependant, en pratique, le transfert de dossiers médicaux est relativement complexe et long à mettre en œuvre, en raison notamment du manque de communication entre les différents services de santé au travail et du recueil de l'autorisation écrite de chaque salarié concerné. Ainsi, il n'est pas rare que lors d'une visite médicale d'aptitude à l'embauche ou lors d'une visite d'information et de prévention initiale, le médecin du travail soit contraint d'ouvrir un nouveau dossier médical, perdant ainsi les informations relatives à l'état de santé des salariés et aux expositions professionnelles passées. Pourtant, la traçabilité des expositions professionnelles est l'une des quatre missions des services de santé au travail visées par le Code du travail¹¹⁶⁹.

À ce sujet, le Professeur FANTONI QUINTON indiquait déjà en 2013 que « *malgré les 60 ans de la médecine du travail, il est surprenant de ne pas avoir d'indicateurs fiables, pertinents et reproductibles de la santé des travailleurs, même si les équipes de santé au travail ont réalisé de nombreux travaux* »¹¹⁷⁰. Elle souligne qu'« *À l'heure actuelle [2013], il n'existe par exemple pas encore de dossier médical standardisé en santé au travail, les rapports annuels des médecins du travail ne sont pas pleinement exploités, etc. L'exercice de chacun reste cloisonné, non guidé par une politique stratégique systémique et peu encouragée, ce qui en limite les retombées.* »¹¹⁷¹ Ces remarques sont toujours d'actualité et la réforme de la santé au travail à venir a fait naître des attentes quant à de potentiels axes d'amélioration concernant cette problématique. Le Professeur FANTONI QUINTON poursuit en indiquant que « *l'ensemble des données de santé que collectent les équipes de santé au travail, individuelles et collectives, croisé avec les expositions professionnelles, aurait dû être plus systématiquement rassemblé et exploité afin de mieux cibler les politiques de prévention (par exemple par l'intermédiaire d'un outil informatique partagé entre l'ensemble des services de santé au travail en France). Il est peut-être alors légitime de s'interroger sur la volonté politique d'une mutualisation des*

¹¹⁶⁸ Article L.4624-8 du Code du travail.

¹¹⁶⁹ Article L.4622-2 du Code du travail.

¹¹⁷⁰ S. FANTONI QUINTON, « *Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?* », Droit social, 2 décembre 2013, n° 12, pages 1023 à 1030.

¹¹⁷¹ S. FANTONI QUINTON, « *Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?* », Droit social, 2 décembre 2013, n° 12, pages 1023 à 1030.

*travaux réalisés par les équipes en santé au travail pour leur donner une portée moins restreinte... »*¹¹⁷². Il ne fait aucun doute que les échanges d'informations par le biais d'un outil informatique partagé entre les services de santé au travail permettraient d'améliorer leur communication. Il s'agirait d'un projet ambitieux, mais dont la mise en œuvre permettrait d'assurer un meilleur suivi en santé au travail des salariés et d'améliorer la prévention des risques professionnels en entreprise. D'ailleurs, l'outil informatique partagé pourrait être mis en place au niveau des structures régionales, si la réforme attendue de la santé au travail reprend les préconisations portées par le rapport LECOCCQ.

En outre, l'unité des services de santé au travail est nécessaire à la prévention collective des risques professionnels en entreprise. En effet, la traçabilité des expositions professionnelles propres à chaque salarié ne peut être réalisée sans une traçabilité collective des risques au niveau de l'entreprise.

B – L'unité des services de santé au travail nécessaire à la prévention collective des risques professionnels

Au sujet de la prévention collective des risques professionnels, l'exemple de la réalisation de la fiche d'entreprise illustre parfaitement les effets négatifs de l'absence d'échange d'informations entre les services de santé au travail. En théorie, lors de l'adhésion de l'entreprise, le médecin du travail, accompagné de l'équipe pluridisciplinaire, réalise la fiche d'entreprise recensant les risques professionnels auxquels sont exposés les salariés. Malheureusement, cette fiche reste insuffisamment exploitée par l'employeur et le service de santé au travail, et d'ailleurs, il n'existe aucune disposition concernant la continuité de cette fiche lorsque l'entreprise change de service de santé au travail. Dans ce contexte, toutes les informations recueillies par le précédent médecin du travail et son équipe pluridisciplinaire au sujet de la prévention des risques professionnels sont perdues dans la majorité des situations. Or, la réalisation de la fiche d'entreprise mobilise des compétences humaines coûteuses et nécessite un temps considérable que ce soit lors de l'action sur le milieu de travail en elle-même ou pour la rédaction de la fiche. À ce jour, nous pouvons déplorer le fait qu'il n'existe

¹¹⁷² S. FANTONI QUINTON, « *Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?* », Droit social, 2 décembre 2013, n° 12, pages 1023 à 1030.

pas dans le Code du travail de disposition prévoyant le transfert de la fiche d'entreprise réalisée par le précédent service de santé au travail. Ce transfert permettrait d'éviter une perte de temps et de moyens conséquents dédiés à l'élaboration d'un document déjà existant. Les membres de l'équipe pluridisciplinaire pourraient alors concentrer leur attention sur d'autres missions dans le but d'améliorer la prévention des risques professionnels dans l'entreprise.

Par ailleurs, la transmission des courriers de signalement des risques professionnels rédigés par le médecin du travail, ou des écrits relatifs aux autres actions effectuées par le médecin ou par l'équipe pluridisciplinaire dans le cadre de leurs actions sur le milieu de travail n'est pas non plus prévue dans les textes. Ainsi, le processus de prévention des risques professionnels lié à une entreprise redémarre à zéro lors de chaque nouvelle adhésion à un service de santé au travail. Il apparaît alors essentiel d'instaurer une obligation à la charge de l'employeur de transmettre au nouveau service de santé au travail l'ensemble des écrits réalisés par le médecin du travail et l'équipe pluridisciplinaire liés à la prévention des risques professionnels. La diminution du nombre de services de santé au travail ou la régionalisation de ces services permettrait de faciliter ces échanges d'informations, à condition que des outils communs soient mis en place.

Par ailleurs, pour les entreprises exerçant leur activité en de nombreux lieux de travail, telles que les sociétés de nettoyage, il existe une incohérence dans le fonctionnement de certains services de santé au travail en ce qui concerne la réalisation de la fiche d'entreprise. À titre d'exemple, au sein de l'ACMS, les fiches d'entreprise sont réalisées par lieu de travail et non par établissement comme le prévoit la réglementation¹¹⁷³. Il y a ainsi un manque de lisibilité des risques professionnels inhérents à certains secteurs d'activité et surtout une déperdition des informations en raison de l'ouverture et de la fermeture des chantiers tout au long de l'année. Ainsi, dans une entreprise de nettoyage comptant 150 salariés par exemple, si ces derniers travaillent sur 60 lieux de travail différents, l'outil informatique demande la création de 60 fiches d'entreprise différentes, ce qui représente une charge de travail démesurée sans

¹¹⁷³ Article R.4624-46 du Code du travail.

valeur ajoutée ou lisibilité au niveau des risques professionnels auxquels sont exposés les salariés.

Ainsi, le regroupement de l'ensemble des services de santé au travail constitue une piste intéressante susceptible d'améliorer leur fonctionnement. Cela serait favorable à la prévention collective des risques professionnels, mais également à la continuité du suivi individuel de l'état de santé des salariés. Néanmoins, l'amélioration du système de santé au travail ne repose pas uniquement sur l'unité des services, et il convient en parallèle d'améliorer la formation des médecins du travail, notamment dans le domaine de l'animation et de la coordination d'équipe pluridisciplinaire et dans le domaine juridique.

SECTION 2 : LE NÉCESSAIRE RENFORT DE L'ACCOMPAGNEMENT DES MÉDECINS DU TRAVAIL AUX SPÉCIFICITÉS DE LEUR MÉTIER

Les médecins du travail sont avant tout des médecins, lesquels ont été formés durant leur cursus universitaire à la clinique médicale. La formation de médecin du travail comporte des modules allant au-delà des connaissances cliniques, mais nous pouvons nous demander si cela est suffisant pour permettre aux médecins du travail de remplir leurs missions. Ainsi, la formation dispensée aux médecins du travail mériterait d'être renforcée dans certains domaines afin les préparer plus efficacement à l'exercice de leurs missions (§1). Dans un autre registre, les pratiques au sujet des écrits émis par les médecins du travail nécessiteraient une harmonisation, ce qui limiterait considérablement le risque juridique lié à leur rédaction (§2).

§1 – La nécessité d'améliorer la formation des médecins du travail dans certains domaines

L'efficacité du système de santé au travail repose en partie sur les compétences des médecins du travail. Ainsi, l'amélioration de la formation professionnelle des médecins du travail dans certains domaines, à l'occasion de leur formation initiale, mais également tout au long de leur parcours professionnel, leur permettrait de remplir plus efficacement leur mission et également de conseiller de manière plus pertinente les employeurs et les salariés. Le médecin du travail, positionné comme l'animateur et le coordinateur d'une équipe pluridisciplinaire par le législateur, doit bénéficier d'un accompagnement dans ce domaine afin que toutes les missions dévolues aux services de santé au travail puissent être déployées dans leur ensemble (A). D'autre part, l'ensemble des missions du médecin du travail et de son équipe pluridisciplinaire est régi par le Code du travail, ce qui nécessite, en sus des connaissances en médecine, ergonomie et toxicologie acquises par le cursus initial, des connaissances approfondies en matière de droit social tout au long de leurs parcours professionnels (B).

A – Le médecin du travail, peu formé à l’animation et à la coordination de l’équipe pluridisciplinaire

Aujourd’hui, il existe plusieurs voies permettant aux médecins de devenir médecins du travail (1). Quelle que soit la voie choisie, elle mène le médecin à exercer les mêmes missions au sein des services de santé au travail, et notamment la mission d’animation et de coordination de l’équipe pluridisciplinaire, ce à quoi les médecins ne sont pas nécessairement préparés efficacement (2).

1/ Les différentes voies offertes aux médecins pour exercer la médecine du travail

Les médecins du travail sont en premier lieu des médecins, mais ils exercent leur activité dans un milieu particulier qu’est le monde du travail. À ce titre, le Code du travail exige un « *diplôme spécial [...] pour l’exercice des fonctions de médecin du travail* »¹¹⁷⁴. Ainsi, le médecin souhaitant exercer en qualité de médecin du travail doit remplir l’une des trois conditions prévues à l’article R.4623-2 du Code du travail. La première possibilité est celle d’être « *qualifié en médecine du travail* ». Cela correspond à la situation du médecin ayant obtenu le diplôme d’études spécialisées de médecine du travail (DES), anciennement dénommé certificat d’études spéciales de médecine du travail (CES). Le DES de médecine du travail est réalisé sur une période de quatre années, mêlant à la fois une formation théorique et des stages pratiques. La durée de la formation est d’environ deux cent cinquante heures d’enseignement¹¹⁷⁵. Pour les médecins qui ne sont pas titulaires du DES ou du CES de médecine du travail, une mesure dite de régularisation a été prévue, à titre exceptionnel, par la Loi du 1^{er} juillet 1998¹¹⁷⁶. Cette disposition a permis aux médecins du travail déjà en fonction au moment de la promulgation de la Loi de continuer leur activité même s’ils n’étaient pas titulaires du CES de médecine du travail. En contrepartie, ces médecins devaient suivre un enseignement théorique conforme au programme de l’enseignement dispensé au titre du CES

¹¹⁷⁴ Article L.4623-1 du Code du travail.

¹¹⁷⁵ Université de Paris, « *Formations* » : <https://formation.univ-paris-diderot.fr/en/formations/des-medecine-du-travail> [Consulté le 1er octobre 2019].

¹¹⁷⁶ Article 28 de la Loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l’homme.

de médecine du travail et satisfaire à des épreuves de contrôle des connaissances. Cette disposition a ensuite été renouvelée par la Loi du 17 janvier 2002¹¹⁷⁷. La troisième possibilité pour exercer en qualité de médecin du travail est d'être médecin « titulaire d'une capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels. » Par conséquent, seuls les médecins remplissant l'une des trois conditions mentionnées ci-dessus peuvent exercer la médecine du travail.

En complément de ces mesures, la Loi du 20 juillet 2011¹¹⁷⁸ a prévu que les services de santé au travail puissent recruter des internes, « après délivrance d'une licence de remplacement et autorisation par les conseils départementaux compétents de l'ordre des médecins ». L'interne exerce sous l'autorité d'un médecin du travail expérimenté du service de santé au travail. Le décret du 30 janvier 2012 a précisé les conditions d'application de cette nouvelle faculté offerte aux services de santé au travail¹¹⁷⁹. Ainsi, l'interne en médecine disposant du niveau d'études requis peut « être autorisé à exercer la médecine du travail en remplacement d'un médecin du travail temporairement absent ». Il doit y être « autorisé par le conseil départemental de l'ordre des médecins ». De plus, « L'interne en médecine du travail peut aussi être autorisé à exercer la médecine du travail dans l'attente de la prise de fonction d'un médecin du travail. »¹¹⁸⁰

Face à la diminution du nombre de médecins du travail qualifiés, le décret du 30 janvier 2012¹¹⁸¹ a également prévu la possibilité pour les services de santé au travail de recruter des médecins non qualifiés en médecine du travail qui s'engagent à suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail auprès de l'Ordre des médecins. Ces collaborateurs médecins doivent être encadrés durant leur exercice par un médecin qualifié en médecine du travail¹¹⁸². Les missions pouvant être réalisées par les collaborateurs médecins ont fait l'objet d'évolutions récentes. Avant l'introduction du décret du 11 octobre

¹¹⁷⁷ Article 189 de la Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

¹¹⁷⁸ Article L.4623-1 du Code du travail.

¹¹⁷⁹ Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012, article R.4623-28 du Code du travail.

¹¹⁸⁰ Article R.4623-28 du Code du travail.

¹¹⁸¹ Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail.

¹¹⁸² Article R.4623-25 du Code du travail.

2016¹¹⁸³, ils ne pouvaient pas émettre d'avis d'aptitude, ces derniers devant être émis par le médecin du travail sur le rapport du collaborateur médecin¹¹⁸⁴. Toutefois, la circulaire DGT du 9 novembre 2012 admettait la possibilité pour le collaborateur médecin d'exercer pleinement les missions du médecin du travail lorsque ce dernier intervenait en qualité de remplaçant d'un médecin du travail¹¹⁸⁵. Le 1^{er} juin 2015, la position de la DGT a été remise en cause par le Conseil d'État¹¹⁸⁶, et de ce fait les collaborateurs médecins ne pouvaient plus exercer les missions dévolues au médecin du travail, même dans le cadre d'un remplacement. Par la suite, le décret du 11 octobre 2016¹¹⁸⁷ a abrogé la disposition prévoyant que les avis étaient émis par le médecin du travail sur le rapport du collaborateur médecin. Cela signifie que dorénavant, le collaborateur médecin peut émettre des avis d'aptitude, d'inaptitude ou émettre des préconisations individuelles d'aménagement de poste de travail. Par ailleurs, avant l'introduction du décret du 11 octobre 2016, un protocole écrit signé entre le médecin du travail et le collaborateur médecin devait définir les examens pouvant être réalisés par le collaborateur médecin. Dorénavant, ce protocole « *définit notamment les conditions dans lesquelles le collaborateur médecin procède aux examens prévus dans le cadre du suivi individuel de l'état de santé du salarié.* »¹¹⁸⁸ Cela signifie que, par principe, le collaborateur médecin peut réaliser l'ensemble des visites prévues dans le cadre du suivi individuel de l'état de santé des salariés. En revanche, le collaborateur médecin remplit les « *missions que lui confie le médecin du travail qui l'encadre, dans le cadre du protocole écrit [...] en fonction des compétences et de l'expérience qu'il a acquises* »¹¹⁸⁹.

Quelle que soit la voie choisie pour exercer en qualité de médecin du travail, une formation spécifique leur est dispensée afin de les préparer à remplir leurs missions. Outre les connaissances médicales et techniques nécessaires pour exercer en qualité de médecin du

¹¹⁸³ Décret n° 2016-1358 du 11 octobre 2016 relatif aux conditions d'exercice des collaborateurs médecins dans les services de santé au travail.

¹¹⁸⁴ Article R.4623-25-1 du Code du travail dans sa version en vigueur avant le 14 juillet 2016.

¹¹⁸⁵ Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail, 2.2.2 Le collaborateur médecin.

¹¹⁸⁶ Conseil d'État, 1^{ère} et 6^e sous-sections réunies, 1^{er} juin 2015, n° 368775, Inédit au recueil Lebon.

¹¹⁸⁷ Décret n° 2016-1358 du 11 octobre 2016 relatif aux conditions d'exercice des collaborateurs médecins dans les services de santé au travail.

¹¹⁸⁸ Article R.4623-25-1 du Code du travail.

¹¹⁸⁹ Article R.4623-25-1 du Code du travail.

travail, le médecin doit animer et coordonner une équipe pluridisciplinaire au sein du service de santé au travail dans lequel il exerce. La constitution d'une équipe pluridisciplinaire en santé au travail est devenue incontournable afin de mettre en œuvre une politique de prévention efficace et concertée en entreprise. Par conséquent, il semblerait judicieux de préparer les médecins du travail à assurer ce rôle d'animateur et de coordinateur d'équipe au cours de leur formation professionnelle. Il semble également indispensable que les médecins apprennent à travailler en équipe afin de répondre pleinement aux exigences inhérentes à un poste d'animateur et de coordinateur d'équipe.

2/ La mission d'animation et de coordination de l'équipe pluridisciplinaire du médecin du travail

L'instauration de la pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail s'est mise en place progressivement dans les années 2000 avant de devenir obligatoire dans les services de santé au travail interentreprises, avec un objectif quantitatif issu de la Loi du 20 juillet 2011. En revanche, dans les services de santé au travail autonomes, il n'existe aucune obligation relative à la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire même si la DGT indique que la pluridisciplinarité doit être mise en place « *dans la mesure du possible* »¹¹⁹⁰. Ainsi, la pluridisciplinarité s'est développée de manière progressive au sein des services de santé au travail (a), mais pour exploiter pleinement les ressources de cette équipe, les médecins du travail devraient être mieux accompagnés et formés pour l'animation et la coordination de celle-ci (b).

a) Le déploiement progressif de la pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail

L'organisation des services de santé au travail autour de la pluridisciplinarité permet « *tout en préservant les compétences exclusives du médecin du travail sur les missions que lui seul peut conduire, de s'appuyer sur des compétences diverses pour accroître collectivement*

¹¹⁹⁰ Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail.

les capacités d'action du service de santé au travail et ainsi améliorer la prévention des risques professionnels »¹¹⁹¹.

Le déploiement de la pluridisciplinarité a eu lieu de manière très progressive et, aujourd'hui encore, elle ne s'est pas développée de la même manière dans tous les services de santé au travail, et d'ailleurs, certains médecins du travail sont encore réfractaires au travail en équipe. Le rapport ISSINDOU corrobore cette analyse en mentionnant qu'il existe une « *grande hétérogénéité dans la façon dont la pluridisciplinarité s'est mise en place* », mais souligne « *les efforts de certains SST pour faire vivre cette pluridisciplinarité* »¹¹⁹².

Les difficultés relatives à la mise en œuvre effective de la pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail persistent bien que cela ait déjà été souligné par la DGT en 2012. Elle avait relevé le fait que « *le recours à des compétences pluridisciplinaires reste insuffisant même s'il n'a cessé de progresser depuis 2004* », tout en soulignant que le recours à la pluridisciplinarité « *demeure ponctuel et peu intégré à une démarche de prévention. Il se fait au cas par cas en fonction de l'offre de compétences existant dans le service de santé au travail et non pas en fonction des besoins en matière de prévention des entreprises* »¹¹⁹³.

Aujourd'hui, le déploiement de la pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail est essentiel pour assurer la pérennité du système de santé au travail. En effet, le renfort de l'accompagnement des entreprises dans la prévention des risques professionnels est devenu indispensable pour garantir la santé et la sécurité des salariés, le suivi individuel ne pouvant pas, à lui seul, remplir cet objectif.

b) La nécessaire formation des médecins du travail à l'animation et à la coordination d'équipe

En mettant à la charge des services de santé au travail interentreprises l'obligation de mettre en place au moins une équipe pluridisciplinaire, la Loi du 20 juillet 2011 a, dans le

¹¹⁹¹ M. FERREIRA, INRS, « *L'équipe pluridisciplinaire de santé au travail* », Travail & Sécurité, juillet/août 2013, n° 741.

¹¹⁹² Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 36, [166], [172].

¹¹⁹³ Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail.

même temps, confié une nouvelle mission aux médecins du travail : l'animation et la coordination de l'équipe pluridisciplinaire¹¹⁹⁴. Pourtant, les médecins du travail n'ont pas été formés à cette mission durant leur cursus universitaire. D'ailleurs, dans un rapport datant d'avril 2010¹¹⁹⁵, Messieurs DELLACHERIE, FRIMAT et LECLERCQ ont souligné que « *les études de médecine ont formé les médecins au colloque singulier, et le paradigme de l'aptitude les a confinés dans cette approche* »¹¹⁹⁶. De ce fait, avant l'instauration de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail, les médecins du travail avaient pour habitude de travailler seuls en assurant eux-mêmes l'ensemble de leurs missions, à savoir aussi bien le suivi individuel de l'état de santé des salariés que les actions sur le milieu de travail. Ainsi, durant de nombreuses années, les médecins du travail n'ont pas eu à se préoccuper de la question de la délégation de missions ni de l'animation et de la coordination d'une équipe.

Afin de permettre aux médecins du travail de remplir pleinement leur mission d'animation et de coordination d'équipe, un accompagnement en termes de formation apparaît nécessaire, y compris pour les médecins du travail déjà en activité. Le rapport datant du mois d'avril 2010 de Messieurs DELLACHERIE, FRIMAT et LECLERCQ mentionnait déjà que « *la formation d'une culture interdisciplinaire et d'une communauté d'objectifs partagés entre les professionnels travaillant dans les services de santé au travail est indispensable pour éviter que la pluridisciplinarité ne se réduise à une juxtaposition des compétences et pour que tous concourent, de manière coordonnée, à une prise en charge globale des risques en matière de santé au travail.* »

Les médecins du travail en activité pourraient plus largement bénéficier de formations par leur service de santé au travail afin de leur permettre d'acquérir des compétences dans ce domaine. Dans le catalogue de formation de l'ACMS, aucune formation n'était spécifiquement prévue pour l'apprentissage de l'animation et de la coordination d'équipe jusqu'en 2018.

¹¹⁹⁴ Article L.4622-8 du Code du travail.

¹¹⁹⁵ C. DELLACHERIE, P. FRIMAT, G. LECLERCQ, « *La santé au travail — Vision nouvelle et professions d'avenir — Proposition pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions* », rapport remis aux Ministre du travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Ministre de la Santé et des Sports, avril 2010.

¹¹⁹⁶ C. DELLACHERIE, P. FRIMAT, G. LECLERCQ, « *La santé au travail — Vision nouvelle et professions d'avenir — Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions* », Rapport remis aux Ministre du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Ministre de la Santé et des Sports, avril 2010.

Dorénavant, il existe un module de formation de deux jours dispensé par l'AFOMETRA¹¹⁹⁷ qui s'intitule « *Travailler en équipe pluridisciplinaire* ». Ce module est marqué comme « Prioritaire » pour les médecins du travail. Il a pour objectif de les « *sensibiliser aux techniques d'animation d'une équipe pluridisciplinaire, savoir développer la coopération et l'efficacité des équipes, réfléchir à son propre rôle et à la façon de le faire vivre, comprendre certains mécanismes du travail collectif, apprendre à utiliser des règles simples de circulation de la parole favorisant l'écoute de l'autre et la cohérence du travail des équipes.* » En complément, une autre formation d'une durée de deux jours est également proposée aux médecins du travail, il s'agit de l'« *analyse des pratiques relationnelles : animation, coordination d'équipes et conseils en entreprise* ». Cette formation a pour objectif de « *stimuler les échanges de bonnes pratiques en confrontant son savoir-faire et ses perceptions avec celles de ses pairs, analyser les différentes facettes de son activité et résoudre des problématiques* ».

Concernant les médecins souhaitant se spécialiser en santé au travail, il conviendrait également qu'ils soient formés spécifiquement au cours de leur cursus initial à l'animation et à la coordination d'équipe afin d'apprendre à gérer au mieux ce temps. Sur ce point, le rapport établi par l'IGAS¹¹⁹⁸ et l'IGAENR¹¹⁹⁹ relatif à l'attractivité et à la formation des professions de santé est favorable à une évolution de l'enseignement de la médecine du travail. Ce point de vue est également partagé par le SNPST¹²⁰⁰ et notamment le Docteur MENETRIER qui indique que « *la formation initiale devrait préparer les futurs médecins à travailler en équipe* ». Elle indique également qu'il serait judicieux de « *solliciter davantage de médecins du travail exerçant en service lors de la formation, alors que les professeurs universitaires constituent la plupart du corps enseignant.* »¹²⁰¹

Outre la spécificité des médecins du travail relative à l'animation et à la coordination d'équipe, les médecins ont également pour particularité d'exercer leurs missions dans le milieu du travail. Ainsi, les missions des médecins du travail sont régies par le Code du travail,

¹¹⁹⁷ Association pour la Formation dans les services Médicaux du Travail.

¹¹⁹⁸ Inspection générale des affaires sociales.

¹¹⁹⁹ Inspection générale de l'administration de l'Éducation nationale et de la Recherche.

¹²⁰⁰ Syndicat national des professionnels de la santé au travail.

¹²⁰¹ Éditions législatives, actuEL HSE, « *Le SNPST veut en finir avec la mainmise des employeurs sur la santé au travail* », 20 mars 2018.

ce qui suppose qu'ils aient une bonne connaissance des évolutions juridiques majeures dans leur domaine de compétences.

B – Un nécessaire renfort de l'information et de la formation des médecins du travail dans le domaine juridique

L'environnement juridique dans lequel évoluent les médecins du travail a subi de profondes transformations, surtout au cours de ces dernières années (1). Dans le cadre de leur formation initiale, les médecins du travail bénéficient d'un enseignement relatif au cadre réglementaire de la santé au travail, mais le maintien de leurs connaissances suppose une actualisation de celles-ci tout au long de leur carrière professionnelle (2).

1/ Le droit social, un droit mouvant

En sus de leurs compétences médicales, les médecins du travail doivent appréhender la réglementation encadrant leurs missions (a) ainsi que celle relative à leur environnement de travail (b).

a) La réglementation encadrant les missions du médecin du travail

Les médecins du travail exercent leurs missions en adéquation avec le Code de la santé publique, le Code de déontologie médicale et aussi le Code du travail.

Les dispositions du Code de la santé publique et du Code de déontologie médicale concernent l'ensemble des médecins quelle que soit leur spécialité, et à ce titre, ces dispositions sont bien connues des médecins du travail. Ces derniers doivent être attentifs aux principes fondamentaux tels que le respect du secret professionnel¹²⁰², l'assistance à personne en danger¹²⁰³, la prohibition des certificats de complaisance¹²⁰⁴, etc. Ils doivent également avoir connaissance des questions d'ordre pratique telles que les modalités de transmission des dossiers médicaux aux salariés ou à leurs ayants droit. De même, les médecins du travail doivent être attentifs aux recommandations émises par le CNOM : par exemple, en santé au

¹²⁰² Article 4 du Code de déontologie médicale.

¹²⁰³ Article 9 du Code de déontologie médicale.

¹²⁰⁴ Article 28 du Code de déontologie médicale.

travail, le CNOM a publié plusieurs rapports, tels que celui portant sur les recommandations relatives au dossier médical en santé au travail¹²⁰⁵ ou encore le rapport relatif aux écrits du médecin du travail et à la déontologie médicale¹²⁰⁶. Le CNOM peut également être amené à rédiger des lettres dans le but d'apporter des précisions quant aux dispositions du Code du travail, telles que celle relative à la signification du terme « sans délai » au sujet de l'orientation des salariés par l'IST vers le médecin du travail¹²⁰⁷. Le médecin du travail doit non seulement avoir connaissance de l'ensemble de ces textes, recommandations et lettres, mais il doit aussi savoir les analyser et les appliquer au quotidien.

En sus, le médecin du travail doit maîtriser les dispositions du Code du travail régissant son activité. En effet, l'ensemble des missions confiées aux médecins du travail, et plus globalement aux services de santé au travail, sont prévues dans le titre II du livre VI de la IV^e partie du Code du travail. Cela signifie qu'en plus des règles de déontologie médicale, le médecin du travail doit avoir une très bonne connaissance des dispositions du Code du travail régissant son activité et avoir également des notions approfondies en matière de droit social. Le Code du travail régit les activités du médecin du travail, aussi bien pour le suivi individuel de l'état de santé des salariés que pour les actions sur le milieu de travail. Concernant le suivi individuel, le médecin du travail doit connaître les modalités de suivi individuel des salariés prévues par le Code du travail, et notamment les différents types de suivi et leurs périodicités. Il doit également savoir quel est son rôle dans la détermination de la périodicité du suivi, ainsi que les contours de sa mission de conseil vis-à-vis de l'employeur pour la détermination des postes à risques¹²⁰⁸, etc. Pour ce qui concerne les actions sur le milieu de travail, plusieurs sujets importants doivent être connus du médecin du travail, à commencer par le fait qu'il dispose d'un temps dédié pour ces actions¹²⁰⁹, qu'il a libre accès aux lieux de travail¹²¹⁰, qu'il peut réaliser ou faire réaliser aux frais de l'employeur des prélèvements et des mesures aux

¹²⁰⁵ Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Le dossier médical en santé au travail (DMST)* », Rapport adopté par le CNOM lors de la session des 17 et 18 décembre 2015, Dr F. X. LEY.

¹²⁰⁶ Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Les écrits du médecin du travail et la déontologie médicale* », Rapport adopté lors de la session du CNOM de juin 2015.

¹²⁰⁷ Lettre du CNOM — Docteur François SIMON pour Monsieur le Docteur Christian EXPERT, vice-Président SGMT, 20 septembre 2017.

¹²⁰⁸ Article R.4624-23 du Code du travail.

¹²⁰⁹ Article R.4624-4 du Code du travail.

¹²¹⁰ Article R.4624-3 du Code du travail.

fins d'analyses¹²¹¹, etc. Dans le cadre de ses missions auprès du CSE, le médecin du travail doit également disposer de connaissances générales quant aux missions et attributions du CSE et de la CSSCT, afin d'articuler ses missions avec les leurs et de connaître précisément sa place au sein de ces instances. Il doit également avoir des connaissances précises relatives à son rôle propre au sein du CSE, et notamment l'information selon laquelle il est membre de droit du CSE¹²¹² ou encore qu'il a la possibilité de donner délégation à un membre de l'équipe pluridisciplinaire du service de santé au travail compétent en matière de santé au travail ou de conditions de travail pour assister à ces réunions¹²¹³. Il doit également être informé des modalités d'invitations aux réunions¹²¹⁴, du nombre de réunions portant obligatoirement sur le thème de la santé, sécurité et conditions de travail¹²¹⁵, etc.

Ainsi, l'acquisition et l'actualisation de toutes ces notions nécessitent pour le médecin du travail des formations et des informations tout au long de son parcours professionnel. Le module de quelques heures de formation théorique, dispensé actuellement lors de leur formation initiale, n'est pas suffisant pour permettre aux médecins du travail d'appréhender correctement l'ensemble de ces notions et leurs subtilités, d'autant qu'au vu des évolutions réglementaires récentes, la quasi-totalité des médecins du travail n'a pas pu bénéficier de cette formation lors de leur cursus universitaire.

b) La réglementation relative à l'environnement du médecin du travail

Le médecin du travail est le conseiller des employeurs, des salariés et de leurs représentants¹²¹⁶. Ainsi, tout en restant dans son rôle médical, il doit être en mesure de répondre à l'employeur, aux salariés et à leurs représentants sur un certain nombre de problématiques entrant dans le champ de la réglementation de la santé au travail. Les services

¹²¹¹ Article R.4624-7 du Code du travail.

¹²¹² Article L.2314-3 du Code du travail.

¹²¹³ Article L.2314-3 du Code du travail.

¹²¹⁴ Article L.2315-27 du Code du travail : « *L'employeur informe annuellement [...] le médecin du travail [...] du calendrier retenu pour les réunions consacrées aux sujets relevant de la santé, de la sécurité ou des conditions de travail, et leur confirme par écrit au moins quinze jours à l'avance la tenue de ces réunions.* »

¹²¹⁵ Article L.2315-27 du Code du travail : dans les entreprises de plus de 50 salariés, « *au moins quatre réunions du comité social et économique portent annuellement en tout ou partie sur les attributions du comité en matière de santé, sécurité et conditions de travail, plus fréquemment en cas de besoin, notamment dans les branches d'activité présentant des risques particuliers.* »

¹²¹⁶ Article R.4623-1 du Code du travail.

de santé au travail ayant en charge en majorité des TPE, le médecin du travail est parfois amené à délivrer des informations juridiques à l'employeur, même s'il est nécessaire de rappeler que « *le médecin du travail n'est pas le conseiller juridique de l'employeur* »¹²¹⁷. Par exemple, les médecins du travail sont souvent interrogés par les employeurs quant aux conséquences d'un avis d'inaptitude, à savoir les contours de l'obligation de recherche de reclassement, la reprise du versement du salaire, voire même sur la procédure de licenciement en cas d'impossibilité de reclassement. Par conséquent, en plus de maîtriser parfaitement les règles liées à la procédure d'inaptitude en elle-même (échanges avec le salarié et l'employeur, indication de la date d'actualisation de la fiche d'entreprise, etc.)¹²¹⁸, les médecins du travail doivent également être en mesure d'apporter des précisions aux employeurs quant aux conséquences des avis d'inaptitude. De la même manière, le médecin du travail doit être en mesure d'expliquer précisément au salarié quelles seront les issues possibles de l'avis d'inaptitude. Afin d'apporter des conseils adaptés et éclairés au salarié, le médecin du travail doit connaître parfaitement les conséquences de l'avis d'inaptitude en cas d'impossibilité de reclassement ainsi que les conséquences du refus du poste de reclassement par le salarié.

En outre, les médecins du travail doivent disposer de connaissances générales en matière de droit social afin de comprendre au mieux les situations décrites par les employeurs, les salariés ou leurs représentants. Par exemple, nous avons été sollicités à plusieurs reprises par des médecins du travail de l'ACMS concernant l'articulation entre une procédure d'inaptitude et une rupture conventionnelle ou une procédure de licenciement. En conséquence, les médecins du travail doivent avoir des connaissances générales en droit du travail, même s'il n'est pas nécessaire qu'ils aient des savoirs approfondis dans ce domaine. Cependant, d'une manière générale, le médecin du travail devra connaître dans les grandes lignes les procédures inhérentes au droit social afin d'anticiper les éventuelles interférences que cela peut avoir avec son avis.

¹²¹⁷ S. FANTONI QUINTON, « *Responsabilité de l'employeur dans le cadre de la pandémie Covid-19* », Société française de médecine du travail, mai 2020.

¹²¹⁸ Article R.4624-42 du Code du travail.

Au vu de ces éléments, il apparaît que les médecins du travail doivent être formés sur l'ensemble de ces thématiques tout au long de leur parcours professionnel. Le droit social, et notamment le droit de la santé au travail, évolue rapidement, ce qui nécessite une actualisation constante des connaissances. Ces dernières années, le droit de la santé au travail a fait l'objet de nombreuses modifications législatives et réglementaires, et de profondes mutations sont encore attendues dans les mois à venir. De même, le droit social a fait l'objet de réformes importantes entre 2016 et 2018. Dans ce contexte, il apparaît nécessaire de prévoir au sein des services de santé au travail des formations à destination des médecins du travail au sujet de ces évolutions législatives et réglementaires. Or, il est certain que l'ensemble des services de santé au travail ne disposent pas de compétences juridiques en leur sein afin de répondre aux interrogations quotidiennes des médecins du travail.

2/ Le nécessaire accompagnement juridique quotidien des médecins du travail

Les nombreuses problématiques juridiques auxquelles sont confrontés les médecins du travail rendent essentielle la mise à disposition d'un appui juridique quotidien. En effet, même si les principes législatifs et réglementaires peuvent être acquis par le biais de formations régulières dispensées par des organismes de formation, de nombreuses problématiques d'ordre pratique peuvent demeurer.

À l'occasion de notre mission de conseil auprès des différents professionnels des équipes de santé au travail de l'ACMS, le nombre d'appels/courriels a augmenté de près de 70 % entre 2015 et 2017 ¹²¹⁹. Ainsi, sur la seule mission de conseil direct auprès des différents professionnels de l'ACMS ¹²²⁰, dont les questions proviennent en grande majorité des médecins du travail (l'ACMS comptait environ 290 médecins entre 2015 et 2017), nous avons pu recenser dans notre rapport annuel d'activité 1009 questions en 2015, 1328 en 2016 et 1709 en 2017.

¹²¹⁹ Voir annexe n° 1.

¹²²⁰ Dans le cadre de notre mission de conseil juridique à l'ACMS, les questions auxquelles nous répondons quotidiennement proviennent des médecins du travail, des assistantes sociales et des responsables de secteur. Les questions provenant des autres professionnels de l'équipe pluridisciplinaire ne sont pas reprises dans ces statistiques.

Cette croissance constante du nombre de sollicitations d'ordre juridique est en partie liée à la présence d'un conseil de proximité disponible au sein du service, mais cela démontre néanmoins que les problématiques d'ordre juridique sont omniprésentes dans le cadre de l'activité quotidienne des médecins du travail.

Le nombre de sollicitations démontre que l'accompagnement juridique des médecins du travail apparaît incontournable pour leur permettre d'exercer leur activité dans de meilleures conditions. D'ailleurs, la majorité des médecins du travail interrogés à l'ACMS indiquent que les règles juridiques sont très complexes et que cela nécessite des formations régulières.

Par conséquent, l'efficacité des médecins du travail pourrait être optimisée si des formations régulières leur étaient dispensées sur tous les aspects relatifs à la réglementation en droit social. Cependant, il ne s'agit pas du seul levier permettant l'amélioration des pratiques du médecin du travail et il paraît essentiel d'envisager une réelle harmonisation des pratiques relatives aux écrits produits par le médecin du travail.

§2 – L'harmonisation des pratiques concernant les écrits produits par les médecins du travail

Les missions des médecins du travail sont encadrées par le Code du travail, le Code de la santé publique et le Code de déontologie médicale. Pourtant, les médecins du travail ont des pratiques très différentes les uns par rapport aux autres, notamment concernant les écrits qu'ils sont amenés à produire dans le cadre de leur mission. De même, les services de santé au travail sont eux-mêmes organisés de manière hétérogène, ce qui engendre en soi des disparités concernant les pratiques des médecins. Cette hétérogénéité des pratiques est, en partie, à mettre en relation avec l'indépendance professionnelle dont disposent les médecins du travail (A). Cependant, sans entraver cette indépendance technique, une harmonisation des pratiques permettrait aux médecins de limiter les risques juridiques auxquels ils sont confrontés (B).

A – L'indépendance professionnelle des médecins du travail

Le médecin du travail est un médecin salarié, soit directement au sein d'une entreprise (service autonome) soit au sein d'un service de santé au travail interentreprises. En outre, le cœur de la mission du médecin est de conseiller l'employeur, les salariés et leurs représentants¹²²¹. Ainsi, afin de « *se défendre de toute ingérence dans leur travail* »¹²²², les médecins du travail ont un statut de médecin protégé et disposent, dans l'exercice de leurs missions, d'une indépendance professionnelle, consacrée par le Code du travail. En effet, parmi les principes fondamentaux du Code du travail relatifs à la mission du médecin du travail, figure le principe selon lequel le médecin exerce ses missions « *en toute indépendance* »¹²²³. Cela est également inscrit dans la partie du Code du travail relative à la protection du médecin du travail¹²²⁴. Il y est précisé que le médecin du travail assure ses missions dans les conditions d'indépendance professionnelle définies et garanties par la loi. La DGT a souligné en 2012 que « *le législateur a ainsi rappelé de manière symboliquement forte, une règle qui est le fondement même de la relation entre un médecin et son patient, en réaffirmant qu'elle s'applique tout autant à la relation entre le médecin du travail et le salarié* »¹²²⁵. Elle a également rappelé que « *l'indépendance du médecin du travail dans l'exercice de son activité est un élément essentiel de la déontologie de cette profession* »¹²²⁶. Le Professeur FRIMAT indiquait déjà en 2011¹²²⁷ que l'indépendance technique du médecin du travail doit être affirmée : « *C'est un point important...les crises actuelles confirment les éventuelles dérives de lobbying ou de pressions qui peuvent exister dans nos sociétés. Le monde du travail n'échappe pas à cette règle et il est indispensable que la loi confirme cette garantie d'indépendance du médecin du travail* ».

¹²²¹ Article R.4623-1 du Code du travail.

¹²²² P. MARICHALAR, « *La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010)* », Politix, n° 91, 2010, volume 23, pages 27 à 52.

¹²²³ Article L.4622-4 du Code du travail.

¹²²⁴ Article L.4623-8 du Code du travail.

¹²²⁵ Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail, pages 17- à 18.

¹²²⁶ Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail, pages 17 à 18.

¹²²⁷ P. FRIMAT, « *La médecine du travail est-elle menacée ?* », Revue de droit du travail, 15 février 2011, page 86.

Bien avant l'introduction dans le Code du travail du principe d'indépendance professionnelle du médecin du travail, la chambre criminelle de la Cour de cassation¹²²⁸ avait rendu une décision distinguant la subordination administrative du médecin du travail de l'indépendance médicale. Elle indique que si le médecin du travail se trouve « *placé sous le contrôle et la subordination administrative* » de son employeur, « *ce contrôle et cette subordination ne peuvent s'étendre au domaine purement médical* ». Il doit, dans ce domaine, « *conserver toute son indépendance* ». Le « domaine médical » du médecin du travail comprend aussi bien les décisions médicales liées au suivi individuel de l'état de santé des salariés que ses actions sur le milieu de travail. De même, l'indépendance du médecin du travail porte également sur la production de l'ensemble des écrits. Néanmoins, cette indépendance ne doit pas entrer en contradiction avec les principes issus du Code de déontologie médicale, tels que la prohibition de tout certificat de complaisance¹²²⁹.

L'indépendance professionnelle du médecin du travail n'est pas seulement un droit, mais il s'agit en premier lieu d'un devoir lui incombant. En effet, le Code de la santé publique¹²³⁰ dispose que « *le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.* » Concernant spécifiquement les médecins salariés, le Code de la santé publique¹²³¹ dispose que « *le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat [...] à [...] tout [...] organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant [...] l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part [...] de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.* » Cela signifie qu'un médecin acceptant une limitation de son indépendance professionnelle dans son exercice médical commet une faute d'ordre déontologique. En outre, le Code de la santé publique ajoute que le médecin du travail a une obligation d'indépendance dans ses décisions¹²³², ce qui signifie que l'ensemble des avis qu'il émet relève de son indépendance

¹²²⁸ Cass. crim., 15 octobre 1985, n° 83-92.133, *Bull. crim.*, 1985, n° 317.

¹²²⁹ Article R.4127-28 du Code de la santé publique, article 28 du Code de déontologie médicale.

¹²³⁰ Article R.4127-5 du Code de la santé publique, article 5 du Code de déontologie médicale.

¹²³¹ Article R.4127-95 du Code de la santé publique.

¹²³² Article R.4127-95 du Code de la santé publique.

professionnelle. D'ailleurs, à titre d'exemple, la Cour de cassation considère qu'est abusif le licenciement d'un médecin du travail motivé par le fait qu'il émette trop d'avis d'inaptitude au travail¹²³³.

Pour conclure, l'indépendance professionnelle des médecins du travail est un principe essentiel leur permettant d'exercer leurs missions. Ce principe ne fait, pour autant, aucunement obstacle à une homogénéisation de leurs pratiques professionnelles, notamment concernant les écrits qu'ils produisent, ce point étant particulièrement emblématique du constat d'une hétérogénéité des pratiques.

B – L'harmonisation des pratiques professionnelles des médecins du travail au travers de leurs écrits

Les écrits du médecin du travail, qu'ils soient individuels ou collectifs, sont porteurs d'enjeux en santé au travail. Ainsi, il serait pertinent de développer un service de conseils commun à l'ensemble des services de santé au travail afin d'homogénéiser les pratiques quant à la rédaction des avis émis par le médecin du travail (1) ainsi que pour la rédaction du DMST et des certificats médicaux (2).

1/ L'amélioration de la rédaction des avis émis par les médecins du travail

Les avis émis par le médecin du travail génèrent une obligation d'action à la charge de l'employeur, et c'est la raison pour laquelle il est essentiel que ces avis ne comportent aucune ambiguïté. Or, l'analyse des avis émis par les médecins montre qu'il existe d'une part, une hétérogénéité dans la rédaction des avis, et d'autre part que l'interprétation de certains avis médicaux prête à confusion. De ce fait, une amélioration de la rédaction des avis émis par les médecins du travail apparaît incontournable. D'ailleurs, les médecins sont en majorité demandeurs d'informations et de formation dans ce domaine afin d'améliorer leurs pratiques.

Aujourd'hui encore, les formulations utilisées par les médecins du travail au sein de leurs avis, et notamment concernant les avis d'inaptitude et les préconisations individuelles

¹²³³ Cass. soc., 10 octobre 1979, n° 78-12.275, *Bull. des arrêts Cour de Cassation, Chambre sociale*, n° 703.

d'aménagement de poste, peuvent être source de tensions avec l'employeur, ce qui peut par la suite générer des situations conflictuelles. Certaines formulations peuvent être considérées par les employeurs comme « *trop jargonneuse[s], trop floue[s]* »¹²³⁴. Ces situations peuvent donc « *rendre plus tendue la gestion d'un cas individuel* »¹²³⁵ par les employeurs. Pourtant, quelques conseils simples dispensés à l'ensemble des médecins du travail permettraient de rendre plus compréhensibles les avis qu'ils émettent. L'ARAVIS (agence Rhône-Alpes pour l'amélioration des conditions de travail) propose « *quelques repères* » pour la rédaction des avis en conseillant par exemple de « *formuler les avis en termes de contenu du travail (tâches non réalisables, et/ou tâches réalisables) plutôt qu'en termes médicaux ou trop généraux, en essayant le plus possible de coller aux postes ou situations de travail dans l'entreprise* », ou encore de « *favoriser, pour les cas les plus complexes, un processus d'information et de dialogue qui dépasse le seul avis remis au salarié ou envoyé à l'employeur.* »¹²³⁶

Lorsque le médecin émet un avis d'inaptitude ou une préconisation individuelle d'aménagement de poste, il lui sera conseillé de lister les capacités restantes du salarié ou les tâches ne pouvant plus être réalisées. De plus, avant d'émettre une préconisation individuelle d'aménagement de poste de travail, le médecin du travail doit avoir une bonne connaissance du poste de travail occupé par le salarié afin que sa préconisation soit pertinente. Par exemple, lorsqu'un médecin du travail émet des restrictions au port de charges de plus de 10 kg, il doit s'assurer que dans le cadre de son activité, le salarié peut être amené à porter des charges supérieures à 10 kg. Dans le cas contraire, ses préconisations ne seront pas pertinentes, ce qui peut affecter la crédibilité du médecin du travail. En outre, le médecin du travail doit être le plus précis possible en ce qui concerne les restrictions afin de permettre à l'employeur de les comprendre et ainsi de les mettre en œuvre.

La rédaction de l'avis d'inaptitude peut parfois s'avérer problématique pour le médecin du travail : il doit éclairer son avis de « *conclusions écrites, assorties d'indications relatives au reclassement du travailleur* »¹²³⁷. Il est conseillé au médecin d'être le plus précis possible

¹²³⁴ ARAVIS, ANACT, Guide pratique, « *La relation médecin du travail / entreprise, à la croisée des enjeux de santé au travail et de gestion des ressources humaines* », Boîte à outils GRH en PME, dossier n° 7, décembre 2012.

¹²³⁵ ARAVIS, ANACT, Guide pratique, « *La relation médecin du travail / entreprise, à la croisée des enjeux de santé au travail et de gestion des ressources humaines* », Boîte à outils GRH en PME, dossier n° 7, décembre 2012.

¹²³⁶ ARAVIS, ANACT, Guide pratique, « *La relation médecin du travail / entreprise, à la croisée des enjeux de santé au travail et de gestion des ressources humaines* », Boîte à outils GRH en PME, dossier n° 7, décembre 2012.

¹²³⁷ Article L.4624-4 du Code du travail.

quant aux capacités restantes du salarié afin de permettre à l'employeur de procéder à une recherche efficace d'un poste de reclassement. Dans le cadre des pathologies liées à des risques psychosociaux, la rédaction des avis est très délicate et peut devenir un véritable casse-tête pour les médecins du travail. Sans trahir le secret médical, le médecin du travail devra indiquer les capacités restantes du salarié et déterminer le périmètre de la recherche de reclassement de l'employeur. Par exemple, lorsqu'un médecin du travail estime que le salarié ne peut plus occuper son poste de travail ni aucun autre poste de travail dans l'établissement, il indiquera que le salarié pourrait occuper un poste similaire dans un environnement professionnel différent, à savoir dans un autre établissement de l'entreprise, voire même dans une autre entreprise.

En outre, les médecins doivent être particulièrement vigilants à rester dans leur rôle médical. Ainsi, dans le cadre d'un avis d'inaptitude, ils doivent se prononcer uniquement sur les capacités médicales des salariés et non sur leurs compétences professionnelles, lesquelles relèvent de l'appréciation de l'employeur. Ainsi, un médecin du travail ne peut pas exclure un poste de reclassement sur un poste administratif en arguant que le salarié n'a pas les compétences professionnelles requises si ce poste est compatible avec l'état de santé du salarié. Il appartiendra à l'employeur de dispenser au salarié une formation si nécessaire. Cela signifie que le médecin ne doit pas se substituer dans la capacité qu'aura l'employeur à reclasser ou non le salarié et c'est la raison pour laquelle il doit bien rester dans son rôle médical. Enfin, il ne peut aucunement interférer avec le pouvoir de direction de l'employeur et décider du poste de reclassement du salarié, sa mission devant se limiter à émettre un avis en termes de capacités et d'incapacités fonctionnelles et/ou psychologiques.

Par la suite, l'avis d'inaptitude émis par le médecin du travail fait place à de nombreux échanges de courriers entre le médecin et l'employeur, en raison notamment de la jurisprudence constante de la Cour de cassation qui précise que « *les réponses apportées, postérieurement au constat régulier de l'inaptitude, par le médecin sur les possibilités éventuelles de reclassement concourent à la justification par l'employeur de l'impossibilité de remplir cette obligation* »¹²³⁸. Ainsi, dorénavant, les employeurs sollicitent très souvent le médecin du travail à la suite de l'avis d'inaptitude, dans le cadre de leur recherche de

¹²³⁸ Cass. soc., 15 décembre 2015, n° 14-11.858, *Bull. civ.*, 2016, n° 841, *Soc.*, n° 596.

reclassement. Nous pouvons néanmoins déplorer que dans certaines situations les courriers de l'employeur soient identiques, quel que soit l'avis d'inaptitude rendu initialement par le médecin du travail, ce qui dénote d'une absence de recherche sérieuse de reclassement. Ces courriers stéréotypiques n'ont bien souvent pour seul but que de sécuriser l'employeur d'un point de vue juridique.

Pour conclure, l'amélioration de la rédaction des avis émis par le médecin du travail est nécessaire à plusieurs égards. En effet, la qualité de la rédaction de ces avis a des conséquences sur la compréhension par l'employeur, et *in fine*, sur leur mise en œuvre. Cependant, les multiples échanges entre le médecin du travail et l'employeur ne sont pas uniquement liés à l'incompréhension des employeurs, mais aussi parfois à un souci de traçabilité des échanges. Ainsi, même lorsque les médecins rédigent correctement et précisément leur avis, certains employeurs les sollicitent de manière abusive. Après études des situations rencontrées à l'ACMS, nous avons constaté que certains employeurs demandent au médecin du travail un avis sur un poste de reclassement alors que ce poste est en inadéquation manifeste avec l'état de santé du salarié. Par exemple, un médecin du travail a indiqué à un employeur de manière non équivoque dans le cadre d'un avis d'inaptitude que seul un poste assis pouvait être proposé au salarié. L'employeur a pourtant demandé au médecin du travail son avis sur un poste nécessitant la station debout prolongée. Pourtant, la recherche de reclassement par l'employeur doit s'effectuer de manière loyale et sérieuse et non uniquement dans un objectif formel de proposition de poste. Si l'employeur procède au licenciement du salarié sans avoir réalisé une recherche loyale et sérieuse de reclassement, en cas de contentieux devant le CPH, les juges estimeront que le licenciement du salarié est sans cause réelle et sérieuse.

Les avis émis par le médecin du travail sont porteurs d'enjeux en santé au travail, et c'est la raison pour laquelle un appui doit être apporté aux médecins du travail afin de les guider au mieux dans la rédaction de leurs avis pour que ces derniers soient les plus clairs possibles. Les médecins du travail sont également demandeurs d'informations quant à la qualité de la rédaction du DMST et des certificats médicaux, cela étant également porteur d'enjeux importants en santé au travail.

2/ L'amélioration de la rédaction du DMST et des certificats médicaux

Les écrits ont une place essentielle en santé au travail, cela permettant notamment au médecin du travail de tracer les actions qu'il a réalisées, que ce soit dans le cadre du suivi individuel de l'état de santé des salariés ou des actions sur le milieu de travail. Si les écrits sont incontournables dans le cadre de l'activité du médecin du travail, ce dernier doit néanmoins rester vigilant quant à leur rédaction, ces écrits se retrouvant de plus en plus instrumentalisés dans le cadre d'un litige entre l'employeur et le salarié auprès du CPH.

Le médecin du travail devra notamment se montrer particulièrement vigilant lorsqu'il fait un lien entre l'état de santé du salarié et son activité professionnelle. Tout en précisant que « *sa formation et ses missions permettent au médecin du travail d'établir un lien entre la santé du salarié, son activité professionnelle et son environnement professionnel* »¹²³⁹ et qu'il s'agit bien de la « *singularité de l'activité du médecin du travail par comparaisons aux médecins de soins* »¹²⁴⁰, le CNOM condamne, au travers des décisions rendues, certains écrits réalisés par les médecins du travail. En effet, il ressort des avis rendus par le CNOM que le médecin du travail doit être attentif à la rédaction du DMST et des certificats médicaux. Si le médecin retranscrit les dires des salariés dans le DMST, il doit le faire « *avec la plus grande circonspection* »¹²⁴¹, et doit notamment utiliser les guillemets et/ou indiquer « *le/la salarié(e) me dit que* ». Ainsi, le CNOM considère que « *manque à ses devoirs déontologiques, le médecin qui ne se limite pas dans ses écrits à faire le lien entre l'état psychique du salarié et son travail, mais l'impute à une personne déterminée dont il n'a pas été en mesure de constater le comportement* »¹²⁴². En revanche, le CNOM considère que ne commet pas de faute déontologique le médecin qui « *ne s'est pas bornée à faire siennes les déclarations de la salariée, mais s'est fondée sur la connaissance personnelle qu'elle avait acquise des conditions de travail [...] à travers notamment des consultations dispensées à d'autres salariées de*

¹²³⁹ Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Les écrits du médecin du travail et la déontologie médicale* », Rapport adopté lors de la session du CNOM de juin 2015.

¹²⁴⁰ Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Les écrits du médecin du travail et la déontologie médicale* », Rapport adopté lors de la session du CNOM de juin 2015.

¹²⁴¹ Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Les écrits du médecin du travail et la déontologie médicale* », Rapport adopté lors de la session du CNOM de juin 2015.

¹²⁴² Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Les écrits du médecin du travail et la déontologie médicale* », Rapport adopté lors de la session du CNOM de juin 2015.

l'étude, ses constatations l'ayant amenée à alerter l'employeur et le rencontrer, puis à saisir à trois reprises l'inspecteur du travail »¹²⁴³.

Au travers des pratiques, parfois hétérogènes, des médecins du travail de l'ACMS, il ressort que ces derniers sont demandeurs de conseils afin d'harmoniser leurs écrits, et surtout d'éviter les impairs pouvant les conduire à une condamnation par le CNOM. En ce sens, d'une manière globale, les médecins du travail devraient davantage être formés à la rédaction de leurs écrits, ce qui aurait pour effet de limiter les contentieux. À l'ACMS, plusieurs médecins chevronnés ont commis des impairs dans la rédaction de certificats médicaux ou de courriers à destination de confrères. Par exemple, lors d'un litige devant le CPH entre le salarié et l'employeur, ce dernier a eu connaissance d'un courrier rédigé en décembre 2017 par le médecin du travail pour le médecin traitant du salarié. Dans ce courrier, le médecin du travail indiquait que le salarié « *est en souffrance* », car « *il est confronté à une situation professionnelle stressante depuis plusieurs mois avec une charge de travail particulièrement lourde, à laquelle s'ajoute une situation conflictuelle interpersonnelle* ». En février 2020, l'employeur écrit au médecin du travail en lui demandant d'établir un courrier correctif, considérant que l'écrit du médecin constitue un certificat tendancieux, l'employeur estimant que le médecin ne s'était basé sur aucune étude de poste pour affirmer ces propos.

Cependant, nous pouvons également souligner que même lorsque le médecin du travail se montre vigilant dans la rédaction de ses écrits, cela peut tout de même aboutir à une plainte devant le CDOM de la part de l'employeur. Par exemple, en mars 2018, une conciliation a eu lieu entre un employeur et un médecin du travail de l'ACMS, l'employeur reprochant au médecin du travail d'avoir rédigé un courrier « tendancieux » au médecin traitant d'un salarié. L'employeur avait eu connaissance de cet écrit dans le cadre d'un litige devant le CPH l'opposant à son salarié. Dans ce cas, même si le médecin du travail avait pris toutes les précautions nécessaires pour la rédaction de ce courrier, l'employeur a tout de même porté plainte contre le médecin du travail, l'objectif de l'employeur étant, dans ce contexte, d'intimider le médecin du travail afin qu'il produise un écrit demandant que cette pièce soit retirée du dossier prud'homal du salarié.

¹²⁴³ Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins, audience du 15 mai 2014, n° 11843.

Quoi qu'il en soit, au vu de ces situations, les médecins du travail doivent prêter une attention particulière à leurs écrits, sous peine de faire l'objet d'une plainte devant le Conseil de l'Ordre des médecins.

Conclusion du chapitre 1

Les défaillances de notre système de santé au travail reposent sur plusieurs paramètres ; en conséquence, il est nécessaire d'agir concomitamment sur l'ensemble de ces facteurs afin de mettre en place un système de santé au travail efficient. Ainsi, le système de santé au travail doit être repensé dans son ensemble, en favorisant une unité entre les services de santé au travail et une meilleure répartition des missions de chacun des acteurs de la santé au travail afin d'éviter les doublons et ainsi permettre une politique de prévention au plus près des employeurs et des salariés. À l'heure où une nouvelle réforme de la santé au travail devrait naître, il n'est plus question de modifier à la marge certains aspects de la santé au travail, mais bien de repenser le système de santé au travail dans son ensemble, sous peine de voir le système entier s'effondrer. Cependant, cette refonte devra s'accompagner d'autres engagements, tels que l'amélioration de la formation des médecins du travail et l'harmonisation des pratiques professionnelles. En outre, les failles de notre système de santé au travail reposent également en partie sur le manque de cohérence entre la santé au travail et la santé publique et sur les failles actuelles au sujet de l'organisation du suivi en santé au travail des salariés, lequel n'est toujours pas optimal et ne permet pas de garantir la pérennité du système.

CHAPITRE 2 : UNE APPROCHE DÉCLOISONNÉE DU SUIVI EN SANTÉ AU TRAVAIL

Depuis plusieurs années, la frontière entre le système préventif et le système curatif est remise en question, comme le soulignait le Docteur DAB¹²⁴⁴ en 2016¹²⁴⁵. La cohérence du système de santé dans son ensemble suppose l'intégration du système de santé au travail dans le système de santé global. En outre, cette unité permettrait de renforcer l'efficacité du système de santé au travail, ce qui implique un rapprochement entre la santé au travail et la santé publique (Section 1). D'autre part, les réformes des dernières années ont permis des avancées en termes de suivi individuel de l'état de santé des salariés afin de cibler les salariés ayant le plus besoin d'un suivi individuel fréquent. Cependant, cela ne résout que très partiellement la problématique d'efficacité de notre système de prévention. Des mesures complémentaires doivent être prises afin de renforcer l'efficacité du suivi de l'état de santé des salariés et la prévention primaire (Section 2).

¹²⁴⁴ Médecin, professeur et directeur de la chaire « Entreprises et santé » au Cnam.

¹²⁴⁵ W. DAB, « *Santé au travail, le maillon faible de la santé publique* », Dossier Santé et société, Préventique, novembre 2016, n° 149.

SECTION 1 : LE NÉCESSAIRE RAPPROCHEMENT DE LA SANTÉ AU TRAVAIL ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Depuis sa création, la santé au travail constitue une exception dans le paysage de la santé publique, donnant lieu à une scission entre la santé au travail et la santé publique. Pourtant, cette scission n'a pas de raison d'exister dans la mesure où la santé d'un individu est un tout et comprend indéniablement sa santé au travail. Ainsi, l'amélioration du suivi en santé au travail des salariés nécessite inévitablement l'intégration de la politique de santé au travail à la politique de santé publique (§1). Afin de lever les freins au rapprochement entre la santé au travail et la santé publique, le médecin du travail devrait être placé, sans équivoque, dans un rôle exclusivement de préventeur (§2).

§1 – Une politique de santé au travail intégrée aux politiques de santé publique pour une meilleure efficacité du suivi en santé au travail des salariés

Le système de santé comprend deux volets complémentaires : le système curatif et le système préventif. Les investissements dans le système préventif sont nécessaires dans la mesure où ils permettront d'éviter l'apparition de maladies, ce qui réduira inévitablement les dépenses afférentes au système curatif. La volonté d'un rapprochement entre la santé publique et la santé au travail n'est pas nouvelle, mais cela a été réaffirmé récemment par les pouvoirs publics (A), notamment au sein du rapport LECOQ. Ce rapprochement apparaît inévitable pour permettre une amélioration de l'efficacité de notre système de santé au travail (B).

A – L'impulsion des politiques publiques pour un rapprochement entre la santé au travail et la santé publique

Le système de santé au travail et le système de santé publique ont fonctionné en silo durant de nombreuses années. Aujourd'hui, le décloisonnement s'avère être très progressif (1), bien que cet enjeu soit au cœur des préoccupations des politiques de santé au travail comme le démontre le 3^e PST, lequel fait la promotion de la transversalité entre la santé au travail et la santé publique (2).

1/ Le décloisonnement progressif de la santé publique et de la santé au travail

La santé publique et la santé au travail ont été, durant longtemps, deux domaines strictement cloisonnés, même si depuis quelques années, comme le souligne W. DAB, « *une frontière stricte entre préventif et curatif a de moins en moins de raison d'être* »¹²⁴⁶. Le sujet du décloisonnement entre la santé au travail et la santé publique est d'actualité depuis plusieurs années, et en 2007, la revue Santé publique a lancé « *un appel à articles sur le thème de la santé au travail* »¹²⁴⁷. Au fil des ans, la santé au travail a pris progressivement une place dans le paysage de la santé publique et aujourd'hui, il est indéniable que les politiques de santé publique doivent intégrer la santé au travail.

À ce titre, la stratégie nationale de santé pour 2018-2020 intègre des objectifs en lien avec la santé au travail, dont l'objectif de « *Promouvoir la santé au travail, développer une culture de prévention dans les milieux professionnels et réduire la fréquence et la sévérité des pathologies liées aux conditions de travail* ». La stratégie nationale insiste sur le fait que la santé au travail doit être intégrée dans les politiques de santé publique au motif que « *le travail exercé dans de bonnes conditions contribue au maintien d'un bon état de santé* »¹²⁴⁸. En outre, les expositions aux risques professionnels « *peuvent générer des maladies cardio-vasculaires, des problèmes de santé mentale et des troubles musculo-squelettiques* ». Il est ainsi proposé un plan d'action consistant notamment à « *mettre en place une politique globale de santé et de qualité de vie au travail* », « *développer la prévention en milieu professionnel dans une approche globale de la santé en améliorant la coordination des acteurs, en développant l'utilisation du volet professionnel du dossier médical partagé, en intégrant mieux les services de santé au travail dans le parcours de santé et en renforçant la prise en compte de la prévention des risques professionnels dans la formation des futurs salariés et dirigeants des entreprises* ». Néanmoins, le Professeur VERKINDT souligne que « *l'entreprise n'apparaît nulle part comme un véritable acteur* », ce qui est surprenant, car l'employeur est « *responsable de la mise en place de la prévention et de la réparation du risque professionnel* »¹²⁴⁹.

¹²⁴⁶ W. DAB, « *Santé au travail, le maillon faible de la santé publique* », Dossier Santé et société, Préventique, novembre 2016, n° 149.

¹²⁴⁷ J. KIVITS, « *La santé au travail : quels enjeux pour la santé publique ?* », Santé publique, 2008/HS, volume 20, pages 5 à 6.

¹²⁴⁸ Ministère des Solidarités et de la Santé, « *Stratégie nationale de santé 2018-2022* », 2017, page 22.

¹²⁴⁹ P. Y. VERKINDT, « *Travail et santé au travail dans la Stratégie nationale de santé 2018-2022* », RDSS 2018, pages 437 à 443.

Un autre volet de la stratégie nationale de santé concerne directement la santé au travail. Il s'agit de « *Prendre soin de ceux qui soignent* » en développant notamment la « *politique de formation initiale et continue adaptée aux nouvelles caractéristiques de l'activité* » ainsi que l'amélioration de « *la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels de santé et médicosociaux* ».

Malgré une volonté des pouvoirs publics de rapprocher la santé au travail et la santé publique, aujourd'hui, force est de constater que le système de santé au travail évolue toujours en parallèle du système de santé global, les objectifs de la stratégie nationale de santé se mettant en œuvre très progressivement. La crise sanitaire majeure liée à la covid-19 a montré la nécessité d'un rapprochement entre la santé au travail et la santé publique. Ainsi, le rôle des services de santé au travail, et plus spécifiquement des médecins du travail, a été renforcé dans le cadre de cette épidémie. Les services de santé au travail ont d'abord eu un rôle important à jouer en relayant les messages de santé publique. En effet, l'Ordonnance du 1^{er} avril 2020¹²⁵⁰ prévoit que les services de santé au travail doivent participer à la lutte contre la propagation de la covid-19, notamment par la diffusion de messages de prévention contre le risque de contagion, l'appui aux entreprises dans la définition et la mise en œuvre des mesures de prévention adéquates contre ce risque, et l'accompagnement des entreprises amenées, par l'effet de la crise sanitaire, à accroître ou adapter leur activité. Concernant plus spécifiquement l'activité des médecins du travail, l'Ordonnance a prévu que le médecin du travail puisse prescrire et, le cas échéant, renouveler un arrêt de travail en cas d'infection ou de suspicion d'infection à la covid-19 ou au titre des mesures de prévention. Un décret¹²⁵¹ est ensuite venu préciser les conditions d'application de cette mesure. La possibilité de prescription des arrêts de travail par le médecin du travail constitue une avancée importante permettant de rapprocher la santé au travail et la santé publique même si cette possibilité n'a été que temporaire. Le médecin du travail peut également procéder à des tests de dépistage de la covid-19 selon un protocole défini par arrêté des ministres chargés de la santé et du travail. Ce protocole n'est pas paru, mais le médecin du travail peut, par la prescription

¹²⁵⁰ Ordonnance n°2020-386 du 1^{er} avril 2020 adaptant les conditions d'exercice des missions des services de santé au travail à l'urgence sanitaire et modifiant le régime des demandes préalables d'autorisation d'activité partielle.

¹²⁵¹ Décret n° 2020-549 du 11 mai 2020 fixant les conditions temporaires de prescription et de renouvellement des arrêts de travail par le médecin du travail.

d'examens complémentaires, procéder à ces tests de dépistage. Ainsi, les nouvelles missions temporaires confiées au médecin du travail démontrent l'intérêt d'une connexion entre la santé publique et la santé au travail.

2/ La promotion de la transversalité entre la santé au travail et la santé publique dans le 3^e PST

Le PST3 pour 2016-2020 prévoit comme objectif opérationnel n°6 la transversalité entre la santé au travail et la santé publique. Le PST part du postulat selon lequel « *le travail est un déterminant de la santé* » et souligne qu'« *il peut être utile d'articuler les ressources de la santé au travail et celles de la santé publique* ». Pour ce faire, le PST fixe plusieurs actions à mettre en œuvre et notamment « *favoriser la collaboration entre autorités en charge de la santé au travail et de la santé publique sur les territoires* ». Un autre volet des objectifs du PST3 consiste en la prévention des risques multifactoriels, tels que la prévention des « *pratiques addictives en milieu professionnel* » ou la prévention des « *maladies cardio-vasculaires en lien avec l'activité professionnelle* ».

Concernant les pratiques addictives en milieu professionnel, les enjeux du PST3 sont notamment d'en « *améliorer la connaissance, qualitative et quantitative [...], et de leurs conséquences en s'appuyant notamment sur les services de santé au travail* ». Un travail de formation des acteurs doit également être entrepris, et le PST3 souligne que cela doit concerner en particulier « *les personnels des services de santé au travail* », dans l'aide « *au repérage et à la prévention des pratiques addictives* ». Un autre moyen consiste également à renforcer le dialogue social dans ce domaine et notamment à « *encourager la concertation sur les mesures de prévention dans le cadre du dialogue social et diffuser auprès des employeurs et des CHSCT [CSE] des bonnes pratiques* ». Ce sujet est un exemple parfait permettant d'articuler les politiques de santé publique et celles de la santé au travail, les addictions ne pouvant s'arrêter à la porte de l'entreprise.

Concernant la prévention des maladies cardio-vasculaires en lien avec l'activité professionnelle, le PST3 indique qu'il convient notamment de « *sensibiliser l'ensemble des acteurs de la prévention aux déterminants professionnels des maladies cardio-vasculaires et les inciter à développer une méthodologie de repérage, d'évaluation et de prévention de ces*

facteurs de risques professionnels ». L'ouvrage « Cœur et Travail »¹²⁵², dont la 3^e édition est parue en septembre 2019, démontre l'importance de la santé au travail dans la prise en charge globale d'une pathologie cardio-vasculaire.

Pour ces deux thématiques, il ne fait nul doute que le travail en coopération entre les pouvoirs publics et les services de santé au travail doit être renforcé. Ainsi, ces deux exemples démontrent que la santé au travail et la santé publique sont étroitement liées, formant les deux composantes de la santé d'un individu, qu'il n'est pas pertinent de scinder.

Outre ces exemples issus du PST3, d'autres enjeux nécessiteraient un rapprochement entre la santé au travail et la santé publique afin d'être appréhendés dans leur globalité. Par exemple, des études ont été réalisées quant aux inégalités sociales de santé, mais L. VOGEL souligne que « *le rapport entre les conditions de travail et les inégalités sociales de santé est rarement étudié en tant que tel en raison de la barrière assez étanche qui sépare traditionnellement la santé au travail de la santé publique tant dans le domaine de la recherche que dans celui des politiques publiques. Tout se passe comme si l'action visant à réduire les inégalités sociales de santé devait s'arrêter, impuissante et aveugle, aux portes du travail* »¹²⁵³. Face à ces constats, les politiques publiques tentent de rassembler ces deux domaines de la santé, mais il reste encore beaucoup à construire.

B – La nécessité de poursuivre le décroisement entre la santé au travail et la santé publique

Malgré un timide rapprochement entre la santé publique et la santé au travail, cette dernière reste « *le maillon faible de la santé publique* »¹²⁵⁴. Comme le souligne le Docteur W. DAB, le système de soins est performant, ce qui n'est pas le cas du système de prévention. Il rappelle, à juste titre, que lorsqu'« *on dépense 100 euros dans la santé, 97 vont aux soins curatifs individuels et 3 à la prévention* ». Le système de prévention, et notamment le système

¹²⁵² « Cœur et Travail – Prévention, prise en charge, maintien dans l'emploi », 3^e édition, Éditions Frison-Roche, sous la direction de B. PIERRE, septembre 2019.

¹²⁵³ L. VOGEL, « *Enjeux et incertitudes de la politique européenne en santé au travail* », Mouvements, 2009/2, n° 58, pages 104 à 116.

¹²⁵⁴ W. DAB, « *Santé au travail, le maillon faible de la santé publique* », Dossier Santé et société, Préventique, novembre 2016, n° 149.

de prévention des risques professionnels, n'est pas à la hauteur des objectifs de santé publique. Pourtant, la santé d'un individu comporte nécessairement les deux aspects que sont la santé au travail et la santé publique, et il n'est pas pertinent de cloisonner ces deux domaines de la santé qui forment un tout : la santé de l'individu. L'intérêt d'une santé au travail intégrée à la santé publique pour le suivi des salariés est indéniable, et c'est la raison pour laquelle les politiques publiques doivent poursuivre la mise en œuvre des mesures permettant ce décloisonnement. Pour cela, il est nécessaire de renforcer les échanges entre le médecin du travail et la médecine de ville, notamment via l'amélioration de l'actuel dossier médical partagé (1). Par ailleurs, le décloisonnement entre la santé au travail et la santé publique serait favorable à la prévention de la désinsertion professionnelle aussi bien qu'à la prévention des risques en entreprise (2).

1/ La nécessité de renforcer les échanges entre le médecin du travail et la médecine de ville par l'amélioration de l'actuel dossier médical partagé

Le rapport LECOCQ rappelle la problématique du cloisonnement entre « *la médecine de ville et la médecine du travail* ». En effet, il n'existe pas de secret médical partagé entre les médecins de ville et les médecins du travail. Par conséquent, les échanges d'informations apparaissent limités et sont réalisés exclusivement par l'intermédiaire du salarié lui-même. Pourtant, la réussite des missions du médecin du travail, et notamment celle relative à la prévention de la désinsertion professionnelle, nécessite une meilleure articulation entre les différents médecins intervenant auprès d'un patient salarié. Les contributions faites dans le cadre du rapport LECOCQ par les employeurs et les salariés soulignent que « *de nombreuses inaptitudes, arrêts de longues durées, pathologisations de situations, désinsertions professionnelles pourraient être évités si la coordination entre les acteurs était plus efficace et plus précoce* ». Des mesures pourraient être mises en œuvre afin de faciliter les échanges entre les différents médecins du salarié, telles que la mise en place « *des outils de communication adaptés : messagerie sécurisée dédiée pour communiquer sur des dossiers, instituer des temps d'échanges autour de dossiers compliqués* ». Le rapport LECOCQ propose alors d'intégrer la santé au travail au sein des actuelles plateformes territoriales d'appui. Ces plateformes sont issues de la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et ont pour objectif d'assurer des fonctions d'appui à la prise en charge des patients

relevant de parcours de santé complexes en soutien des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux.

Par ailleurs, le décloisonnement entre la santé au travail et la santé publique nécessiterait l'utilisation par les professionnels de santé d'un dossier médical unique. Dans un objectif d'utilisation par les différents professionnels de santé du dossier médical du patient, le dossier médical personnel a été modifié par la Loi du 26 janvier 2016¹²⁵⁵ pour devenir l'actuel dossier médical partagé. L'objectif du DMP est de « *favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients* »¹²⁵⁶. Ce dossier « *ne se substitue pas au dossier que tient chaque établissement de santé ou chaque professionnel de santé* »¹²⁵⁷. Cependant, les médecins intervenant dans le parcours de soins du patient y notent des « *données relatives à la prévention, à l'état de santé et au suivi social et médico-social* » qu'ils « *estiment devoir être partagées dans le dossier médical partagé* »¹²⁵⁸. Le Code de la santé publique encadre strictement la consultation et l'alimentation du DMP par les professionnels de santé. Ainsi, le DMP n'est consultable par les professionnels de santé que sur autorisation du patient. Lorsque le patient a donné son autorisation à un professionnel de santé membre d'une équipe de soin, son consentement « *est réputée donné à l'ensemble des professionnels de santé membres de l'équipe de soins.* » Néanmoins, les professionnels de santé ont accès « *aux seules informations strictement nécessaires à la prise en charge du titulaire du dossier médical partagé* ». Le patient peut également interdire l'accès à son dossier à certains professionnels de santé¹²⁵⁹. En revanche, le médecin traitant du salarié a accès « *à l'ensemble des informations contenues dans le dossier médical partagé* »¹²⁶⁰.

Le médecin du travail, quant à lui, n'est pas complètement exclu de ce dispositif même si son accès reste limité. Alors qu'il existait des réticences quant à l'instauration d'un « volet professionnel » au sein du DMP¹²⁶¹, la Loi du 24 juillet 2019¹²⁶² a modifié l'article L.4624-8 du

¹²⁵⁵ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

¹²⁵⁶ Article R.1111-26 du Code de la santé publique.

¹²⁵⁷ Article R.1111-28 du Code de la santé publique.

¹²⁵⁸ Article R.1111-30 du Code de la santé publique.

¹²⁵⁹ Article R.1111-41 du Code de la santé publique.

¹²⁶⁰ Article R.1111-43 du Code de la santé publique.

¹²⁶¹ C. MANAOUIL, « *Le dossier médical personnel (DMP) : « autopsie » d'un projet ambitieux ?* », Médecine & Droit, volume 2009, janvier-février 2009, page 28.

¹²⁶² Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Code du travail relatif au DMST du salarié (avec effet au 1^{er} juillet 2021). À ce titre, il est prévu que le DMST soit intégré au DMP, ce qui permettra au médecin du travail d'alimenter le DMP du salarié sans pour autant y avoir accès. Il s'agit d'une première étape essentielle au décloisonnement entre la santé publique et la santé au travail. Le Professeur FRIMAT¹²⁶³ souligne que « *pendant longtemps le législateur a fait [des médecins du travail] des médecins d'assurance, il se dit aujourd'hui que ce serait bien que nous soyons des médecins du parcours de santé.* ». Il poursuit en indiquant que cela « *prendra du temps, mais il faudra que les données contenues dans le DMST soient transférées au DMP, surtout après la visite de départ en retraite, de façon à ce que le médecin généraliste soit bien au courant de la réalité des expositions professionnelles, de la réalité des métiers, et afin qu'il puisse faire le lien avec l'état de santé de son patient* ».

Pour autant, un réel décloisonnement entre la santé au travail et la santé publique ne sera rendu possible qu'à la condition que le médecin du travail ait accès aux informations contenues dans le DMP du patient, comme cela est préconisé dans le rapport de l'IGAS de février 2020¹²⁶⁴. Cela lui permettrait d'émettre des avis éclairés en parfaite connaissance de l'état de santé du salarié. Cependant, pour mettre en place cette mesure tout en garantissant les libertés individuelles du salarié, il est essentiel d'intégrer de manière expresse dans le Code du travail, le respect du consentement du salarié avant l'émission d'un avis, conformément aux dispositions du Code de la santé publique.

Le décloisonnement entre la santé au travail et la santé publique est une nécessité si l'on souhaite renforcer la performance du système de santé au travail. En effet, ce décloisonnement permettrait plus spécifiquement d'améliorer la prévention de la désinsertion professionnelle et la prévention des risques professionnels.

¹²⁶³ P. FRIMAT, « *Nous devons organiser le suivi du salarié tout au long de sa vie professionnelle, de son entrée en apprentissage à son départ à la retraite* », ISTNF, 12 novembre 2019.

¹²⁶⁴ D. CHAUMEL, B. MAURICE, J. P. VINQUANT, « *Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI)* », IGAS, février 2020, n° 2019-070R1, page 7.

2/ Le décloisonnement entre la santé au travail et la santé publique favorable à la prévention de la désinsertion professionnelle et des risques professionnels

Les atouts en faveur d'un rapprochement entre la santé au travail et la santé publique sont nombreux. Ce décloisonnement pourrait être l'opportunité pour le médecin du travail de pouvoir prescrire un arrêt de travail initial afin de prévenir plus efficacement la désinsertion professionnelle des salariés (a). Par ailleurs, les exemples d'autres pays européens permettent de démontrer l'efficacité d'un tel décloisonnement sur la prévention des risques professionnels en entreprise (b).

a) La possibilité de prescription d'un arrêt de travail initial par le médecin du travail favorable à la prévention de la désinsertion professionnelle

En mars 2018, l'association PRESANSE insiste sur la nécessité d'un rapprochement entre la santé au travail et la santé publique. Dans les « *10 engagements pour la santé au travail* »¹²⁶⁵, il est mentionné que « *les acteurs de la santé au travail doivent [...] s'adapter aux mutations de notre temps et en relever les défis* » avec notamment un « *rapprochement avec la médecine de soin pour contribuer à un meilleur accompagnement des démarches de prévention* ». Quelques mois auparavant, le rapport relatif à l'« *attractivité et [la] formation des professions de santé au travail* »¹²⁶⁶ proposait « *d'instaurer la possibilité de prescription du premier arrêt de travail par le médecin du travail en tant qu'alternative à l'inaptitude même temporaire* ». La possibilité pour le médecin du travail de prescrire un arrêt de travail dans ce contexte serait un premier pas vers la fin de la scission entre le système de santé préventif et le curatif.

D'un point de vue pragmatique, cela éviterait au salarié de consulter son médecin traitant pour un arrêt de travail lorsque le médecin du travail n'autorise pas, temporairement, la reprise ou la poursuite d'activité. En effet, le médecin du travail reste le professionnel le plus à même de juger si l'état de santé du salarié est compatible avec la poursuite de l'activité. En ce sens, l'absence de possibilité pour le médecin du travail de prescrire un arrêt de travail

¹²⁶⁵ PRESANSE, « *10 engagements pour la santé au travail, mission santé travail* », Audition de PRESANSE auprès de Charlotte LECOQ, Henri FOREST et Bruno DUPUIS, Paris, 8 mars 2018.

¹²⁶⁶ X. CHASTEL, H. SIAHMED, P. BLEMONT, « *Attractivité et formation des professions de santé au travail* », août 2017, publié en janvier 2018, rapport IGAS n° 2017-023R / IGAENR n° 2017-053.

initial décredibilise son jugement puisque cette décision reste à l'appréciation du seul médecin traitant. D'autre part, cela éviterait au salarié de devoir consulter son médecin traitant en urgence afin qu'il lui prescrive un arrêt de travail conformément aux préconisations émises par le médecin du travail.

b) Le décloisonnement entre la santé publique et la santé au travail favorable à une meilleure prévention des risques professionnels en entreprise

Une meilleure articulation entre la santé publique et la santé au travail permettrait également de mieux prévenir les risques professionnels en entreprise. Le rapport LECOCQ met en avant deux exemples issus de pays voisins démontrant l'efficacité d'une telle articulation. En Italie, un système informatique permet de relier pour chaque cas de cancer, l'activité professionnelle du patient et son entreprise. Cela permet ensuite « *de faire une alerte lorsque le nombre de cas est important* ». Dans les pays scandinaves, un outil statistique permet de « *retrouver l'activité professionnelle de tous les cas de cancers intervenus depuis les années 60.* » Ce logiciel met en avant les liens entre les conditions de travail et la survenue de certains cancers. En France, le Professeur FRIMAT indiquait à la fin de l'année 2019 que « *le décret sur la mise en place obligatoire dans les CHU d'un service de pathologie professionnelle, qui devrait sortir en 2020, permettra à tout salarié de rencontrer un expert au CHU afin de poser la question de l'origine professionnelle d'une maladie, ou pour constituer, pourquoi pas, son curriculum laboris, en utilisant toutes les données fournies par le médecin du travail ou le service de santé au travail.* »¹²⁶⁷

Ces pistes en vue d'un décloisonnement entre la santé publique et la santé au travail doivent s'accompagner d'une transformation partielle du rôle actuel du médecin du travail afin de garantir aux salariés le respect de leurs libertés individuelles fondamentales.

¹²⁶⁷ P. FRIMAT, « *Nous devons organiser le suivi du salarié tout au long de sa vie professionnelle, de son entrée en apprentissage à son départ à la retraite* », ISTNF, 12 novembre 2019.

§2 – Écarter les ambiguïtés liées au rôle de préventeur du médecin du travail

Le médecin du travail a, par principe, un rôle exclusivement préventif avec pour objectif d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Si ce rôle préventif est affirmé depuis la création de la médecine du travail, il existe pourtant une ambiguïté quant au rôle du médecin en raison du caractère contraignant de ses avis pour les salariés. Ainsi, afin d'améliorer la pertinence et l'efficacité des actions du médecin du travail pour la prévention des risques professionnels en entreprise, il apparaît essentiel de garantir le principe du consentement éclairé du salarié avant l'émission de tout avis individuel (A), tout en réaffirmant de manière cohérente le principe selon lequel le médecin de prévention ne peut être médecin de contrôle (B).

A – La nécessité d'affirmer le principe du consentement éclairé du salarié en santé au travail

Le système de santé au travail fait exception à un certain nombre de principes édictés par le Code de la santé publique, parmi lesquels figure le principe fondamental du respect du consentement éclairé du patient (1). Pourtant, l'efficacité du système de santé au travail pourrait être améliorée si ce principe fondamental devait être respecté par les médecins du travail (2).

1/ L'absence d'obligation en santé au travail de respecter le consentement du salarié

Le Code de la santé publique énonce un principe fondamental consacrant l'autonomie des individus en indiquant que « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* »¹²⁶⁸. Cela figure parmi les principes généraux des droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Par conséquent, en santé publique, « *le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de*

¹²⁶⁸ Article L.1111-4 du Code de la santé publique.

ses choix et de leur gravité »¹²⁶⁹. Cela signifie que les médecins ne peuvent d'aucune manière imposer leur décision au patient et à ce titre, le Code de la santé publique dispose qu'« *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.* »

La santé au travail fait exception au respect de ce principe fondamental issu du Code de la santé publique dans la mesure où le médecin du travail n'est pas contraint de recueillir l'accord formel du salarié avant d'émettre un avis, que ce soit un avis d'aptitude, d'inaptitude ou des préconisations individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail. L'absence d'obligation pour le médecin du travail de respecter le consentement du salarié constitue nécessairement un frein aux confidences du salarié quant à son état de santé et par conséquent, cela n'est pas favorable à l'établissement d'une relation de confiance entre le médecin et le salarié. Dans ce contexte, il devient difficile, voire impossible pour le médecin du travail, de mener à bien sa mission de prévention des risques professionnels puisqu'il n'a pas accès aux informations essentielles relatives à l'état de santé des salariés qu'il suit. En effet, sans confiance de la part du salarié, le médecin du travail n'est pas en mesure de lui délivrer les conseils de prévention adaptés à son état de santé qui pourra de ce fait être amené à se dégrader.

Néanmoins, malgré l'absence d'obligation du respect du consentement du salarié, il reste nécessaire, dans la mesure du possible, de le rechercher même si aucune disposition législative n'oblige les médecins du travail à le faire. À ce titre, Hervé GOSSELIN avait souligné en 2007 qu'« *il ne fait pas de doute que le médecin du travail se doit, comme ses confrères d'autres spécialités, de rechercher dans toute la mesure du possible le consentement du salarié à l'avis médical qu'il va rendre et qui peut avoir des conséquences importantes sur son emploi* ». Cependant, il indique ensuite qu'« *une telle recherche ne saurait aboutir à ce que le médecin du travail fasse dépendre le contenu de son avis médical de la position du salarié* »¹²⁷⁰.

¹²⁶⁹ Article L.1111-4 du Code de la santé publique.

¹²⁷⁰ H. GOSSELIN, « *Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives* », janvier 2007.

2/ La nécessité d'intégrer dans le Code du travail le principe du respect du consentement du salarié

Le rapport ISSINDOU indique qu'« *il est souhaitable [...] que le médecin du travail recherche le consentement du salarié sur les mesures envisagées* »¹²⁷¹. Pour les avis d'inaptitude, il est indiqué qu'« *il serait plus efficient et plus protecteur pour le salarié de prévoir, d'abord, que le médecin du travail doit rechercher le consentement du salarié, sauf dans l'hypothèse où la déclaration d'inaptitude a pour objectif de prévenir une atteinte imminente et grave à la santé du salarié ou de tiers* »¹²⁷². En effet, la recherche du consentement du salarié peut être problématique lorsque ce dernier occupe un poste présentant des risques particuliers et que son état de santé est susceptible de générer un risque pour la santé ou la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail¹²⁷³. En effet, comme le souligne le Professeur FANTONI QUINTON « *l'autonomie des salariés concernant leur santé, ne doit pas mettre en péril la santé des autres travailleurs, notamment dans les postes dits « de sécurité »* »¹²⁷⁴.

Certains auteurs préconisent de séparer la mission de vérification de l'aptitude médicale de la mission de prévention des risques professionnels. En effet, « *P. Davezies juge incompatible l'actuelle fonction duale du médecin du travail, à la fois conseiller et contrôleur* ». Il est ainsi préconisé par cet auteur de prévoir une médecine de contrôle, distincte de la médecine du travail, pour les postes présentant des risques particuliers. Il précise que « *ceci éviterait que la décision d'aptitude ne vienne brouiller le rôle du médecin du travail.* »¹²⁷⁵

En outre, cette séparation des rôles représenterait l'opportunité d'introduire dans le Code du travail une obligation pour le médecin du travail d'obtenir l'accord du salarié avant d'émettre un avis. En ce sens, en 2013, le Professeur FANTONI QUINTON proposait qu'« *à l'issue des visites médicales, aucune décision ne pourrait être imposée par le médecin du travail au*

¹²⁷¹ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 71, [400].

¹²⁷² Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 71, [417].

¹²⁷³ Article R.4624-22 du Code du travail.

¹²⁷⁴ S. FANTONI QUINTON, « *Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?* », Droit social, 2 décembre 2013, n° 12, pages 1023 à 1030.

¹²⁷⁵ S. FANTONI QUINTON, « *Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?* », Droit social, 2 décembre 2013, n° 12, pages 1023 à 1030.

salarié »¹²⁷⁶. Cette proposition permettrait de replacer le médecin du travail dans son rôle de préventeur et faciliterait les échanges entre le médecin du travail et les salariés tout en renforçant leur relation de confiance. En effet, dans ce contexte, le salarié ne craindrait plus pour son emploi, ce qui faciliterait les confidences sur son état de santé. Cela « *permettrait [au médecin du travail] de conseiller avec plus d'efficacité le salarié, car le médecin aurait une meilleure connaissance de son état de santé qu'il pourrait confronter avec les exigences et les risques professionnels* »¹²⁷⁷. Le médecin du travail pourrait alors délivrer au salarié les conseils adéquats en matière de prévention des risques professionnels et il pourrait également informer le salarié des risques potentiels ou avérés sur sa santé en cas de maintien à son poste de travail sans aménagement ou sans proposition de reclassement à un autre poste. Il appartiendrait ensuite au salarié de prendre la décision concernant sa santé, comme le prévoit le Code de la santé publique. Dans cette hypothèse, « *Le salarié déciderait s'il veut ou non continuer de travailler, s'il accepte que le médecin du travail fasse des propositions le concernant à l'employeur, voire qu'il émette un avis d'inaptitude pour préserver sa santé.* »¹²⁷⁸ D'ailleurs, comme le souligne le Professeur FANTONI QUINTON, le respect du consentement du salarié est déjà mis en place dans le cadre de la visite médicale de préreprise qui prévoit que les conclusions du médecin sont transmises à l'employeur, sauf si le travailleur s'y oppose¹²⁷⁹.

En outre, le respect du consentement du salarié permettrait de lever en partie les freins liés à l'accès du médecin du travail aux informations médicales concernant le salarié. En effet, « *il n'y aurait désormais plus de raison d'interdire dans ces conditions l'accès du médecin du travail au dossier médical personnalisé [actuel dossier médical partagé] dont il pourrait d'ailleurs remplir un volet professionnel pour un meilleur suivi de santé global de chaque salarié. Les liens entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail ne seraient*

¹²⁷⁶ S. FANTONI QUINTON, « *Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?* », Droit social, 2 décembre 2013, n° 12, pages 1023 à 1030.

¹²⁷⁷ S. FANTONI QUINTON, « *Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?* », Droit social, 2 décembre 2013, n° 12, pages 1023 à 1030.

¹²⁷⁸ S. FANTONI QUINTON, « *Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?* », Droit social, 2 décembre 2013, n° 12, pages 1023 à 1030.

¹²⁷⁹ Article R.4624-30 du Code du travail.

ainsi plus un tabou et pourraient être optimisés pour une meilleure prise en charge globale de la santé des citoyens/travailleurs »¹²⁸⁰.

Cependant, la consécration du principe de l'autonomie de la volonté du salarié présenterait un inconvénient. En effet, cela pourrait favoriser la dégradation de l'état de santé du salarié au profit d'une volonté de maintien dans l'emploi, mais ce phénomène pourrait être en partie solutionné par une intensification de la prévention collective des risques professionnels. Ainsi, au vu des éléments recueillis au cours des visites médicales, le médecin du travail pourrait apporter à l'employeur des conseils collectifs pour une meilleure prévention primaire des risques professionnels.

Les syndicats sont également favorables au respect du consentement des salariés dans le cadre des avis d'inaptitude. Dans le rapport des conditions de travail de 2015¹²⁸¹, le COCT soulève le fait que la Confédération française démocratique du travail (CFDT) a défendu l'idée d'une nécessité d'obtenir l'accord du salarié en cas d'inaptitude. La CFDT a également défendu l'idée d'un consensus entre médecins dans le cadre de la décision d'inaptitude en précisant que *« la décision d'inaptitude doit prendre une dimension collégiale associant le médecin du travail, le médecin-conseil, le médecin traitant et les instances représentatives du personnel »*. L'UPA est également favorable à cette idée de « codécision » entre médecins et propose à ce titre, une évolution de la procédure d'inaptitude *« vers une codécision entre le médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et le médecin du travail, en associant à ce colloque médical le médecin traitant prescripteur de l'arrêt de travail »*. Cela pose néanmoins la question de la spécificité du médecin du travail qui est le seul à pouvoir émettre un avis relatif à la compatibilité entre l'état de santé du salarié et son poste de travail. S'il est indispensable de prévoir davantage d'échanges entre ces trois médecins, il est en revanche plus discutable de recueillir un avis collégial sur la question de l'inaptitude au poste de travail. D'ailleurs, cette codécision rallongerait sans nul doute les délais de la procédure d'inaptitude, notamment en cas de désaccord entre ces trois médecins. Ensuite, concernant l'association des instances représentatives du personnel dans le cadre d'un avis d'inaptitude, cela ne paraît

¹²⁸⁰ S. FANTONI QUINTON, « *Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?* », Droit social, 2 décembre 2013, n° 12, pages 1023 à 1030.

¹²⁸¹ COCT, Ministère du Travail, Direction générale du travail, « *Conditions de travail – Bilan 2015* », 2016.

pas pertinent pour plusieurs raisons. Tout d'abord, en raison du secret médical, ces instances ne peuvent en aucun cas avoir accès aux informations médicales des salariés, et il n'apparaît pas envisageable de leur délivrer ce type d'informations. D'autre part, ces instances n'ont aucune compétence médicale leur permettant d'émettre un avis quant à l'inaptitude d'un salarié. Néanmoins, elles pourraient éventuellement émettre un avis quant aux possibilités pour l'employeur d'aménager les postes de travail ou être force de proposition concernant les postes de reclassement éventuels.

En complément de l'instauration d'une mesure obligeant les médecins du travail à recueillir l'accord du salarié avant d'émettre un avis, il conviendrait de réaffirmer de manière cohérente le principe selon lequel le médecin de prévention ne peut être médecin de contrôle.

B – Réaffirmer de manière cohérente le principe selon lequel le médecin de prévention ne peut être médecin de contrôle

Actuellement, le rôle confié aux médecins du travail est ambigu, ces derniers agissant en théorie dans un cadre exclusivement préventif alors qu'ils vérifient l'aptitude de certains salariés à occuper leur poste de travail. Cette ambiguïté relative au rôle du médecin du travail le met en échec par rapport à son rôle de préventeur (1). Il convient ainsi d'envisager des mesures permettant de replacer le médecin du travail dans son rôle premier. Pour ce faire, la séparation stricte des rôles de médecin de prévention et de médecin chargé de vérifier l'aptitude devrait être réaffirmée de manière cohérente pour une meilleure efficacité de l'action du médecin du travail (2).

1/ L'ambiguïté du rôle du médecin du travail

Le Code de la santé publique prévoit qu'« *un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention* »¹²⁸². Dans l'entreprise, le médecin du travail est placé en qualité de médecin de prévention et d'ailleurs, le Code du travail indique

¹²⁸² Article R.4127-100 du Code de la santé publique.

expressément que « *le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif* »¹²⁸³. Pourtant, il existe en santé au travail une certaine ambiguïté quant au rôle du médecin du travail.

En effet, lors du suivi individuel de l'état de santé des salariés exposés à un poste présentant des risques particuliers, la posture du médecin du travail apparaît ambiguë. Il est chargé de pratiquer un examen médical d'aptitude préalablement à l'affectation sur le poste de travail¹²⁸⁴. L'objet de cet examen est de « *s'assurer que le travailleur est médicalement apte au poste de travail auquel l'employeur envisage de l'affecter* » dans le but « *de prévenir tout risque grave d'atteinte à sa santé ou à sa sécurité ou à celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail* »¹²⁸⁵. Le médecin du travail est ensuite chargé de s'assurer périodiquement du maintien de l'aptitude du salarié à occuper son poste de travail¹²⁸⁶. Bien que l'examen médical d'aptitude soit effectué dans un objectif préventif, cela peut s'apparenter à une mission de contrôle ou encore de sélection de la main d'œuvre. Par conséquent, les salariés ne seront pas enclins à échanger librement avec le médecin du travail, car ils savent que la décision de ce dernier aura des conséquences sur leur emploi.

Face à l'ambiguïté du rôle du médecin du travail, le Professeur FANTONI QUINTON souligne que « *deux postures sont adoptées par les médecins du travail sans que l'employeur le sache réellement : certains se positionnent comme « conseillers » auprès de chaque salarié, d'autres prennent la posture de médecins « experts »* »¹²⁸⁷. Les médecins adoptant la première posture rechercheront le consentement éclairé du salarié avant d'émettre un avis tandis que ceux adoptant la posture de médecins « experts » auront davantage tendance à faire prévaloir leur décision sur la volonté du salarié. Par conséquent, l'adoption par les médecins du travail de deux postures différentes peut être source d'iniquité entre les salariés ; en effet, face à une même situation, deux médecins du travail ne prennent pas nécessairement la même décision et ne recherchent pas de la même façon le consentement du salarié. Selon nous, la posture de médecins « conseillers » devrait être privilégiée par les médecins du travail, ce qui leur

¹²⁸³ Article L.4622-3 du Code du travail.

¹²⁸⁴ Article R.4624-24 du Code du travail.

¹²⁸⁵ Article R.4624-24 du Code du travail.

¹²⁸⁶ Article R.4624-28 du Code du travail.

¹²⁸⁷ S. FANTONI QUINTON, « *Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?* », Droit social, 2 décembre 2013, n° 12, pages 1023 à 1030.

permettrait d'assurer au mieux leur mission de prévention des risques professionnels, tant vis-à-vis des employeurs que des salariés.

Quoi qu'il en soit, les médecins du travail ne devraient pas « choisir » une posture à adopter vis-à-vis des salariés, cette ambiguïté devrait être levée par le législateur, ce qui permettrait de clarifier le rôle du médecin auprès des employeurs et des salariés, et d'améliorer *in fine* les conseils de prévention délivrés pour une meilleure protection de l'état de santé des salariés.

2/ La réaffirmation de la séparation stricte des rôles de médecin de prévention et de médecin chargé de vérifier l'aptitude des salariés

L'ambiguïté relative au rôle du médecin du travail est présente dans le secteur privé, ce qui n'est pas le cas pour le secteur public. Ainsi, l'organisation du système de santé au travail dans la fonction publique est différente et il existe bien une séparation stricte des rôles du médecin de prévention et du médecin de contrôle de l'aptitude. En effet, le médecin du travail (médecin de prévention) et le médecin agréé (médecin chargé de contrôle, chargé de vérifier l'aptitude des agents) ont tous deux des rôles bien distincts. D'ailleurs, le Conseil d'État a rendu un arrêt en 2006¹²⁸⁸ précisant qu'il est « [...] établi un régime d'incompatibilité entre les fonctions de médecine du travail et de médecine d'aptitude » rendant ainsi caduque la note émanant de la direction de la SNCF prévoyant que « l'examen médical des agents habilités à l'exercice de fonctions de sécurité à la SNCF » serait réalisé par le médecin du travail.

En droit privé, le sujet de la stricte séparation des rôles du médecin de prévention et du médecin chargé de vérifier l'aptitude est de plus en plus prégnant. La commission des affaires sociales a auditionné le 3 octobre 2018 Madame LECOCQ qui souligne que « *les salariés entretiennent des relations diverses avec les médecins du travail. Peut-on tout leur dire ? Ne risque-t-on pas d'être déclaré inapte, de ne plus avoir de travail ?* ». Madame LECOCQ poursuit en indiquant qu'« *en matière de prévention, la frontière entre contrôle et conseil n'est pas nette, du moins dans l'esprit des intéressés. Comment, si l'on craint une sanction, être en confiance avec le praticien ? Les deux fonctions doivent être distinctes.* »¹²⁸⁹ La séparation des

¹²⁸⁸ Conseil d'État, 1^{ère} et 6^e sous-sections réunies, 7 juin 2006, n° 279632, mentionné aux tables du recueil Lebon.

¹²⁸⁹ Sénat, « *Comptes rendus de la commission des affaires sociales* » : <http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20181001/soc.html> [Consulté le 12 septembre 2020].

fonctions de prévention et de vérification de l'aptitude permettrait sans nul doute de renforcer la confiance accordée par le salarié au médecin du travail, ce qui conduirait à l'amélioration de la qualité de la prévention des risques professionnels.

Si d'un point de vue éthique la question de la séparation des rôles de conseil et de contrôle semble faire consensus, l'épineuse question du coût généré par cette mesure demeure. La séparation stricte de ces deux rôles nécessiterait pour l'employeur de rémunérer, en sus de la cotisation au service de santé au travail, un autre médecin chargé de vérifier l'aptitude des salariés à occuper leur poste de travail avant l'embauche, puis de manière périodique. Cette problématique d'ordre financier peut constituer un réel obstacle à cette proposition de changement de cap de la santé au travail. Cependant, il convient de souligner que l'investissement dans la prévention est porteur : *« pour l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, promouvoir la santé sur les lieux de travail est rentable. Elle avance le chiffre d'un retour sur investissement de 2,5 à 4,8 euros pour 1 euro investi, grâce aux économies réalisées sur la baisse de l'absentéisme. En outre, selon elle, la promotion de la santé permet d'améliorer les performances, notamment la motivation et la productivité. »*¹²⁹⁰ De ce fait, en séparant ces deux rôles, le médecin du travail pourrait davantage se consacrer à sa mission de prévention des risques professionnels dans l'entreprise et notamment à la prévention primaire, ce qui aurait pour effet d'améliorer de manière significative la protection de la santé des travailleurs contre les nuisances tout en permettant à l'employeur d'obtenir un retour sur investissement. Cela compenserait certainement l'investissement complémentaire nécessaire à la rémunération d'un médecin chargé de la vérification de l'aptitude des salariés.

Pour conclure, le respect du consentement du salarié avant l'émission de tout avis et la stricte séparation du rôle du médecin de prévention et de celui chargé de vérifier l'aptitude des salariés constituent deux mesures qui permettraient de renforcer l'efficacité de notre système de prévention des risques professionnels. En parallèle de ces mesures, il apparaît également indispensable de parfaire les modifications législatives et réglementaires en

¹²⁹⁰ Entreprise & Santé, « 1 euro investi rapporte 2,5 à 4,8 euros » :

<http://www.entrepriseetsante.fr/magazine/numero-16-investir/1-euro-investi-rapporte-25-a-48-euros/258>
[Consulté le 12 septembre 2020].

matière de suivi individuel de l'état de santé des salariés afin de permettre aux services de santé au travail d'assurer leur mission de protection de la santé de l'ensemble des travailleurs.

SECTION 2 : UN SUIVI INDIVIDUEL DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES SALARIÉS PLUS PERTINENT AU PROFIT DU DÉVELOPPEMENT DE LA PRÉVENTION PRIMAIRE

La vision individuelle de la santé au travail reste encore ancrée dans le système de santé au travail actuel malgré les réformes successives visant à renforcer les actions sur le milieu de travail et la prévention primaire des risques professionnels. La prévention de l'altération de la santé des salariés nécessite le maintien d'un suivi individuel, mais son efficacité pourrait être renforcée si les médecins du travail pouvaient utiliser un numéro d'identifiant unique, ce qui permettrait notamment d'améliorer le système de traçabilité des données de santé (§1). En outre, plus largement, une réflexion devrait être engagée sur la nécessité d'organiser un suivi individuel systématique pour l'ensemble des salariés. Le rééquilibrage des missions confiées aux médecins du travail leur permettrait de se concentrer davantage sur la prévention collective des risques professionnels en entreprise (§2).

§1 – La continuité et la cohérence du suivi individuel de l'état de santé des salariés

L'utilisation d'un numéro unique d'identifiant destiné à identifier les salariés éviterait la déperdition d'informations au sujet de l'état de santé des salariés et de leurs expositions professionnelles passées. Aujourd'hui, la traçabilité des expositions professionnelles n'est pas suffisante alors que cela constitue l'une des principales missions confiées aux médecins du travail. Ainsi, l'utilisation d'un numéro unique d'identifiant permettrait de réduire, voire de supprimer les freins à la traçabilité des expositions professionnelles (A), et plus largement, cela favoriserait la déconnexion du suivi individuel du salarié de son contrat de travail (B).

A – Supprimer les freins à la traçabilité des expositions professionnelles par l'utilisation d'un numéro d'identifiant unique pour les salariés

L'objectif de la traçabilité des expositions professionnelles est au cœur des politiques de santé au travail, et plus largement des politiques de santé publique. Cependant, cet objectif ne pourra être atteint qu'à la condition de lever le frein lié à l'impossibilité pour les services de santé au travail d'utiliser un numéro d'identifiant unique pour les salariés (1). L'utilisation

de cet identifiant unique est nécessaire pour améliorer l'efficacité du suivi individuel de l'état de santé des salariés et la traçabilité des expositions professionnelles (2).

1/ La pertinence de l'utilisation d'un numéro d'identifiant unique par les services de santé au travail

La pertinence du système de santé au travail actuel est remise en cause, notamment au regard des insuffisances des services de santé au travail quant à la traçabilité des expositions professionnelles des salariés. Cependant, les services de santé au travail se heurtent à un obstacle majeur dans la réalisation de cette mission, ces derniers n'étant pas autorisés à utiliser le numéro unique d'identifiant des salariés. L'utilisation de ce numéro par les services de santé au travail se heurte au principe fondamental du respect de la vie privée du salarié.

Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques, appelé ici « numéro d'identifiant unique », est défini par le Code de la santé publique : il est « *utilisé comme identifiant de santé des personnes pour leur prise en charge à des fins sanitaires et médico-sociales* »¹²⁹¹. Le Code de la santé publique précise également qu'« *un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise les modalités d'utilisation de cet identifiant, notamment afin d'en empêcher l'utilisation à des fins autres que sanitaires et médico-sociales* »¹²⁹². Par la suite, le décret du 27 mars 2017¹²⁹³ a permis l'évolution du périmètre d'utilisation du « numéro d'identifiant unique » comme identifiant national de santé. Désormais, le Code de la santé publique¹²⁹⁴ précise que « *l'identifiant national de santé est utilisé pour référencer les données de santé et les données administratives de toute personne bénéficiant ou appelée à bénéficier d'un acte diagnostique, thérapeutique, de prévention, de soulagement de la douleur, de compensation du handicap ou de prévention de la perte d'autonomie, ou d'interventions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes.* » Selon ce texte, il apparaît que le numéro d'identifiant unique peut être utilisé dans le cadre des actes de prévention. Ainsi, nous pouvons penser que

¹²⁹¹ Article L.1111-8-1 du Code de la santé publique.

¹²⁹² Article L.1111-8-1 du Code de la santé publique.

¹²⁹³ Décret n° 2017-412 du 27 mars 2017 relatif à l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques comme identifiant national de santé.

¹²⁹⁴ Article R.1111-8-2 du Code de la santé publique.

le numéro unique pourrait être utilisé par les services de santé au travail dans le cadre de leur mission préventive vis-à-vis des salariés. Cependant, l'utilisation par les services de santé au travail du numéro unique se heurte à la problématique de l'accès, par le médecin du travail, aux données médicales des salariés contenues dans leur DMP.

Aujourd'hui, le médecin du travail dispose d'un pouvoir déterminant sur la capacité du salarié à occuper son poste de travail. Il apparaît donc essentiel de protéger le salarié à l'aide d'un cloisonnement de certaines informations médicales le concernant. Récemment, la Loi du 24 juillet 2019 a prévu que le médecin du travail puisse alimenter le DMP du salarié, sans pour autant pouvoir le consulter (cette disposition entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2021). Il s'agit d'une étape essentielle en faveur du décroisement entre la santé au travail et la santé publique, mais il s'agit surtout d'une reconnaissance du rôle du médecin du travail et de l'importance des informations qu'il conserve. En effet, certaines informations détenues par le médecin du travail devraient être connues des autres professionnels de santé afin de permettre une meilleure prise en charge du patient/salarié. En outre, l'accès du médecin du travail au DMP pourrait faire l'objet d'une extension, avec la possibilité pour le médecin du travail de consulter les informations médicales du salarié si, comme nous l'avons suggéré, la santé au travail intègre la notion de consentement éclairé du salarié. Dans ce contexte, l'accès du médecin du travail à l'ensemble des éléments médicaux concernant le salarié ne poserait plus de difficultés.

2/ Le numéro d'identifiant unique nécessaire pour améliorer l'efficacité du suivi individuel de l'état de santé des salariés et la traçabilité des expositions professionnelles

L'utilisation du numéro d'identifiant unique par les services de santé au travail apparaît indispensable dans un contexte d'inclusion de la santé au travail dans le domaine de la santé publique. Cela permettrait aux professionnels de santé des services de santé au travail, médecins et IDEST, d'assurer une meilleure traçabilité des expositions professionnelles auxquelles sont sujets les salariés. Dans le cadre de ses missions, le médecin du travail a une obligation de traçabilité des risques professionnels, ce qui signifie que les risques auxquels sont exposés les salariés doivent être consignés dans le DMST du salarié. Dans l'idéal, ce dossier médical devrait accompagner le salarié tout au long de sa vie professionnelle afin

d'avoir une trace précise des expositions professionnelles passées et présentes dans le but de pouvoir en mesurer les impacts sur sa santé. En cas d'expositions entraînant une maladie, cela pourrait également permettre de faciliter les démarches du salarié pour la reconnaissance du caractère professionnel de cette maladie. D'ailleurs, les facteurs de risques pourraient plus largement être intégrés dans le DMP du salarié, comme le souligne le rapport ISSINDOU¹²⁹⁵. Cela sera possible dès le 1^{er} juillet 2021, puisque le DMST sera intégré au DMP du salarié. La traçabilité des expositions professionnelles des salariés permettrait également de réaliser des études épidémiologiques à l'échelle nationale. D'ailleurs, le rapport ISSINDOU « *recommande une consolidation au niveau national de ces données, dans le respect du secret médical, afin de favoriser la connaissance épidémiologique dans ces domaines et d'améliorer ainsi la prévention individuelle et collective du travail* »¹²⁹⁶.

Comme le médecin du travail, l'employeur a aussi une obligation de traçabilité des risques professionnels. Jusqu'en août 2015, l'employeur devait consigner dans une fiche les facteurs de pénibilité auxquels étaient exposés les salariés¹²⁹⁷, mais cette disposition a été abrogée, et dorénavant l'obligation d'établir une fiche ne concerne que quelques risques, à savoir l'exposition à l'amiante¹²⁹⁸ et les activités en milieu hyperbare¹²⁹⁹. Pour les autres facteurs de risques professionnels, l'employeur a une obligation de déclaration des risques lors de la déclaration sociale nominative (DSN).

Outre la traçabilité des expositions professionnelles, l'utilisation du numéro d'identifiant unique faciliterait la déconnexion du suivi individuel des salariés par rapport à leur contrat de travail, ce qui permettrait d'améliorer l'efficacité du suivi en santé au travail des salariés tout au long de leur parcours professionnel. D'une manière plus générale, nous pouvons nous interroger sur la nécessité et la valeur ajoutée d'un suivi individuel systématique de l'état de santé des salariés.

¹²⁹⁵ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 65, [356].

¹²⁹⁶ Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN, mai 2015, page 65, [357].

¹²⁹⁷ Article L.4161-1 du Code du travail dans sa version en vigueur jusqu'au 19 août 2015.

¹²⁹⁸ Article R.4412-120 du Code du travail.

¹²⁹⁹ Article R.4461-13 du Code du travail.

B – La remise en cause de la pertinence des modalités de suivi individuel de l'état de santé des salariés

Aujourd'hui, le suivi individuel de l'état de santé des salariés est directement lié à leur contrat de travail, et sauf exception, une visite doit avoir lieu au moment de la conclusion de chaque contrat de travail. Cela n'apparaît pas pertinent, notamment pour les contrats de courte durée, c'est pourquoi il serait plus judicieux de déconnecter le suivi individuel des salariés de leur contrat de travail (1). En outre, plus globalement, l'efficacité du suivi individuel systématique de l'ensemble des salariés n'a pas été démontrée scientifiquement, et par conséquent, nous pouvons envisager de nouvelles modalités de suivi individuel des salariés permettant d'axer les missions du médecin du travail sur la prévention primaire des risques professionnels (2).

1/ La projection d'un suivi individuel déconnecté du contrat de travail

Le suivi individuel de l'état de santé des salariés a été redéfini par la Loi « Travail » du 8 août 2016 et son décret d'application, prévoyant un suivi individuel plus ciblé en fonction de l'état de santé des salariés et des risques professionnels auxquels ils sont exposés. Cependant, le suivi individuel de l'état de santé des salariés reste toujours lié à leur contrat de travail. Ainsi, une visite au moment de l'embauche est toujours nécessaire lors de la conclusion de chaque nouveau contrat de travail, même s'il existe des exceptions à la réalisation de la VIP initiale ou à l'examen médical d'aptitude à l'embauche lorsque le salarié occupe un « *emploi identique présentant des risques d'expositions équivalents* »¹³⁰⁰. Néanmoins, les conditions de dispense de visites s'avèrent complexes à mettre en œuvre ce qui limite fortement son champ d'utilisation. De ce fait, en pratique, une nouvelle visite reste souvent nécessaire lors de la conclusion de chaque contrat de travail.

Pour les salariés titulaires d'un contrat à durée déterminée, la Loi « Travail » avait laissé entrevoir des évolutions quant à leur suivi individuel, en instaurant à l'article L.4625-1-1 du Code du travail qu'« *un décret en Conseil d'État prévoit les adaptations des règles [relatives au suivi individuel] pour les salariés [...] en contrat à durée déterminée.* » Il était également prévu

¹³⁰⁰ Articles R.4624-15 et R.4624-27 du Code du travail.

que ce décret « prévoit les modalités d'information de l'employeur sur le suivi individuel de l'état de santé de son salarié et les modalités particulières d'hébergement des dossiers médicaux en santé au travail et d'échanges d'informations entre médecins du travail. » Pourtant, le décret est simplement venu préciser que « les dispositions [relatives au suivi des salariés] sont applicables aux travailleurs titulaires de contrats à durée déterminée. Ces travailleurs bénéficient d'un suivi individuel de leur état de santé d'une périodicité équivalente à celui des salariés en contrat à durée indéterminée [...] »¹³⁰¹. Au final, le décret n'a donc pas prévu de spécificités pour le suivi individuel des salariés titulaires d'un contrat à durée déterminée.

Pourtant, la connexion entre le suivi individuel de l'état de santé des salariés et leur contrat de travail ne permet pas un suivi en santé au travail efficient et par ailleurs, ce suivi est souvent réalisé au détriment de la prévention collective des risques professionnels, en raison notamment du manque de temps médical.

Par ailleurs, au vu du nombre de contrats de travail conclus chaque année, il relève toujours de la « formalité impossible » de programmer l'ensemble des visites d'embauche, et ce même avec la possibilité pour les IDEST de réaliser certaines VIPI, par délégation du médecin du travail. Les efforts des services de santé au travail sont alors centrés sur la recherche de l'effectivité du suivi individuel des salariés au détriment des actions collectives sur le milieu de travail. Cette « priorisation » des visites au détriment des actions collectives peut se concevoir au regard de la responsabilité civile des services de santé au travail et de la responsabilité civile et pénale des employeurs en cas de défaillances dans l'organisation du suivi individuel des salariés. Pourtant, une politique efficace de prévention des risques en entreprise serait davantage bénéfique pour protéger la santé et assurer la sécurité des salariés.

En outre, la connexion entre le suivi individuel des salariés et leur contrat de travail entraîne une perte d'informations et de traçabilité des risques professionnels, le transfert des dossiers médicaux d'un service de santé au travail à un autre étant parfois difficile à mettre en œuvre. Ainsi, lors de l'embauche, un nouveau DMST est ouvert par le médecin du travail ou par

¹³⁰¹ Article R.4625-1 du Code du travail.

l'IDEST, entraînant ainsi une déperdition des informations antérieures relatives à l'état de santé du salarié et des risques professionnels auxquels il a été exposé.

En conséquence, la mise en œuvre effective de la traçabilité de l'état de santé des salariés et de la traçabilité des risques professionnels sur l'ensemble de leur parcours professionnel nécessite de modifier notre conception du suivi individuel des salariés, en déconnectant ce suivi de leur contrat de travail. Outre le fait que cela permettrait sans nul doute de renforcer l'efficacité du système de santé au travail, cela favoriserait dans le même temps l'accompagnement des salariés durant l'ensemble de leur parcours professionnel, à savoir au cours de leur démarche de formation, de reclassement, de réinsertion, de période de chômage, etc.

Pour cela, il conviendrait de modifier les dispositions législatives et réglementaires actuellement en vigueur afin de favoriser la création d'un DMST unique par salarié. Cela nécessiterait d'instaurer la possibilité pour les services de santé au travail d'utiliser un numéro d'identifiant unique des salariés. De cette manière, les médecins du travail pourraient vérifier si le salarié dispose déjà d'un DMST, et avec son accord, ils pourraient utiliser le DMST déjà existant. De plus, l'utilisation du numéro d'identifiant unique permettrait de vérifier si le salarié a déjà bénéficié d'une visite d'information et de prévention ou d'un examen médical d'aptitude, ce qui favoriserait la mise en œuvre de la dispense de visite effectuée au moment de l'embauche¹³⁰².

Sur le plan organisationnel, il conviendrait, comme le prévoit déjà le Code du travail, de mettre en place des « modalités particulières d'hébergement des dossiers médicaux », afin de favoriser la création d'un seul DMST par salarié. Pour cela, il serait nécessaire que l'ensemble des services de santé au travail mettent en place le dossier médical informatisé afin que les dossiers médicaux des salariés soient regroupés au sein d'une même base de données.

2/ La fin du suivi individuel systématique de l'état de santé des salariés

Le suivi individuel de l'état de santé des salariés a fait l'objet de nombreuses réformes tendant à espacer le suivi périodique et à orienter le rôle du médecin du travail vers les salariés exposés à des risques spécifiques ou présentant des fragilités particulières. Néanmoins, le

¹³⁰² Articles R.4624-15 et R.4624-27 du Code du travail.

principe d'un suivi individuel systématique de l'état de santé des salariés, à échéance régulière, demeure un principe prépondérant dans la législation de la santé au travail, alors qu'en santé publique il n'est pas imposé au patient de consulter son médecin traitant à échéances régulières, les consultations étant réalisées en fonction des besoins du patient.

En santé au travail, la question d'un suivi systématique de l'état de santé des travailleurs est tendancieuse, les avis à ce sujet étant contrastés. En effet, certains considèrent que le suivi périodique rapproché est « *le garant de « tout repérer et donc tout prévenir »* »¹³⁰³. S'il est vrai qu'un suivi individuel périodique fréquent favorise la relation de confiance entre le salarié et le médecin du travail, en revanche son efficacité n'a pas été démontrée scientifiquement. Aujourd'hui, les salariés bénéficiant d'un suivi individuel simple de leur état de santé ont une VIP tous les cinq ans au maximum, ce qui nous conduit à nous interroger quant à l'utilité en termes de prévention de conserver cette visite quinquennale. En effet, cela semble peu pertinent au regard de la protection de l'état de santé du salarié et de la prévention des risques professionnels. Comme le soulignent J.M. SOULAT et S. FANTONI « *le médecin du travail, en tant que spécialiste du lien santé-travail, a vocation à rencontrer les salariés qui en ont réellement besoin, soit parce qu'ils sont exposés à des risques professionnels spécifiques soit parce qu'ils présentent des vulnérabilités particulières dans le double objectif de préserver l'altération de leur santé et de favoriser leur maintien en emploi et en bonne santé.* »¹³⁰⁴ Le suivi individuel périodique de l'état de santé des salariés exposés à des risques spécifiques ou de ceux présentant des fragilités particulières est nécessaire dans la mesure où cela permet au médecin du travail de suivre l'évolution de leur état de santé afin d'en prévenir toute dégradation et éventuellement préconiser des mesures individuelles d'aménagement de poste. En revanche, pour les autres salariés, un suivi individuel systématique n'apparaît pas pertinent du point de vue de la prévention des risques, et encore moins au vu de l'espacement important de ces visites.

Néanmoins, la suppression des visites périodiques pour l'ensemble des salariés devrait être accompagnée du renfort de l'information délivrée au salarié de la possibilité de consulter à

¹³⁰³ J.M. SOULAT, S. FANTONI-QUINTON, « *La Loi Travail et la santé au travail : évolution ou révolutions ?* », Semaine Sociale Lamy, 18 avril 2017, n° 1765.

¹³⁰⁴ J.M. SOULAT, S. FANTONI-QUINTON, « *La Loi Travail et la santé au travail : évolution ou révolutions ?* », Semaine Sociale Lamy, 18 avril 2017, n° 1765.

tout moment le médecin du travail en cas de problématique particulière. De plus, les visites périodiques pourraient être remplacées par des actions d'informations collectives à l'égard des salariés, permettant une information sur les mesures de prévention des risques professionnels liés à leur poste de travail (exemple : travail sur écran) ou liés au collectif de travail (exemple : risques psychosociaux). Une visite avec le médecin du travail serait organisée uniquement en cas de problématique particulière (visite à la demande du salarié ou de l'employeur) ou à l'occasion d'une visite de reprise ou de préreprise. À l'occasion de chaque changement de poste de travail (impliquant la conclusion d'un nouveau contrat de travail ou non), une visite individuelle ou collective (selon la nature des risques) pourrait être organisée afin de sensibiliser le salarié sur les risques spécifiques liés à son nouveau poste de travail.

La remise en cause du suivi individuel systématique à échéance régulière pour l'ensemble des salariés permettrait de replacer le médecin du travail dans son rôle de préventeur des risques professionnels en entreprise. En effet, la prévention collective des risques constitue le levier permettant la préservation effective la santé des salariés.

§2 – La prévention primaire, au cœur de l'efficacité du système de santé au travail

Le système de santé au travail actuel n'est pas parvenu à faire de la prévention des risques professionnels un enjeu de premier ordre pour les employeurs et pour les salariés. À présent, la « culture de prévention » et la coopération entre les différents acteurs doivent être renforcées afin de faire face aux enjeux de prévention (A). De même, les services de santé au travail étant des acteurs clés accompagnant les employeurs dans la prévention des risques, il convient également d'optimiser l'efficacité de leurs actions collectives de prévention (B).

A – Le renfort de la « culture de prévention » et de la coopération entre les différents acteurs

L'amélioration de la prévention primaire des risques professionnels nécessite, d'une manière générale, le renfort de la « culture de prévention » en entreprise, laquelle devrait faire partie intégrante des préoccupations de l'ensemble des acteurs de l'entreprise (1). La

mise en place d'une véritable « culture de prévention » implique nécessairement le renfort du dialogue et de la coopération entre les différents acteurs impliqués (2).

1/ Renforcer la « culture de prévention » en entreprise

La « culture de prévention » est aujourd'hui au centre des préoccupations des pouvoirs publics, et même si elle n'est pas encore ancrée au sein de l'entreprise, les différents plans et rapports relatifs à la santé au travail permettent son déploiement progressif (a). L'instauration d'une « culture de prévention » aura très certainement des retombées positives sur la protection de la santé des salariés, ce qui est le premier effet recherché, mais pour inciter les employeurs à la déployer, il convient de mettre en avant les autres avantages qu'elle représente pour eux (b).

a) Une « culture de prévention » en déploiement

Le 3^e Plan santé au travail pour 2016-2020 constate que « *la santé au travail n'occupe pas un rang suffisamment élevé dans l'ordre des préoccupations de nombreux acteurs de l'entreprise* »¹³⁰⁵. Il est ainsi proposé comme objectif opérationnel n° 1 de « *favoriser la culture de prévention* ». Cette notion a été définie par l'OIT en 2006 et « *désigne une culture où le droit à un milieu de travail sûr et salubre est respecté à tous les niveaux, où le gouvernement, les employeurs et les travailleurs s'emploient activement à assurer un milieu de travail sûr et salubre au moyen d'un système de droits, de responsabilités et d'obligations définis et où le principe de prévention se voit accorder la plus haute priorité* »¹³⁰⁶.

La « culture de prévention » doit être pensée comme une coopération entre l'ensemble des acteurs intervenant dans le domaine de la santé au travail, y compris les salariés. Pour le

¹³⁰⁵ Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, « *Plan santé au travail 2016-2020* », 2015, page 12.

¹³⁰⁶ Bureau international du travail, « *construire une culture de prévention en matière de sécurité et de santé* », Guide concernant la convention (n° 155) sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981, le protocole de 2002 relatif à cette convention et la convention (n° 187) sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, 2006.

Docteur SZAPIRO¹³⁰⁷, cela implique « *une démarche active de promotion de la santé* » et suggère d'« *apprendre aux salariés à se protéger, et de faire en sorte qu'ils se protègent* ». En ce sens, l'instauration d'une « culture de prévention » ne pèse pas uniquement sur l'employeur. D'ailleurs, l'ANACT souligne que la prévention « *est l'enjeu d'une appropriation, puis d'un portage, d'une animation, d'une diffusion par tous les échelons de responsabilité dans l'entreprise, au bénéfice de tous ceux qui y travaillent* »¹³⁰⁸.

En entreprise, comme le souligne un interne en médecine du travail, « *l'approche préventive est difficile, elle est trop souvent délaissée et beaucoup reste à faire* »¹³⁰⁹. Même si l'employeur n'est pas le seul acteur mis en cause quant à l'insuffisance de prévention des risques en entreprise, il reste un acteur clé permettant le déploiement effectif de la démarche de prévention. Aujourd'hui, la logique de la réparation des risques est toujours ancrée dans le système de santé au travail, ce qui ne permet pas à la prévention des risques de prendre la place qu'elle mérite. Pourtant, la culture de la réparation des risques au détriment de la prévention, a pour effet négatif de permettre le développement de contentieux entre les salariés et les employeurs pour manquement de l'employeur à son obligation de sécurité de résultat. En cas d'AT ou de MP l'employeur peut également voir sa faute inexcusable reconnue par les juges lorsque ces derniers considèrent qu'il « *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* »¹³¹⁰.

Afin de favoriser la « culture de prévention » dans l'entreprise, le PST 3 décrit plusieurs actions à mettre en œuvre. La première est d'« *accompagner les démarches d'évaluation des risques et de planification de la prévention, notamment dans les TPE-PME* ». Concernant l'articulation entre les services de santé au travail et les employeurs, il est prévu « *un meilleur maillage entre fiche d'entreprise, document unique d'évaluation des risques [...] et programme annuel de prévention* ». En effet, comme nous l'avons souligné précédemment, les deux documents

¹³⁰⁷ N. SZAPIRO, « *Pour changer les comportements — une démarche active de promotion de la santé* », Le Quotidien du médecin, 31 mai 2018, n° 9669.

¹³⁰⁸ Le réseau Anact-Aract, « *Vers une culture de prévention des risques professionnels* », Travail & changement, octobre-novembre-décembre 2016, n° 365, page 2.

¹³⁰⁹ R. ALCARAZ-MOR, « *Pourquoi je suis interne en médecine et santé au travail et pourquoi j'en suis ravi !* », Presse médical, juin 2017.

¹³¹⁰ Cass. soc., 28 février 2002, n° 00-13.177, Inédit.

incontournables de la prévention des risques professionnels, à savoir la fiche d'entreprise et le DUERP, ne sont pas suffisamment interconnectés, ils se superposent alors qu'ils sont en réalité complémentaires. Il est également prévu par le PST 3 de « *mettre l'accompagnement des démarches d'évaluation des risques au cœur de l'action [...] des services de santé au travail, notamment au sein des TPE-PME* ». À titre d'exemple pour illustrer cette démarche, les équipes d'un service de santé au travail de la région lilloise, le SIMUP, expérimentent un nouvel outil disponible sur tablette, dénommé MEDICLEAD, permettant de réaliser plus efficacement la fiche d'entreprise des TPE et PME. Cet outil permet de « *mettre en cohérence* » le DUERP et la fiche d'entreprise afin d'« *aider l'entreprise dans sa prévention des risques* »¹³¹¹. D'une manière générale, les services de santé au travail doivent également améliorer leurs performances en matière de conseils vis-à-vis de l'employeur pour la prévention primaire des risques professionnels. Dans les TPE-PME, les actions sur le milieu de travail demeurent ponctuelles et souvent liées à des situations individuelles (étude de poste et des conditions de travail dans le cadre d'une procédure d'inaptitude, mise à jour de la fiche d'entreprise avant la déclaration d'un avis d'inaptitude). Il s'agirait de renforcer les actions collectives par le biais notamment de sessions d'informations et de formations collectives, à destination des employeurs. Pour certaines thématiques, les (in)formations pourraient être organisées pour les employeurs relevant d'une même branche d'activité. Cela permettrait de mutualiser les actions effectuées par les services de santé au travail et de faire bénéficier un plus grand nombre d'adhérents de conseils en matière de prévention.

En outre, le PST 3 prévoit également d'« *élaborer et [de] mettre en œuvre une stratégie et un programme de communication pluriannuels coordonnés entre les principaux acteurs de la prévention* » dont le but est de « *sensibiliser les acteurs de l'entreprise à la nécessité de la prévention* » et de « *porter un message cohérent sur la culture de prévention* ». Des actions d'accompagnement des entreprises devront également être mises en œuvre en les « *déclinant localement et dans les branches professionnelles* ». Ces messages peuvent être portés par différentes instances, au niveau national, mais également au niveau local. Les services de santé au travail sont les premiers concernés par cette transmission d'un message positif autour de la prévention des risques professionnels. Cependant, comme le souligne le

¹³¹¹ Santé au Travail Vallée de la Lys Lille Métropole, « *Fiche d'entreprise : les tablettes arrivent* », Entreprise & Santé, 17 juillet 2017, n° 39.

Professeur FRIMAT, il faut d'abord interroger l'organisation du travail, car « *sans le soutien, l'engagement et la formation des élus, des managers, des employeurs, la prévention ne pourra être portée à bouts de bras par les seuls services de santé au travail* »¹³¹².

b) Les avantages pour les entreprises d'investir dans une démarche active de prévention primaire des risques professionnels

L'ANACT souligne que « *tout l'enjeu de la culture de prévention consiste à placer l'humain au cœur de la réflexion et des organisations, sans que ces dernières aient pour objet ou pour effet de l'écartier en fonction de ses caractéristiques, mais au contraire en créant une organisation apte, voir propice, à son accueil indépendamment de ces caractéristiques* »¹³¹³. Afin que cet enjeu de prévention soit efficient, les employeurs doivent d'abord prendre conscience des avantages du déploiement de la « culture de prévention » au sein de leur entreprise. Outre l'aspect fondamental ayant trait à l'amélioration de la santé des salariés, la « culture de prévention » permet d'améliorer les performances de l'entreprise. Ainsi, l'employeur doit prendre conscience que « *les investissements dans la santé et la sécurité au travail sont rentables* »¹³¹⁴. Afin de convaincre les entreprises des avantages de la prévention, le PST3 introduit un objectif quant au développement des « *études sur le lien entre investissement dans la santé au travail et performance de l'entreprise* ». En ce sens, l'INRS¹³¹⁵ a publié en mai 2017 une étude relative à la « *prévention et performance d'entreprise* » qui démontre que la prévention a des impacts positifs pour l'économie de l'entreprise. La prévention est abordée en partie sous un angle économique, car « *la question de la performance est aujourd'hui un leitmotiv pour les entreprises dont la préoccupation première est bien souvent financière* ». Cette étude a pour objet de susciter l'intérêt des employeurs quant à la démarche de prévention des risques professionnels en soulignant notamment les coûts que cela engendre en cas de défaillances de leur part, en prenant en considération aussi

¹³¹² P. FRIMAT, « *Nous devons organiser le suivi du salarié tout au long de sa vie professionnelle, de son entrée en apprentissage à son départ à la retraite* », ISTNF, 12 novembre 2019.

¹³¹³ Le réseau Anact-Aract, « *Vers une culture de prévention des risques professionnels* », Travail & changement, octobre-novembre-décembre 2016, n° 365, page 3.

¹³¹⁴ Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, « *Plan santé au travail 2016-2020* », 2015, page 12.

¹³¹⁵ P. CANETTO, INRS, « *Prévention et performance d'entreprise : panorama des approches et des points de vue* », mai 2017.

bien les coûts directs que les coûts indirects. Par conséquent, au final, il s'agit surtout de « convaincre que la pratique de la prévention des risques professionnels n'est pas une charge, mais un atout dans sa quête constante d'amélioration de performance ». En effet, l'étude de l'INRS souligne le lien étroit entre la prévention et l'amélioration de la productivité de l'entreprise, et à ce sujet « les entreprises sont convaincues que de mauvaises conditions de travail ont un effet néfaste sur la production ». D'ailleurs, P. CANETTO, expert INRS, souligne que la prévention « place l'humain au cœur du travail, ce qui favorise la motivation des salariés ainsi que le développement du savoir et des compétences, garants de la nécessaire adaptation des entreprises. »¹³¹⁶ En ce sens, l'instauration d'une véritable « culture de prévention » dans l'entreprise sera nécessairement source d'effets bénéfiques quant à la productivité des salariés, mais surtout cela sera à l'origine d'une amélioration de leur état de santé, ce qui est le premier effet convoité. Ainsi, le déploiement d'une « culture de prévention » permettra indéniablement une amélioration de l'état de santé des salariés et notamment une diminution des AT et des MP. Cette « culture de prévention » pourrait être à l'origine d'un cercle vertueux servant à la fois la protection de la santé des salariés tout en permettant aux employeurs d'obtenir un retour sur investissement. Pour ce faire, le dialogue et la coopération entre les acteurs intervenant dans le domaine de la santé au travail doivent être renforcés.

2/ Renforcer le dialogue et la coopération entre les différents acteurs

Les services de santé au travail souffrent aujourd'hui encore d'une image négative auprès de certains employeurs et salariés. En effet, nombre d'employeurs considèrent que l'investissement pour la santé au travail est trop coûteux ou contraignant et attendent, par conséquent, un retour sur investissement. Par exemple, les préconisations individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation de poste sont parfois perçues par les employeurs comme une forme d'entrave à leur pouvoir de direction vis-à-vis des salariés, ce qui peut être générateur de tensions avec le médecin du travail. Globalement, les médecins du travail ont pu être considérés par certains employeurs comme « trop autonomes et trop centrés sur la santé du salarié plutôt que sur la gestion des risques juridiques encourus par l'employeur »¹³¹⁷. Pour certains salariés, le médecin du travail peut être considéré comme le

¹³¹⁶ P. CANETTO, INRS, « La prévention, facteur de performance des entreprises », octobre 2018.

¹³¹⁷ P. MARICHALAR, « La médecine du travail cible du patronat », Santé & Travail, n° 74, avril 2011.

« médecin du patron »¹³¹⁸, et c'est pour cette raison que la relation de confiance entre le médecin et le salarié peut parfois être difficile à établir. En outre, certains salariés considèrent le médecin du travail « *avec méfiance du fait de son rôle dans l'aptitude* »¹³¹⁹, ce qui les conduit à penser que le médecin du travail réalise une médecine de sélection au détriment de la prévention.

Le dialogue entre les médecins du travail et les employeurs a, en théorie, été favorisé par la Loi « Travail » prévoyant une obligation pour le médecin du travail d'échanger avec l'employeur avant toute préconisation individuelle d'aménagement, d'adaptation ou de transformation de poste et avant d'émettre un avis d'inaptitude¹³²⁰. Cependant, ces échanges, bien que nécessaires, apparaissent insuffisants à l'instauration d'un véritable dialogue entre l'employeur et le médecin du travail. Pourtant, l'élaboration d'une démarche de prévention des risques professionnels efficace ne pourra être permise qu'à la condition de l'établissement d'une relation de confiance entre ces deux acteurs.

De même, la confiance entre le médecin du travail et le salarié doit également être renforcée, et cela ne pourra être permis qu'à la condition de replacer le médecin du travail dans son rôle de préventeur, en séparant les fonctions de prévention de celles de la vérification de l'aptitude des salariés. Pour ce faire, le consentement du salarié doit être placé au cœur du dispositif de santé au travail, comme cela est le cas dans le Code de la santé publique.

Enfin, au sein même des services de santé au travail, le travail en collaboration entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire, animée et coordonnée par le médecin du travail, doit davantage être développé. En effet, les membres de l'équipe pluridisciplinaire ont des compétences variées et complémentaires dans le domaine de la santé au travail, ce qui permet à chaque membre de l'équipe de contribuer à la prévention des risques dans son domaine de prédilection. Néanmoins, « *pour éviter que la pluridisciplinarité ne se réduise à une juxtaposition de compétences* »¹³²¹, le rôle du médecin du travail est essentiel, même si

¹³¹⁸ P. MARICHALAR, « *Médecin du travail, médecin du patron ?* », SciencesPo, Les presses, 2014.

¹³¹⁹ P. MARICHALAR, « *La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010)* », Politix, n° 91, 2010, volume 23, pages 27 à 52.

¹³²⁰ Articles L.4624-3 et R.4624-42 du Code du travail.

¹³²¹ Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail.

nous pouvons déplorer le fait qu'aujourd'hui le rôle d'animateur et de coordinateur d'équipe confié aux médecins du travail ne soit parfois pas entièrement rempli par ces derniers, en raison notamment du manque de formation des médecins dans ce domaine. En conséquence, une optimisation de l'équipe pluridisciplinaire, tirant le meilleur des compétences de chacun au profit du conseil délivré aux entreprises, permettrait une meilleure prévention des risques professionnels, et *in fine* une meilleure protection de la santé des salariés.

B – Le renfort de l'efficacité des actions collectives réalisées par le médecin du travail et par l'équipe pluridisciplinaire

Les actions sur le milieu de travail représentent en principe un tiers du temps de travail des médecins du travail. Néanmoins, en réalité, le tiers temps du médecin ne se limite pas aux actions sur le milieu de travail. En effet, le médecin consacre parfois ce temps au traitement des situations individuelles complexes (inaptitude, aménagement de poste, échanges avec l'employeur). De ce fait, le temps consacré à la prévention collective des risques professionnels reste insuffisant, mais la principale problématique demeure l'efficacité partielle des actions de prévention collective réalisées. Dans un premier temps, il convient de multiplier les actions sur le milieu de travail pour une meilleure prévention primaire des risques professionnels (1), mais cela doit nécessairement s'accompagner de mesures visant à renforcer le rayonnement des actions collectives, notamment via le regroupement du document unique et de la fiche d'entreprise au sein d'un même document de prévention (2).

1/ Développer les actions sur le milieu de travail pour une meilleure prévention primaire des risques professionnels

Depuis sa conception, la santé au travail en France a été principalement centrée sur une approche fondée essentiellement sur le suivi individuel des salariés. Il ne fait aucun doute que ce suivi reste nécessaire pour certains salariés, en fonction des risques professionnels et des fragilités particulières, mais il convient de garder à l'esprit qu'une véritable politique de prévention primaire des risques professionnels ne sera possible qu'en renforçant la place des actions sur le milieu de travail par le médecin du travail et de son équipe. Ainsi, les services de santé au travail doivent poursuivre l'orientation de leurs missions vers les actions sur le

milieu de travail, ce qui constitue l'avenir de la santé au travail. Pourtant, l'approche individuelle de la santé au travail perdure et cela s'explique en partie par les attentes de certains employeurs qui associent la cotisation payée au nombre de visites médicales effectuées. Cette association peut s'expliquer par le fait que dans les petites entreprises, les actions sur le milieu de travail restent encore trop peu développées. Par conséquent, dans l'esprit de certains employeurs, mais également dans celui de certaines directions de services de santé au travail, le nombre de visites médicales réalisées par le médecin du travail est un facteur essentiel permettant de justifier la cotisation. Il apparaît impératif de se détourner de ce raisonnement afin d'amorcer une véritable politique de prévention primaire des risques professionnels.

Pour ce faire, il n'est nullement nécessaire d'ajouter des obligations législatives ou réglementaires, les outils actuellement à la disposition des médecins du travail étant suffisants pour permettre une politique efficace de prévention des risques, à condition de systématiser l'utilisation de certains dispositifs. À titre d'exemple, le rôle du médecin du travail a été renforcé par la Loi du 20 juillet 2011 lui confiant un devoir de signalement lorsqu'il « *constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs* »¹³²². Ce signalement permet à l'employeur d'être alerté sur la présence d'un risque, et par conséquent, de mettre en œuvre des solutions permettant de le supprimer ou le cas échéant de le réduire, en s'appuyant sur les conseils avisés du médecin du travail et de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail. Néanmoins, aujourd'hui, le rapport ISSINDOU précise qu'« *il ne semble pas, selon les indications recueillies par la mission, que les médecins du travail se soient réellement approprié ce levier d'intervention* ». Depuis la Loi du 17 août 2015¹³²³, le courrier de signalement du médecin du travail et la réponse de l'employeur doivent être transmis au CSE, à l'agent de contrôle de l'inspection du travail, au médecin inspecteur du travail ou aux agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale. Cependant, il n'est pas précisé dans le texte s'il appartient à l'employeur ou au médecin du travail de transmettre le courrier du médecin. Il conviendrait de préciser cet élément en permettant au médecin du travail de transmettre son courrier de signalement au CSE afin que ce dernier soit associé à la démarche de prévention. En effet, le CSE a un rôle important à jouer dans la prévention des risques

¹³²² Article L.4624-9 du Code du travail.

¹³²³ Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi.

professionnels, et par conséquent, il devrait systématiquement être associé à cette procédure et notamment à la réponse de l'employeur.

En sus de son devoir de signalement à l'égard de l'employeur, le médecin du travail doit identifier l'ensemble des risques professionnels et les retranscrire au sein de la fiche d'entreprise. Ce document permet, lorsque l'employeur se l'approprie efficacement, d'entamer des échanges constructifs dans le but d'initier une démarche de prévention primaire des risques professionnels. Pour plus de cohérence et de pertinence dans la prévention des risques professionnels, il conviendrait de prévoir une fusion de cette fiche avec le DUERP.

2/ La nécessaire fusion de la fiche d'entreprise et du DUERP pour un renfort de l'efficacité de la prévention des risques professionnels

Dans le domaine de la prévention des risques professionnels, la réalisation de deux documents est obligatoire, le DUERP¹³²⁴ et la fiche d'entreprise¹³²⁵, le premier relevant de la responsabilité de l'employeur, le second de celle du service de santé au travail.

La fiche d'entreprise peut constituer un support permettant d'aider l'employeur à la réalisation de son DUERP. Néanmoins, nous pouvons constater que ces deux documents sont bien souvent réalisés de manière indépendante, ce qui semble contre-productif lorsqu'il s'agit d'entamer une démarche de prévention des risques dans l'entreprise.

En outre, malgré l'obligation faite aux services de santé au travail de réaliser la fiche d'entreprise pour l'ensemble de leurs adhérents, ils n'y parviennent pas totalement, d'autant que, comme nous l'avons indiqué précédemment, la fiche d'entreprise n'est pas transmise au nouveau médecin du travail en cas de changement de service de santé au travail. Le rapport d'activité de l'ACMS de 2019 souligne que « *plus de 64 % des lieux de travail suivis disposaient d'une Fiche d'entreprise* »¹³²⁶, ce qui signifie que plus de 35 % des lieux de travail suivis n'en disposent pas encore.

¹³²⁴ Article R.4121-1 du Code du travail.

¹³²⁵ Article R.4624-46 du Code du travail.

¹³²⁶ ACMS, Rapport d'activité 2019, Résolutions adoptées par l'Assemblée générale du 23 juin 2020.

En conséquence, il serait pertinent soit de fusionner la fiche d'entreprise et le DUERP soit de prévoir que l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail complète avec l'employeur le DUERP. La responsabilité de l'élaboration et de la mise à jour de ce document serait de la responsabilité de l'employeur, mais le médecin du travail pourrait y ajouter des éléments librement. La mise en place d'un seul document permettrait à l'employeur et au médecin du travail de mener une politique plus cohérente de prévention des risques professionnels. Les acteurs de terrain interrogés par le groupe missionné dans le cadre du rapport LECOCQ ont d'ailleurs posé la question suivante : « *Pourquoi consacrer du temps à élaborer une fiche d'entreprise, quand existe le document unique d'évaluation des risques ?* ». Face à ce constat, le rapport LECOCQ préconise dans la recommandation n° 13 de « *simplifier l'évaluation des risques dans les entreprises pour la rendre opérationnelle* », notamment en remplaçant l'actuel DUERP par un plan de prévention et en accompagnant « *les entreprises pour l'élaboration de [ce] plan [...] et supprimer en conséquence la fiche d'entreprise* »¹³²⁷.

¹³²⁷ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », établi par C. LECOCQ, B. DUPUIS, H. FOREST, avec l'appui de H. LANOUZIERE, juillet 2018.

Conclusion du chapitre 2

Malgré les réformes récentes de la santé au travail, il apparaît essentiel de repenser notre système de santé au travail afin d'en garantir la pérennité. Plusieurs pistes de réformes doivent être envisagées de manière cohérente et complémentaire. En premier lieu, le médecin du travail devrait assurer un rôle exclusivement préventif, sans ambiguïté sur certaines de ces missions, excluant ainsi toute mission relative à la vérification de l'aptitude médicale des salariés. Pour maintenir cette cohérence, les préconisations individuelles émises par le médecin du travail (aménagement de poste ou reclassement) ne devraient être émises qu'avec le consentement éclairé du salarié, affirmant ainsi le respect de la volonté du salarié dans le domaine de la santé au travail. Cela renforcerait indéniablement la relation de confiance entre le médecin du travail et le salarié, et *in fine*, l'efficacité de la prévention des risques professionnels. Concernant le suivi individuel des salariés, son efficacité repose sur la traçabilité des données de santé et des expositions professionnelles. Ainsi, il apparaît essentiel de permettre la déconnexion du suivi individuel par rapport au contrat de travail des salariés, avec un dossier médical suivant le salarié tout au long de son parcours professionnel. Ensuite, plus précisément, le suivi individuel des salariés mériterait d'être repensé dans son ensemble afin que seuls les salariés affectés à un poste présentant des risques particuliers ou présentant des fragilités particulières bénéficient d'un suivi individuel périodique de leur état de santé. Pour les autres salariés, le principe des visites à la demande devrait être privilégié. Cela permettrait au médecin du travail de se consacrer à la prévention collective des risques professionnels en entreprise. Enfin, l'efficacité des actions de prévention de l'employeur et du médecin du travail pourrait être renforcée par la création d'un seul document de prévention, mais surtout, il s'agit d'instaurer une véritable « culture de prévention » dans l'entreprise, partagée par l'ensemble des acteurs.

Conclusion du titre 2

Le système de santé au travail actuel revêt encore de nombreuses failles malgré les évolutions législatives récentes. Son efficacité a été remise en cause, notamment à travers le rapport LECOCQ, partant du constat de l'efficacité partielle de notre système de prévention des risques professionnels qui se répercute sur la protection de l'état de santé des salariés. Aujourd'hui, la santé au travail est une nouvelle fois sous les projecteurs, avec pour objectif de trouver un consensus permettant de renforcer l'efficacité et la pertinence de ce système. Le rapport LECOCQ ouvre des perspectives pour l'amélioration de notre système de santé au travail par une refonte organisationnelle du système. Une nouvelle réforme de la santé au travail pourrait voir le jour dans les mois à venir, sans toutefois reprendre l'ensemble des propositions du rapport. S'il est indéniable que l'organisation globale du système doit être réétudiée afin d'en améliorer le fonctionnement, d'autres pistes non évoquées par le rapport doivent également être envisagées afin de reconstruire un système de santé au travail sain, efficace et pertinent.

Conclusion de la partie 2

Les différents rapports et études menés dans le domaine de la santé au travail dressent un constat similaire : celui des insuffisances dans la protection de la santé et de la sécurité des salariés. Le système de santé au travail dans son ensemble est ainsi étiqueté comme défaillant, alors que nous disposons d'un système rassemblant des compétences variées et complémentaires. Les insuffisances dans la protection de la santé des travailleurs rejaillissent en premier lieu sur les relations entre les employeurs et les salariés, relations qui peuvent être conflictuelles et aboutir à des contentieux lorsque l'employeur ne respecte pas son obligation de sécurité. Les évolutions récentes de la santé au travail permettront certainement de limiter une partie des contentieux en santé au travail, mais seront également très certainement à l'origine de nouvelles formes de contentieux, impactant directement les médecins du travail et les services de santé au travail qui occupent une place centrale dans notre système de santé au travail. Ces contentieux actuels et à venir démontrent le manque d'efficacité de notre système de santé au travail dans la protection de la santé des salariés. Il ne s'agit plus aujourd'hui de mettre en place des réformes « *de petits pas* »¹³²⁸, mais bien de reconstruire un système plus efficace au travers des pistes que nous avons évoquées. Ces transformations de la santé au travail seraient très certainement de nature à renforcer l'efficacité du système de santé au travail actuel, dont l'objectif premier doit demeurer la préservation de l'état de santé des travailleurs.

¹³²⁸ S. FANTONI QUINTON, « *Le rapport Lecocq, une opportunité pour repenser la place du médecin du travail dans le système de santé au travail de demain* », Droit social, février 2019, n° 2, pages 160 à 166.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Le système de santé au travail s'est construit en parallèle du système global de santé français, en méconnaissance de certains principes fondamentaux du Code de la santé publique, tels que le libre choix du médecin par le patient ou encore la liberté de consentement du patient. La santé d'une personne ne s'arrêtant pas aux portes de l'entreprise, aujourd'hui, les pouvoirs publics s'accordent sur le nécessaire rapprochement de la santé au travail et de la santé publique, même si l'ancrage du système de santé au travail, selon les préceptes initiaux, est profond et l'évolution du système de santé au travail est complexe à mettre en œuvre. Il s'agit avant tout d'impulser une évolution des mentalités afin de construire un système fondé sur une « culture de prévention » partagée par tous les acteurs. Le système de santé au travail fait intervenir de multiples acteurs institutionnels, parmi lesquels figurent les services de santé au travail, acteurs de proximité auprès des entreprises. Malgré plus de 75 ans d'existence, les services de santé au travail n'ont pas réussi à démontrer leur efficacité. Fort de compétences variées, les services de santé au travail ont pourtant en leur sein les atouts pour accompagner au plus près et au mieux les employeurs dans leur démarche de prévention. Ce dernier a quant à lui des obligations en termes de protection de la santé des salariés et en termes de prévention des risques professionnels. En effet, il a une obligation générale de prévention, qui a été renforcée par la jurisprudence et érigée en obligation de sécurité de résultat en matière de prévention des risques professionnels. Il doit ainsi mettre en œuvre toutes les mesures de prévention des risques professionnels adaptées et nécessaires pour protéger la santé de ses salariés. Les employeurs ne sont pas seuls face à la prévention des risques dans l'entreprise, étant accompagnés par différents acteurs et notamment par les services de santé au travail, au sein desquels le médecin du travail tient le rôle central. La coopération entre le médecin du travail et l'employeur apparaît incontournable pour permettre à l'employeur de respecter ses obligations, le médecin du travail disposant d'informations médicales essentielles pour la préservation de la santé des salariés, et des compétences techniques concernant l'analyse des risques professionnels, par le biais notamment des compétences de l'équipe pluridisciplinaire qu'il anime et coordonne. Malgré des compétences spécifiques pour aider l'employeur dans sa mission, le système de santé au travail n'a pourtant pas permis de construire un solide

édifice en matière de protection de la santé des salariés. Les différents rapports et études mettent en avant une défaillance dans la protection de la santé des salariés, ce qui se traduit par un nombre important d'accidents du travail et de maladies professionnelles, mais également plus globalement par des conditions de travail dégradées. Si la carence de certains employeurs dans le domaine de la santé au travail est clairement établie, pour autant, comme le soulignent différents rapports et études, dont le rapport LECOCQ, les acteurs du système de prévention destinés à accompagner l'employeur sont également défaillants.

L'absence de protection effective de la santé des salariés et le non-respect de certains employeurs dans le domaine de la santé au travail ont entraîné une recrudescence de litiges entre les salariés et les employeurs. Les médecins du travail, par le biais de leurs différents avis, individuels ou collectifs, oraux ou écrits, ne sont pas épargnés par ces litiges en santé au travail. Ces litiges, quelle qu'en soit la forme (responsabilité civile, pénale, déontologique ou contestation des avis médicaux) mettent en exergue les failles et la complexité du système de santé au travail actuel. L'analyse approfondie de ces contentieux, dont les causes sont multifactorielles, permet de soutenir l'hypothèse selon laquelle les contentieux en santé au travail sont de nature à nuire à l'efficacité du système de santé au travail et *in fine* à mettre en péril le système dans sa globalité.

Face à ce constat, le système de santé au travail français doit être repensé dans son ensemble, et cela implique nécessairement des modifications d'ordre institutionnel. Plusieurs instances, telles que l'ANACT, l'OPPBT, les CARSAT ont des missions identiques sur certains aspects, ce qui conduit à la production de travaux similaires quand la coopération entre ces différents acteurs permettrait de mener des actions complémentaires et/ou diversifiées. Il conviendrait donc de mutualiser leurs compétences afin d'assurer plus de lisibilité et d'efficacité au système. Concernant les services de santé au travail, il n'existe pas d'unité, ce qui donne lieu à des pratiques très hétérogènes auprès des employeurs et des salariés. Une harmonisation des services de santé au travail, tout en réduisant leur nombre, permettrait le développement de politiques communes de prévention des risques au plus près des entreprises. Au-delà de cette réforme institutionnelle, certains principes sur lesquels repose la santé au travail en France devraient faire l'objet d'une modification afin de replacer le salarié/patient au cœur du processus et de recentrer le rôle du médecin du travail. Le médecin du travail devrait être remplacé, sans ambiguïté, dans son rôle originel de préventeur en confiant à d'autres médecins la mission de vérifier l'aptitude des salariés. D'autre part, les décisions du médecin du travail

devraient être soumises au consentement éclairé du salarié/patient, ce qui permettrait un renfort du lien de confiance entre le médecin du travail et le salarié, ce qui rendrait ainsi plus aisée et plus efficace la mission de protection de la santé des salariés menée par le médecin du travail.

D'une manière générale, l'investissement dans la prévention et dans la protection de la santé des travailleurs est aujourd'hui incontournable pour maintenir des salariés en bonne santé tout au long de leur parcours professionnel et avoir une politique efficace de maintien en emploi. Si les pouvoirs publics semblent avoir pris la pleine mesure de cet enjeu, aujourd'hui, il n'en est pas encore de même pour bon nombre d'entreprises pour qui la santé au travail est reléguée au second plan, car jugée à tort comme trop coûteuse et/ou trop contraignante.

Bien qu'à l'heure actuelle le chemin semble encore incertain avant d'atteindre un système de santé au travail efficient et garantissant la préservation de l'état de santé des salariés, des motifs d'espoir existent dans la mesure où les services publics semblent avoir pris pleinement conscience de l'importance de replacer la prévention primaire au cœur du système de santé au travail et témoignent dans le même temps d'une réelle volonté d'insuffler un souffle nouveau à ce système de santé au travail qui est déjà pourvu d'outils nombreux et diversifiés dont l'emploi doit cependant être repensé pour une efficacité optimale. Une fois ce système repensé et opérationnel, il conviendra d'impulser une réelle « culture de prévention » à tous ses acteurs, afin qu'ils investissent dans ce système et coopèrent à la prévention primaire des risques professionnels ce qui permettrait à terme d'atteindre l'objectif premier du système de santé au travail, à savoir la préservation optimale de l'état de santé des salariés.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES SPÉCIAUX

ACMS, 60 ans d'Histoire, décembre 2005.

P. ATTALI, A. CHAMOIX, S. DURAND, V. GENTY, C. HABERT, J. P. HOUPPE, M. C. ILIOU, P. VARAILLAC, « *Cœur et Travail – Prévention, prise en charge, maintien dans l'emploi* », 3^e édition, Éditions Frison-Roche, sous la direction de B. PIERRE, septembre 2019.

B. BARLET, « *La santé au travail en danger – dépolitisation et gestionnarisation de la prévention des risques professionnels* », Otares Editions, 2019.

M. BLATMAN, P. Y. VERKINDT, S. BOURGEOT, « *L'état de santé du salarié : de la préservation de la santé à la préservation de l'emploi* », Edition Liaisons, 3^e édition, 2014.

S. BRIMO, « *L'Etat et la protection de la santé des travailleurs* », L.G.D.J, Tome 273, 2013.

S. BUZZI, J. C. DEVINCK, P. A. ROSENTAL, « *La santé au travail : 1880-2006* », La Découverte, 2006.

DALLOZ. Fiches d'orientation, septembre 2019.

C. DE BROUWER, « *Le problème de la santé au travail – protection des travailleurs ou nouvel eugénisme ?* », L'Harmattan, 2008.

Collectif des médecins du travail de Bourg-en-Bresse, « *La santé au travail en France – Un immense gâchis humain* », L'Harmattan, 2010.

A. DAVID, « *Prévention, Sécurité, Santé au Travail de A à Z. Le manuel de référence* », Editions Prévention, 202.

ISTNF, Archives nationales du monde du travail, « 1946-2016, 70 ans de médecine du travail en région Hauts-de-France », 2016.

A. F. JOVER, « *Les métamorphoses des services de santé au travail — entre santé au travail et santé publique* », thèse soutenue de 16 mai 2015, sous la direction de B. TEYSSIE.

Lamy santé sécurité au travail, « *Obligation de sécurité de résultat : illustrations jurisprudentielles* », partie 2, étude 210, 210-7, section 1.

H. LANOUZIERE, « *Prévenir la santé et la sécurité au travail, Vol. 1 : Démarche générale. Lieux et équipements* », Lamy conformité, 2012.

H. LANOUZIERE, « *Prévenir la santé et la sécurité au travail, Vol. 2 : Risques – acteurs - sanctions* », Lamy conformité, 2012.

P. MARICHALAR, « *Médecin du travail, médecin du patron ?* », SciencesPo, Les presses, 2014.

B. PERIBERE, « *Le guide de la sécurité au travail : Les outils du responsable* », Afnor Editions, 2013.

H. SEILLAN, « *Les services de santé au travail. Quel avenir ?* », Editions Préventique, 2012.

D. VACHER, « *Santé et sécurité au travail : entreprises, arrêtez de manager la SST* », Arnaud Franel, 2017.

ARTICLES, DOCTRINES

R. ALCARAZ-MOR, « *Pourquoi je suis interne en médecine et santé au travail et pourquoi j'en suis ravi !* », Presse médical, 2017.

M.C. AMAUGER-LATTES, « *Pénurie de médecins du travail et visites médicales obligatoires — Quelles responsabilités ? Quelles perspectives ?* », Droit social, 2011, pages 351 à 360.

I. BALTU, A. CHAPOUTHIER, « *Les équipements de protection individuelle (EPI), Règles d'utilisation* », INRS, Édition 6077, octobre 2013.

M. BERNARD, « *Le secret médical existe-t-il entre médecin traitant et médecin du travail ?* », La lettre du pneumologue – Volume VII, — n° 2, mars-avril 2004, pages 87 à 88.

J. BITTON, « *Histoire du droit du travail : du salarié-objet au salarié-citoyen* », Cairn.info, 2015/2, n° 34, pages 8 à 11

S. BOURGEOT, P.Y VERKINDT, « *La maladie du salarié au prisme de la distinction de la vie personnelle et de la vie professionnelle* », Droit social, n° 1, janvier 2010, pages 56 à 64.

S. BRIMO, « *L'inspecteur du travail, autorité administrative et médecin malgré lui* », RDSS, 2015, page 1031.

C. BRISSET, S. FANTONI QUINTON, « *L'obligation de sécurité du salarié* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, juin 2014, volume 75, n° 3, pages 289 à 291.

C. BUCHET, A. COL, B. de LABRUSSE, H. RIGAUT, A. M. MASSE, M. FAIVRE-DUPAIGRE, « *Devenir des salariés licenciés suite à une inaptitude au poste de travail en Vaucluse de 2002 à 2004* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, mai 2010, volume 71, n° 2, pages 108 à 116.

J. BUÉ, T. COUTROT, N. GUIGNON, « *L'évolution des conditions de travail* », L'emploi, nouveaux enjeux — édition 2008.

J. BUÉ, N. GUIGNON, I. PUECH, « *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes* », Octares Editions, 2004.

Interview **F. CALVEZ**, *Propos recueillis par T. Coustet* « *Fusion des TGI et des TI : « Il fallait rationaliser tout le fonctionnement de ces juridictions* », Dalloz actualité, 25 octobre 2019.

P. CANETTO, INRS, « *Prévention et performance d'entreprise : panorama des approches et des points de vue* », mai 2017.

P. CANETTO, INRS, « *La prévention, facteur de performance des entreprises* », octobre 2018.

F. CHAMPEAUX, « *L'infléchissement de la jurisprudence sur l'obligation de sécurité* », Semaine Sociale Lamy, 30 novembre 2015, n° 1700.

F. CHAMPEAUX, « *Bilan et perspectives sur le travail* », Semaine sociale Lamy, 13 novembre 2017, n° 1790.

COUR DES COMPTES, « *L'avenir incertain de la surveillance médicale des salariés* », Semaine Sociale Lamy, 17 décembre 2012, n° 1564.

C. CZUBA, S. FANTONI QUINTON, *Istnf Actualité juridique – le point sur* « le DMST en santé-travail : contenu, propriété et communication », septembre 2010.

W. DAB, « *Santé au travail, le maillon faible de la santé publique* », Dossier Santé et société, Préventique, novembre 2016, n° 149.

A. DEJAN DE LA BATIE, « *Arrêt Air France : la Chambre sociale rend un hommage appuyé à l'obligation de prévention* », Jurisprudence Sociale Lamy, 7 janvier 2016, n° 401.

C. DAVID-MANAOUIL, et al., « *Le secret professionnel en médecine du travail* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, juin 2000, volume 61, n° 4, page 261.

C. DUPUIS, Informations professionnelles, « *De plus en plus d'arrêts de travail liés à des causes professionnelles* », Le Quotidien du médecin, 15 juin 2017, n° 9589.

F. EWALD, « *Formation de la notion d'accident du travail* », Sociologie du travail, 1981, pages 3 à 13.

A. FABRE, « *L'obligation de sécurité du salarié ou l'histoire d'une fausse autonomie* », Semaine Sociale Lamy, 8 décembre 2014, n° 1655.

S. FANTONI QUINTON, « *Etendue et limites de l'obligation de reclassement à l'égard des personnes présentant une inaptitude en France* », PISTES, 12 janvier 2010.

S. FANTONI QUINTON, « *Doit-on, peut-on parler de droit ou de devoir d'alerte pour le médecin du travail ?* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, février 2013, volume 74, n° 1, pages 56 à 58.

S. FANTONI QUINTON, « *Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?* », Droit social, 2 décembre 2013, n° 12, pages 1023 à 1030.

Entretien avec **S. FANTONI QUINTON**, « *La visite d'embauche systématique n'a pas apporté la preuve de son efficacité* », Prévention BTP, septembre 2015, n° 189.

S. FANTONI QUINTON, « *Non, la notion de tiers ne signifie pas que le médecin du travail et son équipe vont dorénavant s'occuper de la santé de tous les terriens !* », ISTNF, 21 septembre 2015.

S. FANTONI QUINTON, « *La contestation des avis du médecin du travail aux prud'hommes — le mystère s'épaissit et les risques s'accumulent...* », Semaine sociale Lamy, 3 juillet 2017, n° 1776.

S. FANTONI QUINTON, « *Ce que les ordonnances travail changent* », Le concours médical, novembre 2017, tome 139.

S. FANTONI QUINTON, « *Le rapport Lecocq, une opportunité pour repenser la place du médecin du travail dans le système de santé au travail de demain* », Droit social, février 2019, n° 2, pages 160 à 166.

S. FANTONI QUINTON, « *Responsabilité de l'employeur dans le cadre de la pandémie Covid—19* », Société française de médecine du travail, mai 2020.

S. FANTONI QUINTON, A. CHATFIELD, J.M. BRILLET, D. JOSEPH, F. DERENONCOURT, P. FRIMAT, « *La procédure d'inaptitude et son environnement jurisprudentiel* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, décembre 2005, volume 66, n° 6, pages 555 à 563.

S. FANTONI, F. HEAS, P. Y. VERKINDT, « *La santé au travail après la loi du 8 août 2016* », Droit social 2016, n° 11, pages 921 à 927.

S. FANTONI QUINTON, V. GENTY, « *L'employeur, le médecin du travail et la protection de la santé des travailleurs : deux acteurs aux responsabilités différentes* », Semaine sociale Lamy, 26 mai 2015, n° 1678.

S. FANTONI QUINTON, P. FRIMAT, « *La traçabilité des expositions professionnelles : enjeux et responsabilités des acteurs* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, octobre 2011, volume 72, n° 5, pages 464 à 472.

S. FANTONI QUINTON, A. M. LAFLAMME, « *Garder le silence ou mentir sur son état de santé : quelles conséquences juridiques pour le candidat à l'embauche ? Une approche comparée France/Québec* », Droit Social, janvier 2016, pages 19 à 26.

S. FANTONI QUINTON, G. LECLERCQ, P. Y. VERKINDT, P. FRIMAT, « *Un avenir pour la santé au travail sans « aptitude périodique » est possible...* », JCP n° 48, 29 novembre 2011.

S. FANTONI QUINTON, D. LEVISSE, « *Vers un assouplissement de la jurisprudence en matière d'obligation de sécurité de l'employeur ?* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, septembre 2017, volume 78, n° 4, pages 345 à 347.

S. FANTONI QUINTON, C. MANAOUIL, P. Y. VERKINDT, P. FRIMAT, « *La responsabilité pénale des médecins du travail : un répertoire renouvelé ?* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, février 2011, volume 72, n° 1, pages 4 à 12.

S. FANTONI QUINTON, P. Y. VERKINDT, « *Obligation de résultat en matière de santé au travail — À l'impossible, l'employeur est tenu ?* », Droit Social, mars 2013, pages 229 à 238.

S. FANTONI QUINTON, P. Y. VERKINDT, « *Les chausse-trappes du nouvel encadrement de la décision d'inaptitude* », Semaine Sociale Lamy, 16 janvier 2017, n° 1752.

P. FAU-PRUDHOMOT, V. MORA, C. CAIL, M. C. LAMBERT, N. MARCZUK, V. NGO, C. RAMAROSON, « *Intérim et santé au travail en Île-de-France : groupement d'intérêt économique (GIE)* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, juin 2016, volume 77, n° 3, pages 459 à 460.

F. FAVENNEC-HERY, « *L'obligation de sécurité du salarié* », Droit Social, 1^{er} juin 2007, page 693.

M. FERREIRA, INRS, « *L'équipe pluridisciplinaire de santé au travail* », Travail & Sécurité, juillet/août 2013, n° 741.

P. FRIMAT, « *Le travail...c'est la santé : la santé au travail...une pratique en question* », Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, 12 janvier 2010.

P. FRIMAT, « *La médecine du travail est-elle menacée ?* », Revue de droit du travail, 15 février 2011, page 86.

P. FRIMAT, « *De la médecine du travail à la santé au travail : évolution des concepts* », La revue du praticien, Santé & Société, volume 67, septembre 2017.

P. FRIMAT, « *Nous devons organiser le suivi du salarié tout au long de sa vie professionnelle, de son entrée en apprentissage à son départ à la retraite* », ISTNF, 12 novembre 2019.

P. FRIMAT, S. FANTONI QUINTON, « *Rédaction des certificats médicaux en médecine du travail : savoir raison garder...* », ISTNF, 27 mai 2013.

J. Y. FROUIN, « *Inaptitude et perte d'emploi* », Droit ouvrier, 2006, pages 105 à 113.

J. Y. FROUIN, « *Un an de jurisprudence vu par le Président de la chambre sociale* », Jurisprudence Sociale Lamy, 15 décembre 2017, n° 443.

O. GARAND, « *Obligation de sécurité de résultat et santé mentale : une articulation inadaptée* », La Semaine Juridique Social, 14 juin 2011, n° 1281.

D. GARNIER, « *Pour une protection interentreprises de la santé au travail* », Préventique, septembre 2018, n° 159.

H. GOSSELIN, « *Aptitude et inaptitude : les pistes d'une réforme* », Semaine Sociale Lamy, 2007, n° 1299.

V. GENTY, S. FANTONI QUINTON, « *Le suivi médical des travailleurs intérimaires après le 20 juillet 2011 : une réforme en demi-teinte...* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, septembre 2013, volume 74, n° 4, pages 387 à 390.

V. GENTY, S. FANTONI QUINTON, « *Le système de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles : une porte ouverte vers de nouveaux contentieux* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, avril 2015, volume 76, n° 2, pages 150 à 154.

V. GENTY, S. QUINTON FANTONI, « *L'employeur, le médecin du travail et la protection de la santé des travailleurs : deux acteurs aux responsabilités différentes* », Semaine Sociale Lamy, 26 mai 2015, n° 1678.

V. GENTY, S. FANTONI QUINTON, « *Les nouveaux modèles de fiches : entre sécurisation et difficultés juridiques* », Semaine Sociale Lamy, 12 février 2018, n° 1802.

M. GOANEC, « *Médecine du travail : le conseil de l'ordre attentif aux...employeurs* », Médiapart.fr, 19 janvier 2016.

A. GORVEL, « *Traçabilité des expositions professionnelles : colloque de l'Institut national de médecine agricole (INMA), Tours, 27 janvier 2012* », INRS, juin 2012, n° 130.

H. GOSSELIN, « *Aptitude et inaptitude : les pistes d'une réforme* », Semaine Sociale Lamy, 19 mars 2007, n° 1299.

C. HERVE, G. MOUTEL, « *La notion de secret, le secret médical et les secrets professionnels* », Inserm.

F. HORDERN, « *Le droit des accidents du travail au XIXe siècle* », texte extrait des cahiers n° 3 de l'Institut régional du travail de l'Université d'Aix-Marseille II, 1991, Aix-en-Provence.

D. HUEZ, « *Le devoir d'alerte collective du médecin du travail* », Les Cahiers S.M.T, n° 27, octobre 2013.

ISTNF, « *La médecine du travail existait-elle avant la loi de 46 ?* », 19 février 2016.

ISTNF, « *Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi – zoom sur le volet droit santé-travail de la Loi dite Rebsamen* », Actualité Juridique, août 2015.

T. KAPP, « *La contestation de l'avis du médecin du travail devant l'inspecteur du travail* », Droit Social, n° 2, février 2011, pages 159 à 168.

M. KEIM-BAGOT, « *Faut-il élargir le champ des maladies professionnelles* », Droit social, 2017, page 929.

J. KIVITS, « *La santé au travail : quels enjeux pour la santé publique ?* », Santé publique, 2008/HS, volume 20, pages 5 à 6.

E. LAFUMA, C. WOLMARK, « *Le lien santé-travail au prisme de la prévention. Perspectives juridiques* », PISTES, 20 janvier 2018.

L. LEONI, « *Histoire de la prévention des risques professionnels* », Cairn.info, 2017/1, n° 51, pages 21 à 31.

P. MALADRY, I. TORDJMAN, « *Médecin inspecteur du travail : quelles sont ses missions ?* », La revue du praticien, mai 2018.

C. MANAOUIL, « *Le dossier médical personnel (DMP) : « autopsie » d'un projet ambitieux ?* », Médecine & Droit, volume 2009, janvier-février 2009, pages 24 à 41.

C. MANAOUIL, « *Le secret partagé entre professionnels depuis la loi santé du 26 janvier 2016* », Revue générale de Droit médical, n° 61, 2016, pages 53 à 63.

C. MANAOUIL, S. FANTONI QUINTON, « *Entre rupture du secret professionnel et accusation de harcèlement moral à l'occasion d'une procédure d'inaptitude, le médecin du travail au cœur de toutes les polémiques* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, octobre 2016, volume 77, n° 5, pages 779 à 783.

C. MANAOUIL, A. LEPRESLE, S. FANTONI QUINTON, « *Indemnisation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles en cas de faute inexcusable de l'employeur* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, février 2016, volume 77, n° 1, pages 52 à 59.

P. MARICHALAR, « *La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010)* », Politix, n° 91, 2010, volume 23, pages 27 à 52.

P. MARICHALAR, « *La médecine du travail cible du patronat* », Santé & Travail, n° 74, avril 2011.

L. DE MONTVALON, « *Le crépuscule de l'obligation de sécurité de résultat* », Semaine sociale Lamy, 22 janvier 2018, n° 1799.

C. MORICEAU, « *Les perceptions des risques au travail dans la seconde moitié du XIXe siècle : entre connaissance, déni et prévention* », Revue d'histoire moderne et contemporaine, 2009/1, n° 56/1, pages 11 à 27.

P. L. NISOL, « *Le pouvoir de direction de l'employeur est-il devenu une chimère* », Jurisprudence Sociale Lamy, 29 janvier 2015, n° 380, pages 4 à 6.

P. OLLIER, « *La responsabilité de l'employeur en matière d'accident du travail et de maladies professionnelles* », Rapport annuel de la Cour de cassation, 2002

S. PAUGAM, « *L'épreuve du chômage : une rupture cumulative des liens sociaux* », Revue européenne des sciences sociales, pages 11 à 27.

C. RADÉ, « *Tiers à l'entreprise. Obligation de sécurité de résultat de l'employeur* », Droit social, 10 mai 2011, page 594.

B. RAMAZZINI, « *De morbis artificum diatriba – Traité des maladies des artisans* », 1700 : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k285867> [Consulté le 19 septembre 2020]

J. M. SOULAT, « *La médecine du travail a-t-elle un avenir en France* », Le concours médical, décembre 2015, tome 137, n° 10.

Santé au Travail Vallée de la Lys Lille Métropole, « *Fiche d'entreprise : les tablettes arrivent* », Entreprise & Santé, 17 juillet 2017, n° 39.

G. SEITZ, rapporteur, « *La pluridisciplinarité* », Les cahiers S.M.T, n° 19, juin 2004.

N. SZAPIRO, « *Pour changer les comportements — une démarche active de promotion de la santé* », Le Quotidien du médecin, 31 mai 2018, n° 9669.

L. TANNEAU, « *Médecins du travail la perle rare (et chère)* », Liaisons sociales magazine, mai 2016, n° 172.

F. VELOT, « *Quand la sécurité fait obstacle au pouvoir de direction* », Les Cahiers Lamy du CE, juin 2008, n° 72, pages 16 à 18.

P. Y. VERKINDT, « *Inaptitude - Protection du salarié médicalement inapte à son poste de travail* », La Semaine Juridique Social, n° 46, 14 novembre 2006, 1890.

P. Y. VERKINDT, « *Travailleurs handicapés — un salarié n'a aucune obligation de révéler son état de santé ou son handicap à son employeur* », La Semaine Juridique Sociale, n° 5, 30 janvier 2007.

P. Y. VERKINDT, « *L'acmé de l'obligation de sécurité du chef d'entreprise* », Semaine Sociale Lamy, 25 mars 2008, n° 1346.

P. Y. VERKINDT, « *Harcèlement — Des rapports entre l'inaptitude médicale et le harcèlement moral* », La Semaine Juridique Social, n° 14, 6 avril 2010, 1139.

P. Y. VERKINDT, « *L'irrésistible ascension du droit de la santé au travail* », La Semaine Juridique, Edition sociale, n° 26, 30 juin 2015.

P. Y. VERKINDT, « *Licenciement pour motif personnel – inaptitude médicale du salarié et reclassement : la Cour de cassation garde le Cap* », JCP, La semaine juridique, Edition sociale, n° 50, 8 décembre 2015.

P. Y. VERKINDT, « *Un signe fort de la maturité de la jurisprudence sur l'obligation de sécurité de résultat* », Semaine Sociale Lamy, 6 juin 2016, n° 1726.

P. Y. VERKINDT, « *La bête noire est morte – à propos de la commission santé sécurité et conditions de travail* », Semaine Sociale Lamy, 13 novembre 2017, n° 1790.

P. Y. VERKINDT, « *Travail et santé au travail dans la Stratégie nationale de santé 2018-2022* », RDSS 2018, pages 437 à 443.

J. VINCENT, « *Ramazzini n'est pas le précurseur de la médecine du travail* », Genèses, 2012/4, n° 89, pages 88 à 111

L. VOGEL, « *Enjeux et incertitudes de la politique européenne en santé au travail* », Mouvements, 2009/2, n° 58, pages 104 à 116.

E. WURTZ, S. FANTONI QUINTON, « *La place du médecin du travail dans le processus de reclassement du salarié déclaré inapte à son poste de travail* », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, juin 2015, volume 76, n° 3, pages 279 à 283.

Articles des Éditions législatives

Éditions législatives, « *Obligation de sécurité de l'employeur : la Cour de cassation prend davantage en compte les mesures de prévention* », 30 novembre 2015.

Éditions Législatives, actuEL HSE, « *Avis d'inaptitude : quels sont les recours contre le médecin du travail ?* », 25 octobre 2017.

Éditions législatives, actuEL HSE, « *La santé au travail de nouveau en chantier ?* », 24 janvier 2018.

Éditions Législatives, actuEL HSE, « *Il faut absolument que la santé au travail puisse agir sur le parcours de soins* », 19 février 2018.

Éditions législatives, actuEL HSE, « *Le SNPST veut en finir avec la mainmise des employeurs sur la santé au travail* », 20 mars 2018.

Éditions législatives, actueEL RH, « *Burn out : il faut obliger les entreprises à travailler un plan d'amélioration* », 21 mars 2018.

Éditions Législatives, actuEL HSE, « *Réforme de la santé au travail : le Sénat refuse le « big bang » proposé par Charlotte Lecocq* », 7 octobre 2019.

Éditions Législatives, actuEL HSE, « *Santé au travail : la négociation entre partenaires sociaux de plus en plus probable* », 5 février 2020.

Éditions Législatives, actuEL HSE, « *Apprentis : Les bons réflexes s'apprennent le plus tôt possible* », 26 février 2020.

Articles des Liaisons Sociales Quotidien

« *La diminution du nombre de services de santé au travail et de médecins du travail se poursuit, selon la DGT* », Liaisons Sociales Quotidien, 27 septembre 2013, n° 16434.

« *L'obligation de sécurité des salariés n'affecte pas le principe de responsabilité de l'employeur* », Liaisons Sociales Quotidien, 18 février 2016, n° 17022.

« *Harcèlement moral : l'employeur peut s'exonérer de sa responsabilité* », Liaisons Sociales Quotidien, 3 juin 2016, n° 17094.

« *La Cour de cassation dresse son bilan pour 2015 et suggère de nouvelles propositions de réformes* », Liaisons Sociales Quotidien, 12 juillet 2016, n° 17121.

« *Santé au travail : les troubles musculo-squelettiques sont largement sous-déclarés* », Liaisons Sociales Quotidien, 14 juin 2018, n° 17590.

« *La négociation sur la santé au travail démarre lentement* », Liaisons Sociales Quotidien, 25 juin 2020, n° 18088.

PLAN SANTÉ TRAVAIL

Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, « *Plan santé au travail 2016-2020* », 2015.

STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ

Ministère des Solidarités et de la Santé, « *Stratégie nationale de santé 2018-2022* », 2017.

RAPPORTS, AVIS, ENQUÊTES

X. CHASTEL, H. SIAHMED, P. BLEMONT, « *Attractivité et formation des professions de santé au travail* », août 2017, publié en janvier 2018, rapport IGAS n° 2017-023R / IGAENR n° 2017-053.

D. CHAUMEL, B. MAURICE, J. P. VINQUANT, « *Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI)* », IGAS, février 2020, n° 2019-070R1.

COMITÉ NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ, « *l'Orientation de travailleurs vers un poste comportant un risque. Rôle du médecin du travail et réflexions sur l'ambiguïté du concept d'aptitude* », avis n° 80, 4 décembre 2003.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, « *Le dossier médical en santé au travail (DMST)* », Rapport adopté par le CNOM lors de la session des 17 et 18 décembre 2015, Dr F. X. LEY.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, « *Les certificats médicaux* », Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins d'octobre 2006.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, « *Les écrits du médecin du travail et la déontologie médicale* », Rapport adopté lors de la session du CNOM de juin 2015.

CONSEIL D'ÉTAT, « *Réflexions sur le droit de la santé ?* », Rapport public, Études et Documents, n° 49, La Documentation française, Paris, 1998, pages 311 à 313.

C. DELLACHERIE, P. FRIMAT, G. LECLERCQ, « *La santé au travail — Vision nouvelle et professions d'avenir — Proposition pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions* », rapport remis aux Ministre du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Ministre de la Santé et des Sports, avril 2010.

Rapport **FLAJOLET**, annexe 1, La prévention : définitions et comparaisons.

H. GOSSELIN, « *Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives* », janvier 2007.

Rapport « *Aptitude et médecine du travail* », établi par **M. ISSINDOU, C. PLOTON, S. FANTONI QUINTON, A. C. BENSADON, H. GOSSELIN**, mai 2015.

Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », établi par **C. LECOCQ, B. DUPUIS, H. FOREST**, avec l'appui de **H. LANOUZIERE**, juillet 2018.

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETÉ ET DE L'EXCLUSION SOCIALE, « *Rapport 2013-2014 : Les effets d'une crise économique de longue durée* ».

OIT, rapport de la commission mondiale de l'OIT sur l'avenir du travail, « *Travailler pour bâtir un avenir meilleur* », 22 janvier 2019.

PREVISOFIT, Baromètre de la santé et de la sécurité au travail publié le 19 juin 2017 — Enquête menée entre avril et mai 2017 auprès de 300 entreprises de plus de 50 salariés.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, « *Programme de qualité et d'efficience « AT MP »* », 2016.

RECOMMANDATIONS

HAS, « *Le Dossier médical en santé au travail* », Recommandations de bonne pratique, janvier 2009.

HAS, « *Le dossier médical en santé au travail* », Synthèse des recommandations professionnelles, janvier 2009.

HAS, « *Le dossier médical en santé au travail - Information concernant les emplois antérieurs, informations concernant l'emploi actuel* », Synthèse des recommandations professionnelles, janvier 2009.

DOSSIERS, GUIDES

ARAVIS, ANACT, Guide pratique, « *La relation médecin du travail / entreprise, à la croisée des enjeux de santé au travail et de gestion des ressources humaines* », Boîte à outils GRH en PME, dossier n° 7, décembre 2012.

Assurance Maladie, « *Les chiffres de la sinistralité en 2014 et faits marquants dans les secteurs d'activité* », dossier de presse, novembre 2015.

Assurance Maladie, « *Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie – Risques professionnels* », Santé travail : enjeux & actions, janvier 2018.

Centre d'analyse stratégique, Direction générale du travail, Rapports & Documents, « *L'impact des TIC sur les conditions de travail* », n° 49, 2012.

CISME, dossier de presse, « *Janvier 2017 : Décret relatif à la « modernisation de la médecine du travail »* », 2017.

CISME, « *Informations juridiques : application des dispositions réglementaires — Orientation sans délai et internat* », Informations mensuelles, novembre 2017.

CISME, « *L'Ordonnance n° 2017-1387 du 22 septembre 2017 relative à la prévisibilité et à la sécurisation des relations de travail a été publiée au Journal Officiel le 23 septembre 2017* », Informations mensuelles, octobre 2017, n° 64.

CNAMTS, « *Statistiques de sinistralités 2017 tous CTN et par CTN* », Etude 2018-267-CTN, avril 2019.

Conseil National de l'Ordre des médecins, « *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2016* », réalisé par Madame LE BRETON-LEROUVILLOIS, sous la direction du Docteur RAULT, pages 242 à 243.

DARES Analyses, « *Conditions de travail : reprise de l'intensification du travail chez les salariés* », juillet 2014, n° 049.

DARES Analyses, « *Les facteurs de risques psychosociaux en France et en Europe* », n° 100, décembre 2014.

DARES, « *Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail* », novembre 2016, n° 22.

DARES Analyses, « *Quels liens entre les usages professionnels des outils numériques et les conditions de travail ?* », juin 2018, n° 029.

DARES Analyses, « *CDD, CDI : comment évoluent les embauches et les ruptures depuis 25 ans* », juin 2018, n° 026.

DIRECCTE des Pays de la Loire, « *Aptitude / inaptitude médicale au poste de travail* », 8^e édition, mise à jour au 31 mars 2015.

DIRECCTE des Pays de la Loire, « *Aptitude, Inaptitude médicale au poste de travail* », 9^e édition, 31 janvier 2016.

DIRECCTE Île-de-France, Synthèse thématique, « *Dans les plus petits établissements, des salariés plus exposés aux risques professionnels physiques, mais moins aux risques psychosociaux* », juillet 2018, n° 83.

HCSP, « *Santé et travail – Les origines, les acteurs et les indicateurs* », actualité et dossier en santé publique, n° 9, décembre 1994.

INSEE Références, « *Emploi, chômage, revenus du travail* », fiche « *Temps et conditions de travail* », édition 2017.

INRS, Dossier « *Risques psychosociaux* », 2017.

INRS, Dossier « *Risques liés à l'activité physique* », 2018.

INRS, Dossier « *Agents chimiques CMR* », 2018.

INRS, Dossier « *Risques biologiques* », 2018.

INRS, Dossier « *Organisation du travail* », 2018.

INRS, « *Evaluation des risques professionnels – questions-réponses sur le document unique* », 2004.

INRS, « *Stress au travail – Les étapes d'une démarche de prévention* », juillet 2007.

« **Les risques psychosociaux — Repérer et Agir** », Plan Régional Santé Travail 2 : Guide RPS, Languedoc Roussillon, Octobre 2013.

Le réseau Anact-Aract, « *Vers une culture de prévention des risques professionnels* », Travail & changement, octobre-novembre-décembre 2016, n° 365, page 2.

PRESANSE, « *10 engagements pour la santé au travail, mission santé travail* », Audition de Présanse auprès de Charlotte LECOCQ, Henri FOREST et Bruno DUPUIS, Paris, 8 mars 2018.

G. SAVORNIN, Dossier « *Quelle réalité derrière les chiffres ?* », Face au risque, n° 541, avril 2018

UNEDIC, « *Relation de travail et contrats de moins d'un moins : quelle place dans le marché du travail en France* », 25 janvier 2017.

RAPPORTS ANNUELS

Assurance maladie — Risques professionnels, Rapport annuel 2017.

Assurance maladie — Risques professionnels, Rapport annuel 2018.

Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins, Rapport annuel d'activité de la juridiction ordinale, 2018.

COCT, Ministère du Travail, Direction générale du travail, « *Conditions de travail – Bilan 2012* », 2013.

COCT, Ministère du Travail, Direction générale du travail, « *Conditions de travail – Bilan 2014* », 2015.

COCT, Ministère du Travail, Direction générale du travail, « *Conditions de travail – Bilan 2015* », 2016.

COCT, Ministère du Travail, Direction générale du travail, « *Conditions de travail – Bilan 2016* », 2017.

COCT, Ministère du Travail, Direction générale du travail, « *Conditions de travail – Bilan 2017* », 2018.

COCT, Ministère du Travail, Direction générale du travail, « *Conditions de travail – Bilan 2018* », 2019.

Cour de cassation, rapport annuel 2018, La documentation française, 2019.

DIRECCTE Île-de-France, Chiffres clés, Edition 2016.

PRESANSE, « *Rapport chiffres clés 2018* », journée d'information Médecins-Relais, jeudi 27 juin 2019.

LETTRES

Assemblée Nationale, « *Proposition de résolution appelant à faire de la France l'un des pays les plus performants en matière de santé au travail* », C. LECOCQ, C. GRANDJEAN, C. MOTIN et les membres du groupe La République en marche et apparentés, députés, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 juin 2020, n° 3090.

Lettre de mission du 22 janvier 2018 de Monsieur PHILIPPE à Madame LECOQ, députée, n° 0083/18/SG.

Lettre du CNOM — Docteur François SIMON pour Monsieur le Docteur Christian EXPERT, vice-Président SGMT, 20 septembre 2017.

Lettre du CNOM — Docteur Patrick BOUET, Président, pour Monsieur Edouard PHILIPPE, 19 décembre 2017.

Lettre du CNOM - Docteur François SIMON aux médecins du travail, 26 juillet 2018.

Y. STRUILLOU, Directeur général du travail, lettre du 3 février 2017 concernant la contestation de l'avis d'aptitude du médecin du travail devant les conseils de Prud'hommes.

COLLOQUES, COMMUNICATIONS

D. HUEZ, « *Témoignage et analyse d'un médecin poursuivi* », Communication pour la Conférence-débat : Médecin du travail : le temps du silence, Faculté de droit, Nancy, 26 mars 2015.

J. C., WEBER, « *Le consentement du salarié-patient* », Congrès de la Société de Médecine du Travail : Éthique et Santé au Travail, Strasbourg, 28 mai 2009.

RAPPORT D'ACTIVITÉ ACMS

ACMS, Rapport d'activité 2017, Résolutions adoptées par l'Assemblée générale du 19 juin 2018.

ACMS, Rapport d'activité 2019, Résolutions adoptées par l'Assemblée générale du 23 juin 2020.

RESSOURCES ÉLECTRONIQUES

AGENCE EUROPÉENNE POUR LA SÉCURITÉ ET LA SANTÉ AU TRAVAIL. Mission et vision - Santé et sécurité au travail - EU-OSHA. (Page consultée le 2 juin 2020). Adresse URL : <https://osha.europa.eu/fr/about-eu-osha/what-we-do/mission-and-vision>

ANACT. Des salariés rassurés sur l'emploi mais inquiets pour les conditions de travail [Page consultée le 26 septembre 2020]. Adresse URL : <https://www.anact.fr/des-salaries-rassures-sur-lemploi-mais-inquiets-pour-les-conditions-de-travail>

COMMISSION EUROPÉENNE. Les vingt principes clés du socle européen des droits sociaux.

[Page consultée le 2 juin 2020]. Adresse URL :

https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_fr

CDOM. Notre rôle. [Page consultée le 10 juillet 2020]. Adresse URL :

<https://www.cdom70.fr/le-cdom/notre-role.html>

CNOM. Au cœur de la relation médecin-patient. [Page consultée le 10 juillet 2020]. Adresse URL :

<https://studylibfr.com/doc/3667615/au-c%C5%93ur-de-la-relation-m%C3%A9decin-patient>

CNOM. Libre choix du médecin. [Page consultée le 1^{er} octobre 2019]. Adresse URL :

<https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-6-libre-choix-230>

CNOM. Plainte et doléance. [Page consultée le 26 septembre 2020]. Adresse URL :

<http://www.conseil75.ordre.medecin.fr/content/plainte-et-doléance>

Dictionnaire juridique de Serge BRAUDO. [Page consultée le 04 octobre 2020]. Adresse URL :

<https://www.dictionnaire-juridique.com/serge-braudo.php>

DIRECCTE. L'inspection du travail francilienne a infligé plus de 1 150 PV ou sanctions. [Page consultée le 26 septembre 2020]. Adresse URL :

<http://idf.direccte.gouv.fr/L-inspection-du-travail-francilienne-a-inflige-plus-de-1-150-PV-ou-sanctions>

ENTREPRISE ET SANTÉ. 1 euro investi rapporte 2.5 à 4.8 euros. [Page consultée le 26 septembre 2020]. Adresse URL :

<http://www.entrepriseetsante.fr/magazine/numero-16-investir/1-euro-investi-rapporte-25-a-48-euros/258>

FUTURA SCIENCES. Définition du tabagisme passif. [Page consultée le 26 septembre 2020].

Adresse URL :

<https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-tabagisme-passif-7944/>

INRS. Dossier Protection collective. [Page consultée le 22 juin 2020]. Adresse URL :

<http://www.inrs.fr/demarche/protection-collective/ce-qu-il-faut-retenir.html>

INRS. Principes généraux de la démarche de prévention. [Page consultée le 26 septembre 2020]. Adresse URL :

<http://www.inrs.fr/demarche/principes-generaux/introduction.html>

LAROUSSE. Définitions : judiciarisation - Dictionnaire de français Larousse. [Page consultée le 3 juin 2020]. Adresse URL :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/judiciarisation/45098>

LAROUSSE. Serment d'Hippocrate. [Page consultée le 26 septembre 2020]. Adresse URL :

http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/Serment_dHippocrate/143995

MEDSHAKE. Statistique ECN 2017 par spécialités. [Page consultée le 26 septembre 2020].

Adresse URL :

<https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/concours-2017/specialites/>

MEDSHAKE. Statistiques ECN 2019 par spécialités. [Page consultée le 14 août 2020]. Adresse URL :

<https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/concours-2019/specialites/>

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE L'INSERTION. Le conseil de prud'hommes.

[Page consultée le 7 juillet 2020]. Adresse URL :

<http://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/litiges-individuels-et-conflits-collectifs/article/le-conseil-de-prud-hommes>

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE L'INSERTION. L'inspection du travail. [Page consultée le 06 juillet 2020]. Adresse URL :

<http://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/le-reglement-des-conflits-individuels-et-collectifs/article/l-inspection-du-travail>

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE L'INSERTION. Risques psychosociaux. [Page consultée le 26 septembre 2020]. Adresse URL :

<http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques/risques-psychosociaux/de-quoi-parle-t-on/article/les-rps-c-est-quoi>

MINISTERE DE LA JUSTICE. Tribunal judiciaire. [Page consultée le 26 septembre 2020]. Adresse URL :

<http://www.justice.gouv.fr/organisation-de-la-justice-10031/lordre-judiciaire-10033/tribunal-de-grande-instance-12034.html>

OIT. À propos de l'OIT. [page consultée le 2 juin 2020]. Adresse URL :

<https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/lang--fr/index.htm>

OIT. Conventions et recommandations. [page consultée le 2 juin 2020]. Adresse URL :

<https://www.ilo.org/global/standards/introduction-to-international-labour-standards/conventions-and-recommendations/lang--fr/index.htm>

OIT. Histoire (Conférence internationale du Travail). [page consultée le 2 juin 2020]. Adresse URL :

<https://www.ilo.org/ilc/AbouttheILC/history/lang--fr/index.htm>

OIT. Histoire de l'OIT. [page consultée le 3 juin 2020]. Adresse URL :

<https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/history/lang--fr/index.htm>

OIT. Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail, Actualité, 2 mai 2017. [Page consultée le 1^{er} juin 2020]. Adresse URL :

http://www.ilo.org/africa/media-centre/news/WCMS_552333/lang--fr/index.htm

OIT. Key document - Constitution de l'OIT. [page consultée le 2 juin 2020]. Adresse URL :
https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=1000:62:0::NO:62:P62_LIST_ENTRIE_ID:2453907:NO

OIT. Sécurité et santé au travail [Sécurité et santé au travail]. (page consultée le 2 juin 2020).
Adresse URL :
<https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang--fr/index.htm>

ONU FRANCE. Journées internationales. [page consultée le 2 juin 2020]. Adresse URL :
<https://unric.org/fr/ressources/journees-internationales/>

ONU FRANCE. Journées internationales, 6 janvier 2015. [page consultée le 2 juin 2020].
Adresse URL :
<https://www.un.org/fr/sections/observances/international-days/>

PRESANSE. Qui sommes-nous ? [Page consultée le 26 septembre 2020]. Adresse URL :
<https://www.presanse.fr/presanse/>

SÉNAT. Comptes rendus de la commission des affaires sociales. [Page consultée le 12 septembre 2020]. Adresse URL :
<http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20181001/soc.html>

SÉNAT. Sur la santé au travail. [Page consultée le 4 juin 2020]. Adresse URL :
<http://www.senat.fr/rap/r19-010/r19-0102.html>

SYNDICAT FRANÇAIS DES ARTISTES INTERPRÈTES. Mort programmée de la médecine du travail ? [Page consultée le 26 septembre 2020]. Adresse URL :
<https://sfa-cgt.fr/news/372>

TISSOT ÉDITIONS. Définitions. [Page consultée le 1^{er} juin 2020]. Adresse URL :
<https://www.editions-tissot.fr/droit-travail/dictionnaire-droit-travail-definition.aspx?idDef=682&definition=Pr>

UNIVERSITÉ DE PARIS DIDEROT. [Page consultée le 1^{er} octobre 2019]. Adresse URL : <https://formation.univ-paris-diderot.fr/en/formations/des-medecine-du-travail>

TEXTES OFFICIELS

SOURCES SUPRA NATIONALE

Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 22 juillet 1946, entrée en vigueur le 7 avril 1948.

Directive 82/605/CEE du Conseil, du 28 juillet 1982, concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition au plomb métallique et à ses composés ioniques pendant le travail.

Directive 83/477/CEE du Conseil du 19 septembre 1983 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail.

Convention OIT n° 161 relative aux Services de Santé au Travail, 1985.

Acte unique européen, Luxembourg, 17 février et La Haye 28 février 1986.

Directive 86/188/CEE du Conseil du 12 mai 1986 concernant la protection des travailleurs contre les risques dus à l'exposition au bruit pendant le travail.

Directive-cadre n° 89/391 CEE 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.

Traité d'Amsterdam modifiant le traité sur l'Union européenne, les traités instituant les communautés européennes et certains actes connexes, signé à Amsterdam le 2 octobre 1997.

Traité de Lisbonne modifiant le traité sur l'Union européenne, le traité instituant la Communauté européenne et certains actes connexes, signé à Lisbonne le 13 décembre 2007.

Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (version consolidée), 26 octobre 2012.

SOURCES NATIONALES

LOIS

Loi du 22 mars 1841 relative au travail des enfants employés dans les manufactures, usines ou ateliers.

Loi du 9 avril 1898 concernant les responsabilités dans les accidents du travail.

Loi du 25 octobre 1919 étend aux maladies d'origine professionnelle la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Loi n° 46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail.

Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le Code du travail et le Code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail.

Loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

Loi n° 2018-217 du 29 mars 2018 ratifiant diverses ordonnances prises sur le fondement de la loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social.

Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

PROPOSITION DE LOI

Proposition de Loi sur le burn-out visant à faire reconnaître comme maladies professionnelles les pathologies psychiques résultant de l'épuisement professionnel, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 20 décembre 2017, n° 516.

ORDONNANCES

Ordonnance n° 2017-1386 du 22 septembre 2017 relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise et favorisant l'exercice et la valorisation des responsabilités syndicales.

Ordonnance n° 2017-1387 du 22 septembre 2017 relative à la prévisibilité et la sécurisation des relations de travail.

Ordonnance n° 2017-1718 du 20 décembre 2017 visant à compléter et mettre en cohérence les dispositions prises en application de la loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social.

Ordonnance n° 2020-386 du 1^{er} avril 2020 adaptant les conditions d'exercice des missions des services de santé au travail à l'urgence sanitaire et modifiant le régime des demandes préalables d'autorisation d'activité partielle.

DÉCRETS

Décret n° 52-1263 du 27 novembre 1952 portant application de la loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail, modifié par le décret n° 53-1086 du 31 octobre 1953.

Décret n° 79-231 du 20 mars 1979 modifiant le Code du travail et relatif à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux du travail.

Décret n° 85-1353 du 17 décembre 1985 relatif au code de la sécurité sociale (partie législative et partie Décrets en Conseil d'État)

Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs.

Décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail et modifiant le Code du travail.

Décret n° 2007-434 du 25 mars 2007 relatif au fonctionnement et à la procédure disciplinaire des conseils de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail.

Décret n° 2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail.

Décret n° 2016-1358 du 11 octobre 2016 relatif aux conditions d'exercice des collaborateurs médecins dans les services de santé au travail.

Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail.

Décret n° 2017-412 du 27 mars 2017 relatif à l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques comme identifiant national de santé.

Décret n° 2017-1008 du 10 mai 2017 portant diverses dispositions procédurales relatives aux juridictions du travail.

Décret n° 2017-1698 du 15 décembre 2017 portant diverses mesures relatives à la procédure suivie devant le conseil de prud'hommes.

Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2012-2022.

Décret n° 2020-549 du 11 mai 2020 fixant les conditions temporaires de prescription et de renouvellement des arrêts de travail par le médecin du travail.

ARRÊTÉS

Arrêté du 29 mai 1989 pris en application de l'art. R.241-41-3 du Code du travail et fixant le modèle de la fiche d'entreprise et d'établissement établie par le médecin du travail.

Arrêté du 13 décembre 1990 pris en application de l'article R. 241-33 du Code du travail fixant les modèles de rapport annuel du médecin du travail.

Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès.

Arrêté du 16 octobre 2017 relatif à fixant le modèle d'avis d'aptitude, d'avis d'inaptitude, d'attestation de suivi individuel de l'état de santé et de proposition de mesures d'aménagement de poste.

Arrêté du 27 mars 2018 relatif au montant des honoraires dus aux médecins inspecteurs du travail en application du IV de l'article L. 4624-7 du code du travail.

CIRCULAIRES

Circulaire DRT n° 2002-06 du 18 avril 2002 prise pour l'application du décret n° 2001-1016 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du Code du travail et modifiant le Code du travail.

Circulaire DRT n° 03 du 07 avril 2005 relatif à la réforme de la médecine du travail.

Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail.

ACCORDS

Protocole d'accord sur la modernisation de la médecine du travail, CFDT, CFE-CGC, CFTC, CGT-FO, CGT, MEDEF, CGPME, UPA, 11 septembre 2009.

Accord du 26 mars 2010 sur le harcèlement et la violence au travail signé par le MEDEF, la CGPME, l'UPA, la CFDT, la CFE-CGC, la CFTC, la CGT-FO et la CGT.

TABLE DES JURISPRUDENCES

CONSEIL D'ÉTAT

- **2003**

Conseil d'État, 1^{ère} et 2^e sous-sections réunies, 3 décembre 2003, n° 254000, Publié au recueil Lebon.

- **2006**

Conseil d'État, 1^{ère} et 6^e sous-sections réunies, 7 juin 2006, n° 279632, mentionné aux tables du recueil Lebon.

Conseil d'État, 1^{ère} et 6^e sous-sections réunies, 27 septembre 2006, n° 275845, Publié au recueil Lebon.

- **2009**

Conseil d'État, 4^e et 5^e sous-sections réunies, 17 juin 2009, n° 314729.

Conseil d'État, 4^e et 5^e sous-sections réunies, 7 octobre 2009, n° 319107.

- **2010**

Conseil d'État, 4^e et 5^e sous-sections réunies, 16 avril 2010, n° 326553, Publié au recueil Lebon.

- **2011**

Conseil d'État, 4^e et 5^e sous-sections réunies, 27 juin 2011, n° 334834.

Conseil d'État, 6^e et 1^{ère} sous-sections réunies, 30 décembre 2011, n° 330959.

- **2013**

Conseil d'État, 4^e sous-section jugeant seule, 1^{er} août 2013, n° 341604, Inédit au recueil Lebon.

- **2015**

Conseil d'État, 1^{ère} et 6^e sous-sections réunies, 1^{er} juin 2015, n° 368775, Inédit au recueil Lebon.

- **2016**

Conseil d'État, 4^e et 5^e sous-sections réunies, 10 février 2016, n° 384299.

- **2017**

Conseil d'État, 4^e et 5^e chambres réunies, 11 octobre 2017, n° 403576.

- **2018**

Conseil d'État, 6 juin 2018, 4^e et 1^{ère} chambres réunies, n° 405453.

COUR DE CASSATION

Cour de cassation, assemblée plénière

Cass. chambres réunies, 15 juillet 1941, n° 00-26.836, Inédit.

Cass. chambres réunies, 16 mai 1963, n° 61-90.673, *Bull. des arrêts Cour de Cassation, Chambres réunies*, n° 4.

Cour de cassation, chambre sociale

- 1952

Cass. soc., 20 mars 1952, *Bull. jur.*, UCANSS 52-45

- 1960

Cass. soc., 8 décembre 1960, n° 58-10.171, *Bull. civ.*, n° 1149.

- 1979

Cass. soc., 10 octobre 1979, n° 78-12.275, *Bull. des arrêts Cour de Cassation, Chambre sociale*, n° 703.

- 1995

Cass. soc., 9 mai 1995, n° 91-43.749, *Bull. civ.*, 1995, V, n° 149, p. 110.

- 1999

Cass. soc., 4 mai 1999, n° 98-40.959, *Bull. civ.*, 1999, V, n° 184, p. 133.

- 2000

Cass. soc., 9 mai 2000, n° 97-44.234, *Bull. civ.*, 2000, V, n° 175, p. 135.

Cass. soc., 17 octobre 2000, n° 97-45.286, Inédit.

- 2001

Cass. Soc. 24 avril 2001, n° 97-44.104, *Bull. civ.*, 2001, V, n° 127, p. 99.

- 2002

Cass. soc., 31 janvier 2002, n° 00-16.357, Inédit.

Cass. soc., 28 février 2002, n° 00-13.177, Inédit.

Cass. soc., 28 février 2002, n° 00-11.793, *Bull. civ.*, 2002, V, n° 81, p. 74.

Cass. soc., 11 avril 2002, n° 00-16.535, *Bull. civ.*, 2002, V, n° 127, p. 133.

Cass. soc., 10 juillet 2002, n° 00-40.209, *Bull. civ.*, 2002, V, n° 251, p. 245.

Cass. soc., 31 octobre 2002, n° 00-18.359, *Bull. civ.*, 2002, V, n° 336, p. 324.

- 2003

Cass. soc., 2 avril 2003, n° 00-21.768, *Bull. civ.*, 2003, V, n° 132, p. 130.

- 2004

Cass. soc., 7 juillet 2004, n° 02-47.458, *Bull. civ.*, 2004, V, n° 196, p. 184.

Cass. soc., 7 juillet 2004, n° 02-47.686, *Bull. civ.*, 2004, V, n° 194, p. 182.

Cass. soc., 7 juillet 2004, n° 03-43.906, *Bull. civ.*, 2004, V, n° 194, p. 182.

- 2005

Cass. soc., 19 janvier 2005, n° 03-40.765, *Bull. civ.*, 2005, V, n° 7, p. 6.

Cass. soc. 11 mai 2005, n° 03-45.174, *Bull. civ.*, 2005, V, n° 155, p. 134.

Cass. soc., 29 juin 2005, n° 03-44.412, *Bull. civ.*, 2005, V, n° 219, p. 192.

Cass. soc., 19 octobre 2005, n° 03-48.383, *Bull. civ.*, 2005, V, n° 292, p. 254.

- 2006

Cass. soc., 28 février 2006, n° 05-41.555, *Bull. civ.*, 2006, V, n° 87, p. 78.

Cass. soc., 21 juin 2006, n° 05-43.914, *Bull. civ.*, 2006, V, n° 223, p. 212.

Cass. soc., 28 juin 2006, n° 04-47.672, *Bull. civ.*, 2006, V, n° 230, p. 220.

Cass. soc., 28 juin 2006, n° 04-47.746, *Bull. civ.*, 2006, V, n° 229, p. 219.

Cass. soc., 20 septembre 2006, n° 05-40.241, *Bull. civ.*, 2006, V, n° 275.

- 2007

Cass. soc., 28 mars 2007, n° 06-41.068, Inédit.

Cass. soc., 14 juin 2007, n° 06-41.377, Inédit.

Cass. soc., 14 juin 2007, n° 06-40.474, Inédit.

Cass. soc., 4 octobre 2007, n° 06-43.131, Inédit.

Cass. soc., 19 octobre 2007, n° 06-42.963, Inédit.

Cass. soc., 31 octobre 2007, n° 06-45.204, Inédit.

Cass. soc., 19 décembre 2007, n° 06-43.918, *Bull. civ.*, 2007, V, n° 216.

- 2008

Cass. soc., 9 janvier 2008, n° 06-44.407, Inédit.

Cass. soc., 5 mars 2008, n° 06-45.888, *Bull. civ.*, 2008, V, n° 46.

Cass. soc., 9 avril 2008, n° 07-41.141, *Bull. civ.*, 2008, V, n° 81.

Cass. soc., 26 novembre 2008, n° 07-43.598, *Bull. civ.*, 2008, V, n° 233.

Cass. soc., 9 juillet 2008, n° 07-41.318, *Bull. civ.*, 2008, V, n° 151.

- 2009

Cass. soc., 25 mars 2009, n° 07-41.708, *Bull. civ.*, 2009, V, n° 83.
Cass. soc., 24 juin 2009, n° 08-42.618, *Bull. civ.*, 2009, V, n° 164.
Cass. soc., 16 septembre 2009, n° 08-42.301, Inédit.
Cass. soc., 23 septembre 2009, n° 08-42.629, *Bull. civ.*, 2009, V, n° 189.
Cass. soc., 10 novembre 2009, n° 07-45.321, *Bull. civ.*, 2009, V, n° 247.
Cass. soc., 10 novembre 2009, n° 08-42.674, *Bull. civ.*, 2009, V, n° 253.
Cass. soc., 2 décembre 2009, n° 08-44.969, Inédit.

- 2010

Cass. soc., 28 janvier 2010, n° 08-42.616, *Bull. civ.*, 2010, V, n° 27.
Cass. soc., 20 janvier 2010, n° 08-44.322, Inédit.
Cass. soc., 28 janvier 2010, n° 08-42-702, Inédit.
Cass. soc., 3 février 2010, n° 08-40.144, *Bull. civ.*, 2010, V, n° 30.
Cass. soc. 17 février 2010, n° 08-43.725, Inédit.
Cass. soc., 5 octobre 2010, n° 09-40.913, Inédit.
Cass. soc., 6 octobre 2010, n° 09-65.103, *Bull. civ.*, 2010, V, n° 215.
Cass. soc., 6 octobre 2010, n° 08-45.609, Inédit.
Cass. soc., 30 novembre 2010, n° 08-70.390, *Bull. civ.*, 2010, V, n° 270.
Cass. soc., 16 décembre 2010, n° 09-66.954, *Bull. civ.*, 2010, V, n° 300.

- 2011

Cass. soc., 26 janvier 2011, n° 09-43.193, *Bull. civ.*, 2011, V, n° 32.
Cass. soc., 16 mars 2011, n° 09-69.945, *Bull. civ.*, 2011, V, n° 75.

- 2012

Cass. soc., 7 mars 2012, n° 11-11.311, *Bull. civ.*, 2012, V, n° 87.
Cass. soc., 31 mai 2012, n° 11-10.958, Inédit.
Cass. soc., 26 septembre 2012, n° 11-14.742, *Bull. civ.*, 2012, V, n° 236.
Cass. soc., 17 octobre 2012, n° 11-22.553, Inédit.
Cass. soc., 17 octobre 2012, n° 11-18.648, Inédit.
Cass. soc., 17 octobre 2012, n° 10-14.248, *Bull. civ.*, 2012, V, n° 268.

- 2013

Cass. civ. 2^e, 14 mars 2013, n° 11-27.989, Inédit.
Cass. soc. 20 mars 2013, n° 12-10.101, Inédit.

Cass. soc., 19 juin 2013, n° 12-14.246, Inédit.

Cass. soc., 30 octobre 2013, n° 12-15.133, Inédit.

- 2014

Cass. soc., 15 janvier 2014, n° 12-24.701, Inédit.

Cass. soc., 2 juillet 2014, n° 12-29.552, Inédit.

Cass. soc. 23 septembre 2014, n° 12-18.912, Inédit.

Cass. soc., 23 septembre 2014, n° 12-28.599, Inédit.

Cass. soc., 3 décembre 2014, n° 13-18.743, Inédit.

Cass. soc., 17 décembre 2014, n° 13-12.277, *Bull. civ.*, 2014, V, n° 310.

Cass. soc., 17 décembre 2014, n° 13-23.795, Inédit.

- 2015

Cass. soc., 7 janvier 2015, n° 13-17.602, Inédit.

Cass. soc., 18 février 2015, n° 13-21.804, Inédit.

Cass. soc., 5 mars 2015, n° 13-26.321, Inédit.

Cass. soc., 16 juin 2015, n° 14-10.327, Inédit.

Cass. soc., 24 juin 2015, n° 13-28.460, Inédit.

Cass. soc., 30 juin 2015, n° 13-28.201, *Bull. civ.*, 2015, n° 833, *Soc.*, n° 1305.

Cass. soc., 7 octobre 2015, n° 14-12.403, Inédit.

Cass. soc., 22 octobre 2015, n° 14-20.173, *Bull. civ.*, 2016, n° 838, *Soc.*, n° 397.

Cass. soc., 4 novembre 2015, n° 14-11.879, *Bull. civ.*, 2016, n° 839, *Soc.*, n° 426.

Cass. soc. 25 novembre 2015, n° 12-24.444, *Bull. civ.*, 2016, n° 840, *Soc.*, n° 504.

Cass. soc., 15 décembre 2015, n° 14-11.858, *Bull. civ.*, 2016, n° 841, *Soc.*, n° 596.

- 2016

Cass. soc., 10 février 2016, n° 14-24.350, *Bull. civ.*, 2016, n° 844, *Soc.*, n° 929.

Cass. soc., 26 mai 2016, n° 14-15.566, Inédit.

Cass. soc., 1^{er} juin 2016, n° 14-19.702, *Bull. civ. 2016*.

Cass. soc., 23 novembre 2016, n° 15-18.092, *Bull. civ. 2016*.

Cass. soc., 30 novembre 2016, n° 15-23.853, Inédit.

Cass. soc., 30 novembre 2016, n° 15-25.066, Inédit.

Cass. soc., 5 octobre 2016, n° 15-16.429, Inédit.

Cass. soc., 5 octobre 2016, n° 15-18.205, Inédit.

Cass. soc., 5 octobre 2016, n° 15-15.656, Inédit.

- 2017

Cass. soc., 18 janvier 2017, n° 15-18.903, Inédit.

Cass. soc., 6 décembre 2017, n° 16-10.885, Inédit.

Cass. soc., 6 décembre 2017, n° 16-10.891, Inédit.

Cass. soc., 1^{er} février 2017, n° 15-26.207, Inédit.

- 2018

Cass. soc., 27 juin 2018, n° 17-15.438, Inédit.

Cass. soc., 17 octobre 2018, n° 16-25.438, Inédit.

- 2019

Cass. soc., 13 juin 2019, n° 18-11.115, Inédit.

Cour de cassation, chambre civile

- 1970

Cass. civ. 1^{ère}, 28 octobre 1970, n° 69-11.099, *Bull. civ. I*, 1970, n° 290, p. 237.

- 1997

Cass. civ. 1^{ère}, 25 février 1997, n° 94-19.685, *Bull. civ. I*, 1997, n° 75, p. 49.

- 2003

Cass. civ. 1^{ère}, 6 mai 2003, n° 01-03.259, *Bull. civ.*, 2003, V, n° 109, p. 85.

Cass. civ. 2^e, 1^{er} juillet 2003, n° 02-30.576, *Bull. civ. II*, 2003, n° 218, p. 182.

- 2007

Cass. civ. 2^e, 22 février 2007, n° 05-13.771, *Bull. civ. II*, 2007, n° 54, p. 45.

- 2010

Cass. civ. 2e, 18 novembre 2010, n° 09-17.275, *Bull. civ. II*, 2010, n° 191.

- 2013

Cass. civ. 1^{ère}, 27 novembre 2013, n° 12-25.242, Inédit.

Cass. civ. 1^{ère}, 19 décembre 2013, n° 12-25.056, *Bull. civ. I*, 2013, n° 256.

- 2014

Cass. civ. 2^e, 6 novembre 2014, n° 13-20.768, Inédit.

Cass. civ. 2^e, 19 juin 2014, n° 13-18.116, Inédit.

Cour de cassation, chambre criminelle

- 1966

Cass. crim., 22 décembre 1966, n° 66-92.897, *Bull. crim.*, n° 305.

- 1972

Cass. crim., 6 juin 1972, n° 70-90.271, *Bull. crim.*, n° 190, p. 481.

- 1985

Cass. crim., 15 octobre 1985, n° 83-92.133, *Bull. crim.*, 1985, n° 317.

- 2016

Cass. crim., 12 janvier 2016, n° 14-87.695, *Bull. crim.*, 2016, n° 6.

Cass. crim., 1^{er} mars 2016, n° 14-88.518, Inédit.

JURIDICTIONS DU FOND

Cours d'Appel

- 2017

CA Versailles, 13 décembre 2017, n° 15/05595.

CA Toulouse, 15 décembre 2017, n° 16/04131.

- 2019

CA Paris, Pôle 06, ch. 11, 2 juin 2020, n° 18/05421.

- 2020

CA Paris, 22 mai 2020, n° 18/08148.

Tribunal de Grande Instance

TGI Paris, 31^e Chambre, 2^e section, 20 décembre 2019, n° 0935790257.

Conseil de prud'hommes

Conseil de prud'hommes de Boulogne Billancourt, audience publique du 8 septembre 2017, RG n° R17/00127.

Chambre disciplinaire de l'Ordre des médecins

Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins, audience du 22 septembre 2011, décision rendue publique le 21 octobre 2011, n° 10964.

Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins, 16 janvier 2014, n° 12218.

Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins, audience du 15 mai 2014, décision rendue publique par affichage le 26 juin 2014, n° 11843, Dr Élisabeth DELPUECH.

Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins, audience du 7 octobre 2014, décision rendue publique le 28 novembre 2014, n° 11968.

Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins, 15 janvier 2015, n° 12660.

Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins, audience du 8 juin 2016, décision rendue publique le 22 septembre 2016, n° 12618.

Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins, audience du 8 juin 2016, décision rendue publique le 26 septembre 2016, n° 12218.

Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins, audience du 11 avril 2018, décision rendue publique le 4 mai 2018, n° 13079.

Chambre disciplinaire de première instance d'Ile-de-France, audience du 18 juin 2019, décision rendue publique par affichage du 21 août 2019, n° C.2018-6356.

Chambre disciplinaire de première instance, audience du 21 janvier 2020, décision rendue publique par affichage le 8 juin 2020, n° C.2018-6543.

INDEX

A

Actions sur le milieu de travail

- Fiche d'entreprise : 92, 93, 94, 95, 96, 317, 318, 319, 320, 321, 338, 339, 357, 383, 384, 442, 443, 449, 450
- Tiers temps : 26, 316

Aménagement de poste :

- Echange avec l'employeur : 147, 148, 265, 266, 349, 350, 351
- Mise en œuvre des aménagements : 269, 170, 271
- Rédaction (amélioration) : 402, 403, 404, 405
- Préconisation d'aménagement de poste : 49, 50, 51, 52, 73, 74, 75, 164, 165
- Respect des aménagements par l'employeur : 169, 170, 171
- Salariés attentifs aux aménagements de poste : 245, 246
- Stricte séparation aménagement / inaptitude : 332, 333
- Tensions et discriminations liés aux aménagements : 243 à 255

Attractivité (médecin du travail) : 294, 295, 296

C

Certificats médicaux : 72, 88, 202, 206, 207, 259, 260, 261, 262, 263

Communication :

- Employeurs et médecins du travail : 264, 265, 266, 267, 268, 313

Contestation d'un avis médical :

- Procédure administrative (ancien) : 179 à 187
- Procédure devant le CPH (référé) : 188 à 194, 362, 363, 364, 365

Contrat à durée déterminée :

- Suivi individuel : 289, 348, 349

Conseil de l'Ordre des médecins :

- Acteurs susceptibles d'intenter une action : 201, 202
- Enjeux : 203, 204
- Procédure : 203, 204

Consentement du salarié :

- Santé au travail : 224, 225, 226, 227, 252, 222 à 227
- Santé publique : 224, 225

CSE : 102, 103, 104, 105, 106

Culture de prévention : 440 à 445

D

Décloisonnement santé-publique/ santé-travail : 412 à 421

Démographie médicale : 43, 291, 292, 293, 294

Devoir de signalement : 98, 99, 100, 101, 102

Distinction aptitude médicale / compétence professionnelle : 404

Document unique d'évaluation des risques professionnels : 117, 118, 119, 317, 318, 319, 320, 321, 443, 449, 450

Dossier médical en santé au travail : 64, 65, 66, 67, 68, 69

E

Échanges entre médecins :

- Echange entre le médecin du travail et la médecine de ville : 85, 86, 417, 418, 419
- Echange entre le médecin du travail et le médecin de la sécurité sociale : 86, 87, 88, 89

Étude de poste : 96, 97

Équipe pluridisciplinaire santé-travail : 27, 28, 44, 89 à 96, 104, 149, 150, 293, 294, 390, 391, 392, 393, 446, 447

F

Faute inexcusable : 23, 120, 121, 122, 165, 169, 226, 246, 342

Fusion des services de santé au travail : 377, 378, 379

H

Harcèlement moral : 124, 125, 126, 143, 144, 145, 167, 209, 237, 247

I

Inaptitude :

- Définition : 52

- Désinsertion professionnelle : 251, 252, 253

- Formalisme : 52, 53, 54, 78, 79, 80, 81, 207, 208, 265, 266, 334, 339, 353 à 358

- Vice de forme : 195, 196, 197, 258, 259

Indépendance professionnelle (médecin du travail) : 400, 401, 402

Inspection du travail : 309, 310

Instruction maladie professionnelle : 88, 89

Investissement santé-travail : 444, 445

L

Libre choix médecine de ville : 59, 209, 211

M

Médecin du travail/ Médecin de contrôle (rôle) : 427, 428, 429, 430

O

Obligation d'emploi des travailleurs handicapés : 157, 158

Obligation générale de prévention : 114, 115, 116, 117, 118, 119

Obligation de sécurité de résultat : 120 à 135, 139 à 145

Obligation de sécurité (salarié) : 135, 136, 137, 138, 139

Prévention (définition) :

- Primaire : 14

- Secondaire : 14, 15

- Tertiaire : 15

P

Pertinence du suivi individuel systématique : 436, 337, 338, 339, 440

Pouvoir de direction de l'employeur :

- Limitation : 127, 128, 156, 157, 158, 159, 445

Prescription arrêt de travail (médecin du travail) : 296, 414, 420, 421

R

Rapport annuel d'activité médicale : 106, 107, 108, 109

Reclassement :

- Périmètre : 248, 329, 330

- Traçabilité des recherches : 81, 82, 83, 84

- Défaut de reclassement : 248, 249, 250

Réunions du CSE (participation médecin du travail) : 102, 103, 104, 105, 106

Responsabilité civile du service de santé au travail (visites médicales) : 131, 198, 257, 297, 298, 299, 300

Responsabilité civile de l'employeur (visites médicales) : 120 à 145, 168, 169, 170, 212, 247, 297, 298, 299, 300, 323, 324

Responsabilité pénale de l'employeur (visites médicales) : 130, 131, 212, 247, 298, 309, 323, 324

S

Secret médical :

- Médecin du travail : 55 à 63, 151 à 154, 260
- IDEST : 57

T

Traçabilité :

- Données de santé : 64, 65, 66, 67, 68, 69
- Expositions professionnelles : 66, 67, 68, 381, 382, 383, 432, 433, 434, 435

Tribunal judiciaire : 195, 196, 197

V

Violences au travail : 123, 124, 125, 126, 127

ANNEXES

Annexe n° 1 : Évolution du nombre de réponses téléphoniques/mails entre 2015 et 2018 (rapport d'activité V. GENTY – ACMS).

Annexe n° 2 : Synthèse des plaintes portées contre les médecins du travail de l'ACMS devant le Conseil de l'Ordre des médecins entre 2015 et 2018.

Annexe n° 3 : Synthèse des contestations d'avis émis par les médecins du travail de l'ACMS en 2017 et 2018.

Annexe n° 1 : Évolution du nombre de réponses téléphoniques/mails entre 2015 et 2018 (rapport d'activité V. GENTY – ACMS)

Nombre de réponses téléphoniques / Mail (équipes de secteurs)	2015	2016	2017	2018
Janvier	88	119	155	183
Février	80	120	134	134
Mars	90	122	163	121
Avril	83	91	105	112
Mai	50	120	155	160
Juin	72	109	157	173
Juillet	90	104	182	204
Août	0	36	42	20
Septembre	110	142	153	145
Octobre	86	140	181	189
Novembre	120	115	161	89*
Décembre	140	110	121	0*
Total	1009	1328	1709	1530

* à partir de mi-novembre, arrêt de travail (grossesse)

Annexe n° 2 : Synthèse des plaintes portées contre les médecins du travail de l'ACMS devant le Conseil de l'Ordre des médecins

<i>Médecin</i>	<i>Saisine par</i>	<i>Issue de la plainte</i>
2015		
Dr M.	Salarié	Convocation à une audience de conciliation — puis sans suite
Dr R.	Salarié	Procès-verbal de non-conciliation — Décision de la 1 ^{ère} chambre disciplinaire : rejet de la plainte de la salariée (500 euros de dommages et intérêts pour procédure abusive)
2016		
Dr S.	Salarié	Retrait de plainte avant l'audience de conciliation
Dr T.	Salarié	Retrait de plainte avant l'audience de conciliation
Dr C.	Salarié	Procès-verbal de non-conciliation puis retrait de la plainte
Dr B.	Salarié	Décision de la 1 ^{ère} chambre disciplinaire : avertissement à l'encontre du médecin
2017		
Dr Z.	Salarié	Procès-verbal de conciliation
Dr T.	Salarié (même salarié que Dr Z.)	Procès-verbal de carence — le salarié ne s'est pas présenté à l'audience
Dr H.	Employeur	Procès-verbal de conciliation
2018		
Dr P.	Employeur	Procès-verbal de non-conciliation — aucune sanction en 1 ^{ère} chambre disciplinaire — recours en cours par l'employeur
Dr W.	Employeur	Procès-verbal de non-conciliation puis désistement de l'instance
Dr F.	Salarié	Procès-verbal de non-conciliation puis désistement de l'instance
Dr J.	Employeur	Procès-verbal de conciliation
Dr R.	Employeur	Procès-verbal de non-conciliation — aucune sanction en 1 ^{ère} chambre disciplinaire — recours en cours par l'employeur
Dr F.	Employeur	Procès-verbal de conciliation

Annexe n° 3 : Synthèse des contestations d'avis émis par les médecins du travail de l'ACMS en 2017 et 2018

Contestations des avis émis par le médecin du travail (sur déclaration des médecins du travail ACMS)		
	2017	2018
Nombre total de contestations	37	25
Par les employeurs	27	21
Par les salariés	10	4
Motifs de contestation		
Apte / vu	2	0
Aménagement de poste	16	9
Inaptitude définitive	12	14
Inaptitude temporaire	1	1
Inaptitude - lien maladie / AT	2	0
Autre	4	1

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	5
TABLE DES ABRÉVIATIONS.....	8
INTRODUCTION GÉNÉRALE	13
§1 – La primauté de la logique de réparation des risques au détriment d’une véritable « culture de prévention »	19
§2 – La mission « impossible » des services de santé au travail, facteur de contentieux en santé au travail	25
§3 – Objet de cette étude.....	32
PARTIE 1 :.....	35
LES CONTENTIEUX EN SANTÉ AU TRAVAIL, RÉVÉLATEUR DES FAILLES DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL	35
TITRE 1 : LE RÔLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL CONSUBSTANTIEL AUX OBLIGATIONS DE L’EMPLOYEUR EN MATIÈRE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL	38
CHAPITRE 1 : LE MÉDECIN DU TRAVAIL, PIVOT INCONTOURNABLE À TOUTE DÉMARCHE RELATIVE À LA SANTÉ ET À LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL	40
SECTION 1 : L’ÉVOLUTION DU RÔLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL ET DE SA PLACE DANS LE SUIVI DE L’ÉTAT DE SANTÉ DES SALARIÉS	41
§1 – L’orientation du rôle du médecin du travail vers les situations les plus complexes	42
A – Un suivi individuel adapté au profit d’une approche pluridisciplinaire de la santé au travail	43
B – Le médecin du travail, seul habilité à émettre un avis relatif à la compatibilité entre l’état de santé du salarié et son poste de travail	47
1/ La remise en cause de la vérification systématique de l’aptitude médicale des salariés à occuper leur poste de travail	47
2/ L’adaptation du travail à l’Homme par le médecin du travail	49
a) Les préconisations individuelles d’aménagement, d’adaptation, de transformation de poste de travail et d’aménagement du temps de travail au cœur des missions du médecin du travail	49
b) L’avis médical d’inaptitude, la prévention tertiaire en dernier recours	52
§2 – Le secret médical, entre nécessité et frein à l’exercice des missions du médecin du travail.....	55

A – Le secret médical, indispensable à l’exercice des missions du médecin du travail.....	55
1/ Le secret médical, un principe déontologique au cœur de la santé au travail	56
2/ Le secret médical, indispensable à la relation de confiance entre le médecin du travail et le salarié et garant de la protection de la vie privée du salarié.....	59
B – Le secret médical, un potentiel frein à l’exercice des missions du médecin du travail.....	61
SECTION 2 : L’ÉCRIT, SUPPORT ESSENTIEL DE L’ACTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL.....	64
§1 – Le droit positif renforce la traçabilité des actions du médecin du travail dans le cadre du suivi individuel de l’état de santé des salariés	64
A – Le dossier médical en santé au travail, support indispensable à la traçabilité de l’état de santé du salarié et des expositions professionnelles	64
1/ La traçabilité, objectif premier du dossier médical en santé au travail	65
2/ La nécessité de vigilance du médecin du travail dans la rédaction du dossier médical en santé au travail	69
B – La traçabilité des avis émis par le médecin du travail, indispensable pour assurer l’effectivité de ses préconisations	73
1/ Les avis émis par le médecin du travail, des écrits qui s’imposent à l’employeur	73
a) L’encadrement réglementaire des avis émis par le médecin du travail	73
b) Les préconisations écrites du médecin du travail renforcées par la jurisprudence....	76
2/ Le formalisme de la procédure d’inaptitude et des recherches de reclassement par l’employeur.....	77
a) Le strict formalisme de l’avis d’inaptitude	78
b) La traçabilité de la recherche de reclassement par l’employeur.....	81
C – Des échanges écrits strictement réglementés entre le médecin du travail et ses confrères pour garantir le secret médical	84
1/ Des échanges limités entre le médecin du travail et les médecins du salarié	84
2/ Des échanges entre le médecin du travail et le médecin-conseil de la sécurité sociale strictement encadrés par la Loi	86
a) Les échanges entre le médecin du travail et le médecin-conseil de la sécurité sociale à l’issue de la visite médicale de préreprise	86
b) Les réponses apportées au médecin-conseil de la sécurité sociale dans le cadre de l’instruction d’une maladie professionnelle	88
§2 – Le droit positif renforce la traçabilité des actions du médecin du travail dans le cadre des actions sur le milieu de travail	89
A – La traçabilité de l’identification et de l’analyse des risques professionnels par le médecin du travail.....	91
a) La fiche d’entreprise, un levier efficace permettant à l’employeur d’élaborer une démarche de prévention des risques professionnels ?.....	92
b) Les études de poste, indispensables à l’adaptation du travail à l’Homme.....	96

c) Le devoir de signalement du médecin, outil de prévention collective des risques professionnels	98
B – La participation aux réunions du CSE, vecteur de coopération entre les différents acteurs dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail	102
§3 – Le rapport annuel d’activité, outil de traçabilité des actions du médecin du travail et des moyens mis en œuvre pour mener à bien ses missions.....	106
Conclusion du chapitre 1	110
CHAPITRE 2 : L’EMPLOYEUR, SEUL RESPONSABLE DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SALARIÉS.....	112
SECTION 1 : L’ÉVOLUTION DE L’OBLIGATION DE SÉCURITÉ DE RÉSULTAT DE L’EMPLOYEUR VERS UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS	113
§1 – De l’obligation générale de prévention à l’obligation de sécurité de résultat « absolue ».....	113
A – La logique de prévention des risques professionnels sous l’impulsion du droit européen	114
1/ L’obligation générale de prévention de l’employeur	114
2/ Le DUERP : un outil permettant la traçabilité des actions de l’employeur dans le domaine de la prévention des risques professionnels	117
B – L’extension sans limites de l’obligation de sécurité de résultat de l’employeur ?	120
1/ La naissance de l’obligation de sécurité de résultat de l’employeur et l’évolution de la notion de faute inexcusable	120
2/ L’extension controversée de l’obligation de sécurité de résultat aux maladies d’origine psychique et aux violences sur les lieux de travail	123
3/ La consécration de la prééminence de la protection de la santé des salariés sur le pouvoir de direction de l’employeur	127
4/ L’extension de l’obligation de sécurité de résultat même en l’absence d’atteinte avérée à l’état de santé du salarié.....	129
a) L’organisation des visites et examens médicaux, une obligation à la charge de l’employeur sous peine de manquement à son obligation de sécurité de résultat.....	129
b) La fourniture des équipements de protection individuelle et collective, une obligation générale de l’employeur	131
c) La protection des salariés contre le tabagisme passif.....	133
d) Le sentiment d’insécurité du salarié, un possible manquement de l’employeur à son obligation de sécurité de résultat	134
5/ L’obligation de sécurité du salarié, sans conséquence sur l’obligation de sécurité de l’employeur.....	135

§2 – Le renouvellement récent de l’obligation de sécurité de résultat, une incitation à la prévention des risques professionnels.....	139
A – Le rééquilibrage de l’obligation de sécurité de l’employeur vers une meilleure prise en compte de la prévention des risques professionnels	139
B – La primauté de la prévention des risques professionnels en matière de harcèlement moral	143
SECTION 2 : UNE COOPÉRATION ENTRE LE MÉDECIN DU TRAVAIL ET L’EMPLOYEUR QUI NE SE CONFOND PAS EN UNE DÉLÉGATION DE RESPONSABILITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL.....	146
§1 – L’articulation complexe des rôles respectifs du médecin du travail et de l’employeur dans la protection de la santé des salariés	146
A – Des échanges complexes entre l’employeur et le médecin du travail dans l’objectif conjoint de préservation de la santé des salariés	146
1/ Les échanges entre l’employeur et le médecin du travail : une nécessité soumise à un cadre réglementaire	147
a) Les échanges entre l’employeur et le médecin du travail dans le cadre du suivi individuel des salariés	147
b) Les échanges entre l’employeur et le médecin du travail dans le cadre des actions sur le milieu de travail.....	149
2/ Des échanges limités unilatéralement par le secret médical.....	151
a) Les informations médicales concernant les salariés inaccessibles à l’employeur	151
b) La nécessité d’une coopération renforcée entre le médecin du travail et l’employeur pour pallier l’absence d’informations médicales détenues par l’employeur	154
B – La communication entre l’employeur et le médecin du travail malmenée par des enjeux de pouvoir et de compétences.....	156
1/ La limitation du pouvoir de direction de l’employeur au profit des impératifs de santé	156
2/ La frontière tenue entre les compétences professionnelles et l’« aptitude » médicale du salarié.....	160
§2 – L’absence de délégation de responsabilité entre l’employeur et le médecin du travail quant à la protection de la santé des salariés.....	162
A – L’absence de préconisation de la part du médecin du travail ne peut délier l’employeur de ses obligations quant à la prévention des risques professionnels	163
1/ L’absence d’obligation systématique pour le médecin du travail d’émettre des préconisations	164
2/ La protection effective de la santé des salariés : une obligation à la charge de l’employeur même en l’absence de préconisation de la part du médecin du travail	165

B – Le strict respect par l’employeur des préconisations individuelles émises par le médecin du travail : une mesure parfois insuffisante pour garantir la protection de la santé des salariés	168
Conclusion du chapitre 2	172
Conclusion du titre 1.....	173
TITRE 2 : LES FONDEMENTS MULTIPLES DE LA JUDICIARISATION CROISSANTE DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL	175
CHAPITRE 1 : LA CROISSANCE DES CONTENTIEUX COMME REFLET DE LA COMPLEXITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL.....	177
SECTION 1 : LES DIFFÉRENTES PARTIES PRENANTES ET VOIES DE CONTENTIEUX, STIGMATE DE LA COMPLEXITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL.....	178
§1 – La contestation des avis médicaux individuels : une remise en cause du contentieux administratif	178
A – L’originalité du système de contestation des avis individuels émis par le médecin du travail.....	179
1/ La compétence exclusive de l’inspecteur du travail jusqu’au 31 décembre 2016	179
2/ Les modalités de contestation devant l’inspecteur du travail délimitées au fil des réformes et de la jurisprudence	182
B – La remise en question des modalités de contestation des avis individuels émis par le médecin du travail.....	185
1/ La montée en puissance du nombre de contestations à l’encontre des avis émis par le médecin du travail	185
2/ Le débat autour de la compétence de l’inspecteur du travail	186
§2 – L’extension de la saisine des tribunaux concernant les contentieux autour des avis émis par le médecin du travail	188
A – La complexité du nouveau contentieux devant le Conseil de prud’hommes selon la procédure accélérée au fond.....	188
1/ Les multiples transformations de fond du nouveau contentieux devant le Conseil de prud’hommes	189
a) Des précisions quant à la détermination des parties à l’instance devant le CPH	190
b) Le médecin inspecteur du travail de nouveau sur le devant de la scène	190
c) Le rôle du médecin mandaté par l’employeur	192
2/ La contestation des avis émis par le médecin du travail devant le CPH : vers la fin d’un droit à contestation pour les salariés ?.....	193
B – Le contentieux devant le tribunal d’instance et de grande instance, devenus le tribunal judiciaire	195

1/ La saisine du tribunal judiciaire en lien avec un vice de forme des avis émis par le médecin du travail	195
2/ Le développement du contentieux pour manquement des services de santé au travail dans l'accomplissement de leurs missions	198
§3 – Le contentieux auprès du Conseil de l'Ordre des médecins.....	200
A – Le Conseil de l'Ordre des médecins, une juridiction ordinale chargée du respect des principes déontologiques	200
1/ Les missions du Conseil de l'Ordre des médecins	200
2/ Les acteurs susceptibles de porter plainte contre le médecin du travail.....	201
3/ La procédure et les enjeux d'une plainte déposée devant le Conseil de l'Ordre des médecins.....	203
B – Les contentieux devant le Conseil de l'Ordre des médecins, signe d'une judiciarisation globale des relations de travail.....	205
SECTION 2 : L'AMBIGUÏTÉ ATAVIQUE DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL FRANÇAIS	
COMME TERREAU FERTILE AU DÉVELOPPEMENT DU CONTENTIEUX	210
§1 – L'absence de libre choix du médecin du travail par le salarié et par l'employeur	210
A – Le médecin du travail, un praticien imposé aux salariés et à l'employeur.....	210
1/ Le médecin du travail, un confident imposé aux salariés	211
2/ Le médecin du travail, un partenaire souvent imposé à l'employeur	214
B – L'absence de libre choix du médecin du travail nécessaire à une politique globale de prévention des risques professionnels et à la cohérence du suivi individuel des salariés	216
§2 – L'incompatibilité de la notion d'aptitude avec le principe du consentement éclairé du salarié	218
A – Le système de santé au travail en contradiction avec l'incompatibilité entre la médecine de prévention et la médecine de contrôle	218
1/ La notion d'aptitude, une notion relevant de la médecine de contrôle ?.....	219
2/ La vérification de l'aptitude médicale, nullement nécessaire pour assurer la protection de l'état de santé des salariés.....	221
B – L'atteinte au consentement éclairé du salarié	222
1/ Le devoir d'information du médecin du travail vis-à-vis des salariés.....	223
2/ La recherche du consentement éclairé du salarié.....	224
Conclusion du chapitre 1	229
CHAPITRE 2 : LES CAUSES MULTIFACTORIELLES DE LA CROISSANCE DES CONTENTIEUX EN SANTÉ AU TRAVAIL	
SECTION 1 : LES FONDEMENTS PLURIELS DES CONTENTIEUX À L'INITIATIVE DES SALARIÉS	
.....	232

§1 – La mutation du monde du travail, source possible de litiges en santé et sécurité au travail.....	232
A – L’augmentation des contraintes liées au travail, facteur d’intensification du travail	233
1/ L’augmentation des contraintes de rythme de travail	233
2/ Les nouvelles technologies de l’information et de la communication, facteurs d’intensification du travail.....	236
B – Les conséquences de l’intensification du travail sur la santé des salariés	237
1/ La croissance des risques psychosociaux en entreprise.....	237
2/ L’étude des accidents du travail et des maladies professionnelles, reflet de la dégradation des conditions de travail	239
§2 – Les contentieux autour des avis du médecin du travail, reflet d’un manquement de l’employeur dans ses obligations de protection de la santé et de la sécurité des salariés	244
A – Les salariés attentifs à la mise en place par l’employeur de conditions de travail respectant leur santé et leur sécurité	244
1/ Des préoccupations fortes en matière de santé et de sécurité au travail	244
2/ Les salariés attentifs au respect par l’employeur des avis émis par le médecin du travail	245
B – Le défaut de reclassement de l’employeur à la suite d’un avis d’inaptitude	248
§3 – La portée des avis émis par le médecin du travail.....	250
A – L’inaptitude, facteur de désinsertion professionnelle et sociale	251
B – Les préconisations individuelles d’aménagement de poste, sources possibles de tensions et de discriminations dans l’entreprise	253
Section 2 : Les fondements pluriels des contentieux à l’initiative des employeurs	256
§1 – La volonté de l’employeur d’un partage du préjudice financier ou d’une minoration de sa responsabilité civile en cas de défaillance du médecin du travail ou du service de santé au travail	256
A – La recherche de la responsabilité civile du médecin du travail ou du service de santé au travail.....	256
B – Les écrits du médecin du travail à l’origine de plaintes déontologiques.....	259
§2 – Les difficultés de mise en œuvre des préconisations individuelles accentuées par le manque de communication entre le médecin du travail et l’employeur.....	264
A – L’insuffisance de communication entre l’employeur et le médecin du travail	264
1/ Des difficultés de communication entre l’employeur et le médecin du travail ayant abouti à une modification de la législation.....	264
2/ La nécessaire amélioration de la communication entre l’employeur et le médecin du travail	267

B – Les motifs de contestation par l’employeur des avis émis par le médecin du travail.....	269
1/ La difficile mise en œuvre des avis émis par le médecin du travail	269
2/ Les coûts financiers directs et indirects inhérents aux avis émis par le médecin du travail	271
Conclusion du chapitre 2	274
Conclusion du titre 2.....	275
Conclusion de la partie 1	276
PARTIE 2 :.....	278
LA POSSIBLE RENAISSANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL APRÈS SON ESSOUFFLEMENT	
FACE AUX ENJEUX DE PROTECTION DE LA SANTÉ DES SALARIÉS	278
TITRE 1 : LA REMISE EN QUESTION DE L’EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL	
.....	280
CHAPITRE 1 : LES DÉFAILLANCES DES EMPLOYEURS ET DES SERVICES DE SANTÉ AU	
TRAVAIL DANS LA PROTECTION DE LA SANTÉ DES SALARIÉS	282
SECTION 1 : LA REMISE EN QUESTION DE L’EFFICACITÉ DES SERVICES DE SANTÉ AU	
TRAVAIL DANS L’ORGANISATION DU SUIVI INDIVIDUEL DE L’ÉTAT DE SANTÉ DES SALARIÉS	
.....	283
§1 – La mise en œuvre du suivi individuel de l’état de santé des salariés : une	
« formalité impossible » pour les services de santé au travail ?	284
A – Vers une amélioration de l’applicabilité des textes relatifs au suivi individuel de l’état de	
santé des salariés ?	285
1/ L’espace des visites et des examens médicaux : une réponse partielle aux	
problématiques de suivi individuel des salariés	285
2/ Les visites réalisées au moment de l’embauche paralysent le système de santé au travail	
.....	287
B – La chute de la démographie médicale : un frein au suivi en santé au travail des salariés	291
1/ La pénurie de temps médical : facteur de mise en échec du suivi en santé au travail des	
salariés	291
2/ Le manque d’attractivité de la profession de médecin du travail.....	294
§2 – La volonté des employeurs de ne plus financer un système de santé au travail	
défaillant.....	297
A – Les défaillances dans l’organisation du suivi individuel de l’état de santé des salariés à	
l’origine de contentieux en santé au travail	297
1/ La mise en cause de la responsabilité des employeurs et des services de santé au travail	
.....	297

2/ La recherche de solutions visant à limiter la responsabilité civile des employeurs et des services de santé au travail.....	299
B – La remise en cause de la pérennité des services de santé au travail	300
SECTION 2 : LA REMISE EN CAUSE DE L’EFFICACITÉ DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ DES SALARIÉS	304
§1 – LES INSUFFISANCES DES EMPLOYEURS ET DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL DANS LA PROTECTION EFFECTIVE DE LA SANTÉ DES SALARIÉS.....	305
A – Les contentieux en santé au travail, reflet des manquements des employeurs dans la protection de la santé des salariés	305
1/ La réparation du préjudice en cas de manquement des employeurs dans la protection de la santé des salariés	305
2/ Le rôle de l’inspection du travail dans la protection de la santé des salariés	309
B – L’efficacité des médecins du travail mise à mal par le temps de gestion des litiges en santé au travail.....	311
1/ La surcharge administrative liée à la gestion des litiges mettant en cause le médecin du travail	311
2/ Le temps consacré aux actions collectives minoré en raison de la gestion des situations individuelles conflictuelles.....	313
§2 – La protection de la santé des salariés : des obligations juridiques strictes à l’efficacité limitée	314
A – Les insuffisances de l’employeur et des services de santé au travail dans la démarche de prévention primaire des risques professionnels	315
1/ Une prévention insuffisante en dépit d’un cadre juridique strict	315
2/ Un DUERP et une fiche d’entreprise insuffisamment exploités et connectés	317
B – La recherche par l’employeur de la sécurisation juridique au détriment de la protection effective de la santé des salariés.....	321
Conclusion du chapitre 1	325
CHAPITRE 2 : L’ÉVOLUTION ATTENDUE DU CONTENTIEUX EN SANTÉ AU TRAVAIL EN LIEN AVEC LES DERNIÈRES RÉFORMES.....	327
SECTION 1 : LE DÉPLACEMENT DES ATTENTES DES SALARIÉS ET DES EMPLOYEURS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL	328
§1 – L’encadrement des obligations respectives de l’employeur et des services de santé au travail : vers une meilleure sécurisation juridique des parties.....	328
A – La restriction de l’obligation de recherche de reclassement de l’employeur	328
1/ La restriction du périmètre de recherche de reclassement de l’employeur	329
2/ La restriction du nombre de propositions de poste de reclassement.....	330

B – Les nouveaux modèles d’attestation de suivi individuel en santé au travail, favorables à la sécurisation juridique de l’employeur	332
1/ Une stricte séparation des avis d’inaptitude et des préconisations individuelles d’aménagement de poste.....	332
2/ Une limitation attendue des contentieux relatifs au formalisme de l’avis d’inaptitude	334
§2 – Des attentes accrues en matière de prévention collective des risques professionnels.....	335
A – L’évolution des missions du médecin du travail et de l’équipe pluridisciplinaire : un déplacement attendu des litiges vers les actions de prévention collective	336
1/ L’extension de la mission du médecin du travail à la protection de la sécurité des tiers évoluant dans l’environnement immédiat de travail des salariés	336
2/ Le renfort des attentes des employeurs relatives à la mission de conseil du médecin du travail	338
B – La détermination par l’employeur des postes présentant des risques particuliers pour la santé ou la sécurité des salariés	340
1/ La portée des conseils délivrés par le médecin du travail pour la détermination des postes présentant des risques particuliers	341
2/ L’importance de la détermination des postes présentant des risques particuliers pour la prévention des risques professionnels	342
SECTION 2 : DE NOUVEAUX RISQUES D’INSÉCURITÉ JURIDIQUE INDUITS PAR LES DERNIÈRES RÉFORMES.....	345
§1 – Le suivi individuel de l’état de santé des salariés et les échanges entre le médecin du travail et l’employeur, sources potentielles de nouveaux contentieux en santé au travail	345
A – Un nouveau suivi individuel marqué par des interrogations juridiques et pratiques	346
1/ L’orientation des salariés vers le médecin du travail à l’issue des visites réalisées par l’IDEST	346
2/ L’absence de délai spécifique concernant l’organisation des VIP pour les salariés en contrat à durée déterminée	348
B – Les difficultés liées à l’obligation d’échange avec le salarié et l’employeur en amont de toute préconisation individuelle d’aménagement de poste ou d’avis d’inaptitude émis par le médecin du travail	349
1/ Les difficultés rencontrées par les médecins du travail lors des échanges avec l’employeur dans le cadre des préconisations individuelles d’aménagement de poste ...	349
2/ Les échanges entre le médecin du travail et le salarié à l’issue de la procédure d’inaptitude	351
§2 – La complexité de la nouvelle procédure d’inaptitude	353

A – L'échec de la volonté de simplification de la procédure d'inaptitude	353
1/ La modification du délai entre les deux examens médicaux constatant l'inaptitude du salarié.....	354
2/ Le formalisme préalable à la déclaration d'inaptitude renforcé	356
B – La complexe interprétation des mentions juridiques dispensant l'employeur de recherche de reclassement	358
1/ La dispense par le médecin du travail de la recherche de reclassement de l'employeur	359
2/ La signification médicale et juridique des mentions dispensant l'employeur de recherche de reclassement.....	360
§3 – Les nouvelles modalités de contestation des avis émis par le médecin du travail	361
A – L'impossibilité de contestation des attestations de suivi individuel	362
B – La précision des rôles respectifs du médecin inspecteur du travail et du médecin mandaté par l'employeur dans le cadre des contestations d'avis.....	363
1/ Les échanges limités entre le médecin inspecteur du travail et le médecin du travail .	363
2/ La transmission des éléments médicaux au médecin mandaté par l'employeur	364
Conclusion du chapitre 2	366
Conclusion du titre 1.....	367
TITRE 2 : LES AXES D'AMÉLIORATION DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL	369
CHAPITRE 1 : LA NÉCESSAIRE UNITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL	371
SECTION 1 : LA REFONTE DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL	372
§1 – Le système de santé au travail, un réseau épars	372
A – La multiplicité des acteurs intervenant dans le système de santé au travail peu favorable à la prévention des risques professionnels	372
1/ Un système de santé au travail dispersé décrié par le rapport LECOCC.....	373
2/ L'unité du système de santé au travail proposée par le rapport LECOCC	374
B – Le défaut d'unité des services de santé au travail.....	377
1/ Une volonté ancienne de fusion des services de santé au travail interentreprises.....	377
2/ Le regroupement des services de santé au travail nécessaire à leur pérennité	379
§2 – L'unité des services de santé au travail nécessaire à l'efficacité du suivi en santé au travail des salariés	381
A – L'unité des services de santé au travail nécessaire à la traçabilité des expositions professionnelles.....	381
B – L'unité des services de santé au travail nécessaire à la prévention collective des risques professionnels	383
SECTION 2 : LE NÉCESSAIRE RENFORT DE L'ACCOMPAGNEMENT DES MÉDECINS DU TRAVAIL AUX SPÉCIFICITÉS DE LEUR MÉTIER.....	386

§1 – La nécessité d’améliorer la formation des médecins du travail dans certains domaines	386
A – Le médecin du travail, peu formé à l’animation et à la coordination de l’équipe pluridisciplinaire	387
1/ Les différentes voies offertes aux médecins pour exercer la médecine du travail	387
2/ La mission d’animation et de coordination de l’équipe pluridisciplinaire du médecin du travail	390
a) Le déploiement progressif de la pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail	390
b) La nécessaire formation des médecins du travail à l’animation et à la coordination d’équipe	391
B – Un nécessaire renfort de l’information et de la formation des médecins du travail dans le domaine juridique	394
1/ Le droit social, un droit mouvant	394
a) La réglementation encadrant les missions du médecin du travail	394
b) La réglementation relative à l’environnement du médecin du travail.....	396
2/ Le nécessaire accompagnement juridique quotidien des médecins du travail	398
§2 – L’harmonisation des pratiques concernant les écrits produits par les médecins du travail	399
A – L’indépendance professionnelle des médecins du travail.....	400
B – L’harmonisation des pratiques professionnelles des médecins du travail au travers de leurs écrits	402
1/ L’amélioration de la rédaction des avis émis par les médecins du travail	402
2/ L’amélioration de la rédaction du DMST et des certificats médicaux.....	406
Conclusion du chapitre 1	409
CHAPITRE 2 : UNE APPROCHE DÉCLOISONNÉE DU SUIVI EN SANTÉ AU TRAVAIL	411
SECTION 1 : LE NÉCESSAIRE RAPPROCHEMENT DE LA SANTÉ AU TRAVAIL ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE	412
§1 – Une politique de santé au travail intégrée aux politiques de santé publique pour une meilleure efficacité du suivi en santé au travail des salariés	412
A – L’impulsion des politiques publiques pour un rapprochement entre la santé au travail et la santé publique	412
1/ Le décloisonnement progressif de la santé publique et de la santé au travail	413
2/ La promotion de la transversalité entre la santé au travail et la santé publique dans le 3 ^e PST	415
B – La nécessité de poursuivre le décloisonnement entre la santé au travail et la santé publique.....	416

1/ La nécessité de renforcer les échanges entre le médecin du travail et la médecine de ville par l'amélioration de l'actuel dossier médical partagé	417
2/ Le décloisonnement entre la santé au travail et la santé publique favorable à la prévention de la désinsertion professionnelle et des risques professionnels	420
a) La possibilité de prescription d'un arrêt de travail initial par le médecin du travail favorable à la prévention de la désinsertion professionnelle	420
b) Le décloisonnement entre la santé publique et la santé au travail favorable à une meilleure prévention des risques professionnels en entreprise	421
§2 – Écarter les ambiguïtés liées au rôle de préventeur du médecin du travail	422
A – La nécessité d'affirmer le principe du consentement éclairé du salarié en santé au travail	422
1/ L'absence d'obligation en santé au travail de respecter le consentement du salarié ..	422
2/ La nécessité d'intégrer dans le Code du travail le principe du respect du consentement du salarié	424
B – Réaffirmer de manière cohérente le principe selon lequel le médecin de prévention ne peut être médecin de contrôle	427
1/ L'ambiguïté du rôle du médecin du travail	427
2/ La réaffirmation de la séparation stricte des rôles de médecin de prévention et de médecin chargé de vérifier l'aptitude des salariés	429
SECTION 2 : UN SUIVI INDIVIDUEL DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES SALARIÉS PLUS PERTINENT AU PROFIT DU DÉVELOPPEMENT DE LA PRÉVENTION PRIMAIRE	432
§1 – La continuité et la cohérence du suivi individuel de l'état de santé des salariés ..	432
A – Supprimer les freins à la traçabilité des expositions professionnelles par l'utilisation d'un numéro d'identifiant unique pour les salariés	432
1/ La pertinence de l'utilisation d'un numéro d'identifiant unique par les services de santé au travail	433
2/ Le numéro d'identifiant unique nécessaire pour améliorer l'efficacité du suivi individuel de l'état de santé des salariés et la traçabilité des expositions professionnelles	434
B – La remise en cause de la pertinence des modalités de suivi individuel de l'état de santé des salariés	436
1/ La projection d'un suivi individuel déconnecté du contrat de travail	436
2/ La fin du suivi individuel systématique de l'état de santé des salariés	438
§2 – La prévention primaire, au cœur de l'efficacité du système de santé au travail ..	440
A – Le renfort de la « culture de prévention » et de la coopération entre les différents acteurs	440
1/ Renforcer la « culture de prévention » en entreprise	441
a) Une « culture de prévention » en déploiement	441

b) Les avantages pour les entreprises d'investir dans une démarche active de prévention primaire des risques professionnels.....	444
2/ Renforcer le dialogue et la coopération entre les différents acteurs	445
B – Le renfort de l'efficacité des actions collectives réalisées par le médecin du travail et par l'équipe pluridisciplinaire	447
1/ Développer les actions sur le milieu de travail pour une meilleure prévention primaire des risques professionnels.....	447
2/ La nécessaire fusion de la fiche d'entreprise et du DUERP pour un renfort de l'efficacité de la prévention des risques professionnels	449
Conclusion du chapitre 2	451
Conclusion du titre 2.....	452
Conclusion de la partie 2	453
CONCLUSION GÉNÉRALE	454
BIBLIOGRAPHIE.....	458
INDEX.....	498
ANNEXES.....	503
TABLE DES MATIÈRES	507

LA JUDICIARISATION DES AVIS DU MÉDECIN DU TRAVAIL ET ENJEUX EN SANTÉ AU TRAVAIL

Résumé : La santé et la sécurité au travail constituent une préoccupation majeure pour l'ensemble des acteurs institutionnels agissant dans le domaine de la prévention, mais également pour les salariés eux-mêmes. En première ligne, l'employeur doit, dans le cadre de son obligation de sécurité, assurer la protection de la santé des salariés, en s'appuyant sur les compétences de plusieurs organismes, dont les services de santé au travail au sein desquels le médecin du travail joue un rôle clé. Malgré un arsenal d'obligations destinées à protéger la santé des salariés, nous assistons ces dernières années à une judiciarisation croissante des questions relatives à la santé au travail, laquelle témoigne notamment d'une insuffisance en termes de prévention des risques professionnels de la part de l'employeur. Néanmoins, ce dernier n'est pas le seul acteur à mettre en cause dans un système de santé au travail qui présente des lacunes à plusieurs niveaux. Au sein de ce système, le médecin du travail tient un rôle de premier ordre dans la protection de la santé des salariés par le biais des préconisations individuelles et collectives qu'il émet, lesquelles font l'objet de contentieux l'impliquant parfois directement, engageant ainsi sa responsabilité civile, déontologique, voire pénale. L'analyse des contentieux passés et actuels et de leurs motivations couplée à l'étude de l'évolution des missions des services de santé au travail nous permet d'anticiper un développement de ce contentieux, lequel pourrait à terme mettre en échec le système de santé au travail dans son ensemble. Dans ce contexte, l'amélioration de la protection de la santé des salariés ne sera rendue possible qu'au prix d'une réforme de grande ampleur de notre système de santé au travail afin de voir émerger un nouveau système plus efficient et plus pertinent, notamment en accordant la place qu'ils méritent à la mission préventive du médecin du travail et au consentement libre et éclairé des salariés.

Mots clefs : judiciarisation, médecin du travail, service de santé au travail, employeur, obligation de sécurité, prévention, contentieux, système de santé au travail

JUDICIALIZATION OF OCCUPATIONAL HEALTH PRACTITIONER'S REPORTS AND ISSUES IN THE FIELD OF OCCUPATIONAL HEALTH

Abstract : Occupational safety and health are a major concern for all the institutional actors working in the field of prevention but also for employees themselves. On the front line, the employer has to ensure employees' safety, as part of their safety obligation, using different organizations' skills such as occupational health services' for which the occupational health practitioner plays a key role. Despite the arsenal of obligations meant to protect employees' health, in recent years we have been witnessing a growing judicialization of questions related to the field of occupational health, which reveals especially a deficiency in terms of prevention of professional risks on behalf of the employer. Nevertheless, in this occupational health system that is dysfunctional on several levels the employer is not the only one to put the blame on. In this system, the occupational health practitioner plays a leading role when it comes to the protection of employees' health, via the individual and collective recommendations they deliver. Those recommendations can become the object of legal disputes, sometimes involving the practitioner directly, leading to the engagement of their civil, deontological and even criminal responsibility. The analysis of past and present legal disputes and their motivations coupled with a study on the evolution of occupational health services' missions, allow us to foresee the development of this legal dispute, which could ultimately foil the whole occupational health system. In this context, the improvement of employees' health's protection will only be made possible at the expense of a large-scale reform of our occupational health system so as to allow a more efficient and more relevant system to emerge, especially by granting the rank they deserve to both occupational health practitioner's preventive missions and employees' free and informed consent.

Keywords: judicialization, occupational health practitioner, occupational health service, employer, safety obligation, prevention, legal dispute, occupational health system

Unité de recherche/ Research unit : CRDP – LEREDS. 1, place Déliot, 59000 LILLE, <http://crdp.univ-lille2.fr>
École doctorale/ Doctoral school : École doctorale des sciences juridiques, politiques et de gestion, n° 74, 1 place Déliot, 59000 LILLE, ecodoc.univ-lille2.fr, <http://edoctrale74.univ-lille2.fr>
Université/ University : Université Lille, 42 rue Paul Duez, 59000 Lille, <http://www.univ-lille.fr>