

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur : ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite de ce travail expose à des poursuites pénales.

Contact : portail-publi@ut-capitole.fr

LIENS

Code la Propriété Intellectuelle – Articles L. 122-4 et L. 335-1 à L. 335-10

Loi n° 92-597 du 1^{er} juillet 1992, publiée au *Journal Officiel* du 2 juillet 1992

<http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg-droi.php>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



THÈSE



En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par l'Université Toulouse 1 Capitole (UT1 Capitole)
Discipline ou spécialité : **Droit Privé et sciences criminelles**

Présentée et soutenue par **Bertrand DUPOUY**
Le **mardi 23 octobre 2018**

LA MÉDECINE DU TRAVAIL
Étude juridique au service d'une meilleure prévention
des risques professionnels

JURY :

Monsieur Christophe RADÉ,
Professeur à l'Université Bordeaux (Rapporteur).

Madame Sophie FANTONI-QUINTON,
Professeur à l'Université Lille 2 (Rapporteur).

Monsieur Frédéric GUIOMARD,
Professeur à l'Université Toulouse 1 Capitole.

Directrice de thèse :
Madame Lise CASAUX-LABRUNÉE,
Professeur à l'Université Toulouse 1 Capitole.

École doctorale des Sciences juridiques et politiques (SJP)
Unité de recherche : Institut de Droit Privé (IDP) EA 1920

*L'université n'entend ni approuver, ni désapprouver les opinions particulières du
candidat.*

*A ma mère,
Qui a respecté mes choix et partagé mes doutes,*

*A lui,
Que j'aime tant et dont je mesure tous les jours
la grandeur d'âme et la bienveillance à mon égard,
en toutes circonstances,*

*A ma famille,
Qui m'a toujours soutenu,*

*A mon amie Marion,
A qui je voue une grande admiration
pour sa fulgurance d'esprit et son courage, et que
je remercie pour sa relecture et ses nombreuses attentions,*

*A mes amis
Anthony, Aurélien, Fanny, Jérémie, Julien, Louis,
et leur moitié, ou tiers
Qui ont fait preuve d'une grande patience,*

*A Madame le Professeur Lise Casaux-Labrunée,
Que je remercie avec toute la gratitude, le respect
et l'affection, pour m'avoir aidé, soutenu, bousculé, toujours dans mon seul
intérêt,*

*Aux jeunes chercheurs très prometteurs du
Département Droit des activités professionnelles
de l'Institut de Droit Privé,
Et aux plus anciens,
Geoffrey, mon partenaire de Master 2 et de thèse,
Sarah, Carole, Delphine et Grégory pour leur
bonne humeur et leurs précieux conseils*

*A celui dont j'admire le parcours, l'intelligence, la
simplicité et l'empathie, devenu un ami précieux,*

PLAN SOMMAIRE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

PARTIE 1. UNE MÉDECINE PARTAGÉE ENTRE CONTRÔLE ET CONSEIL

Titre 1. Une médecine principalement orientée vers le contrôle de l'aptitude au travail

Chapitre 1. Le principe du contrôle de l'aptitude pour les postes à risques

Chapitre 2. L'exception du contrôle de l'aptitude pour les postes sans risque particulier

Titre 2. Une médecine secondairement orientée vers le conseil en prévention

Chapitre 1. Le double objet du colloque singulier

Chapitre 2. La double vocation du conseil

PARTIE 2. POUR UNE MÉDECINE RECENTRÉE SUR LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Titre 1. Une médecine au service de la santé des travailleurs

Chapitre 1. Le renforcement du colloque singulier entre le médecin du travail et le travailleur

Chapitre 2. L'intégration de la santé au travail dans le champ de la santé publique

Titre 2. Une médecine au service de l'amélioration du milieu de travail

Chapitre 1. Favoriser une meilleure connaissance des conditions de travail

Chapitre 2. Transformer la médecine du travail en véritable médecine d'expertise de la pathologie professionnelle

CONCLUSION GÉNÉRALE

PRINCIPALES ABRÉVIATIONS

A.	Arrêté
act.	Actualités
Aff.	Affaire
<i>AJDA</i>	<i>Actualité juridique de droit administratif</i>
Al.	Alinéa
AN	Assemblée nationale
ANI	Accord national interprofessionnel
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSP	Agence nationale de santé publique
APSMT	Association patronale de santé en milieu de travail
ARACT	Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail
<i>Arch. Mal. Pro.</i>	<i>Archives des maladies professionnelles et de l'environnement</i>
ARS	Agence régionale de santé
Art.	Article
A-SMT	Association santé et médecine du travail
Ass.	Assemblée
Ass. Plén.	Assemblée plénière de la Cour de cassation
AT-MP	Accidents du travail et maladies professionnelles
<i>B.I.C.C</i>	<i>Bulletin d'Information de la Cour de Cassation</i>
<i>BO</i>	<i>Bulletin officiel</i>
<i>BS Lefebvre</i>	<i>Bulletin social Francis Lefebvre</i>
<i>Bull. Civ.</i>	<i>Bulletin des arrêts des chambres civiles de la Cour de cassation</i>
<i>Bull. Crim.</i>	<i>Bulletin des arrêts de la chambre criminelle de la Cour de cassation</i>
<i>Bull. Ordre méd.</i>	<i>Bulletin de l'Ordre des médecins</i>

CA	Cour d'appel
CAA	Cour administrative d'appel
<i>Cah. SMT</i>	<i>Les cahiers de l'Association santé et médecine du travail</i>
<i>Cah. Soc.</i>	<i>Cahiers sociaux du barreau de Paris</i>
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
Cass. ass. plén.	Assemblée plénière de la Cour de cassation
Cass. ch. mixte	Chambre mixte de la Cour de cassation
Cass. civ., 1 ^{ère}	1 ^{ère} Chambre civile de la Cour de cassation
Cass. civ., 2 ^{ème}	2 ^{ème} Chambre civile de la Cour de cassation
Cass. civ., 3 ^{ème}	3 ^{ème} 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
C. civ.	Code civil
CCN	Convention collective nationale
CDD	Contrat à durée déterminée
<i>CDE</i>	<i>Cahiers du droit de l'entreprise</i>
C. déont. méd.	Code de déontologie médicale
CDI	Contrat à durée indéterminée
CE	Conseil d'Etat
CEDH	Cour Européenne des droits de l'Homme
CEDS	Comité Européen des Droits Sociaux
CESE	Conseil économique, social et environnemental
Chap.	Chapitre
chron.	chronique
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
Circ.	Circulaire
CISME	Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise
CIT	Conférence internationale du travail
Civ.	Arrêt d'une chambre civile de la Cour de cassation
CJUE	Cour de justice de l'Union Européenne
CMR	Agents chimiques cancérigènes, mutagènes et toxiques
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNIL	Commission Nationale de l'informatique et des Libertés

CNOI	Conseil national de l'Ordre des infirmiers
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
COCT	Comité d'orientation des conditions de travail
COG	Convention d'objectifs et de gestion
comm.	Commentaire
Concl.	Conclusions
Cons. const.	Conseil Constitutionnel
Cons. prud'h.	Conseil de prud'hommes
Const.	Constitution
Conv. int.	Convention internationale
C3P	Compte personnel de prévention de la pénibilité
CPA	Compte personnel d'activité
C. pén.	Code penal
CPF	Compte personnel de formation
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
C. santé pub.	Code de la santé publique
CSE	Comité social et économique
C. sport	Code du sport
CSS	Code de la sécurité sociale
C. trav.	Code du travail
D.	Décret
<i>D.</i>	<i>Recueil Dalloz</i>
DARES	Direction de l'animation, de la recherche des études et des statistiques
D.D.H.C.	Déclaration des droits de l'homme et du citoyen
<i>Defrénois</i>	<i>Répertoire du notariat Defrénois</i>
Dél.	Délibération
DGS	Direction générale de la santé
DGT	Direction générale du travail
Dir.	Directive
DIRECCTE (la)	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

DIRECCTE (le)	Directeur de la DIRECCTE
DMP	Dossier médical partagé
DMST	Dossier médical en santé au travail
Doc. fr.	Documentation française
DP	Délégués du personnel
<i>Dr. soc.</i>	<i>Droit social</i>
<i>Dr. ouvr.</i>	<i>Droit ouvrier</i>
DUERP	Document unique d'évaluation des risques professionnels
Ed.	Edition
Egal.	Egalement
Fasc.	Fascicule
<i>Gaz. Pal.</i>	<i>Gazette du Palais</i>
HAS	Haute autorité de santé
<i>Ibid.</i>	Au même endroit
<i>Idem</i>	Le ou la même
IGAENR	Inspection générale de l'administration de l'Education nationale et de la Recherche
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INERIS	Institut national de l'environnement industriel et des risques des accidents du travail et des maladies professionnelles
<i>Infra</i>	Ci-dessous, plus loin
INRS	Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention
Instr.	Instruction
InVS	Institut de veille sanitaire
IPRP	Intervenants en prévention des risques professionnels
I.R.	Informations rapides (du Recueil Dalloz)
IST	Infirmiers en santé au travail
<i>JCI</i>	<i>JurisClasseur</i>
<i>JCP</i>	<i>Juris-Classeur Périodique (semaine juridique)</i>

<i>JCP G.</i>	<i>Juris-Classeur Périodique, édition générale (semaine juridique)</i>
<i>JCP E.</i>	<i>Juris-Classeur Périodique, édition entreprise (semaine juridique)</i>
<i>JCP N.</i>	<i>Juris-Classeur Périodique, édition notariale (semaine juridique)</i>
<i>JCP S.</i>	<i>Juris-Classeur Périodique, édition sociale (semaine juridique)</i>
<i>JMT</i>	<i>Journal des médecins du travail</i>
<i>JO</i>	<i>Journal officiel</i>
<i>JOAN Q</i>	<i>Journal officiel de l'Assemblée nationale (réponses ministérielles à questions écrites)</i>
<i>JOCE</i>	<i>Journal officiel des Communautés européennes</i>
<i>JPSP</i>	<i>Le journal des professionnels de santé au travail</i>
<i>JSL</i>	<i>Jurisprudence sociale Lamy</i>
Jurispr.	Jurisprudence
L.	Loi
L.G.D.J	Librairie générale de droit et de la jurisprudence
<i>Liaisons Soc.</i>	<i>Liaisons Sociales</i>
<i>Liaisons Soc. Q.</i>	<i>Liaisons Sociales Quotidien</i>
Loc. Cit.	<i>Loco citatis</i> (endroit cité)
<i>LPA</i>	<i>Les Petites Affiches</i>
MEDEF	Mouvement des Entreprises de France
Mél.	Mélanges
MSA	Mutualité sociale agricole
N°	Numéro
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
Obs.	Observation
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
<i>Op. cit.</i>	<i>Opus citatis</i> (ouvrage cité)
OPPBTB	Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics

Ord.	Ordonnance
p.	page
PME	Petites et moyennes entreprises
Préc.	Précité(e)
PRST	Plan régional de santé au travail
PST	Plan santé au travail
PUAM	Presse Universitaire d'Aix Marseille
PUF	Presse Universitaire de France
PUSST	Presse de l'Université des Sciences Sociales de Toulouse
QVT	Qualité de vie au travail
Rapp.	Rapport
<i>RDC</i>	<i>Revue des contrats</i>
<i>RDSS</i>	<i>Revue de droit sanitaire et social</i>
<i>RDT</i>	<i>Revue de droit du travail</i>
<i>Rec.</i>	<i>Recueil</i>
<i>Rép. civ.</i>	<i>Répertoire civil Dalloz</i>
Rép. min.	Réponse ministérielle
<i>Rep. Trav.</i>	<i>Dalloz, Répertoire Travail</i>
Req.	Chambre des requêtes de la Cour de Cassation
<i>Rev. Lam. dr. civ.</i>	<i>Revue Lamy droit civil</i>
RH	Ressources humaines
<i>RJS</i>	<i>Revue de Jurisprudence Sociale</i>
<i>RLDC</i>	<i>Revue Lamy droit civil</i>
RPS	Risques Psychosociaux
<i>RTD civ.</i>	<i>Revue trimestrielle de droit civil</i>
s.	suivant
<i>S.</i>	<i>Recueil Sirey</i>
<i>Santé et Travail</i>	<i>Revue Santé et Travail</i>
Sect.	Section
SMIC	Salaires minimum interprofessionnel de croissance

SNPST	Syndicat national des professionnels de santé au travail
Somm.	Sommaire
<i>SSL</i>	<i>Semaine sociale Lamy</i>
SST	Service de santé au travail
SSTA	Service de santé au travail autonome
SSTI	Service de santé au travail interentreprises
SUMER	Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels
Suppl.	Supplément
<i>Supra</i>	Ci-dessus, plus haut
t.	tome
TA	Tribunal administratif
TASS	Tribunal des affaires de la sécurité sociale
T. confl.	Tribunal des conflits
TGI	Tribunal de grande instance
TI	Tribunal d'instance
TIC	Technologies de l'information et de la communication
TMS	Troubles musculo-squelettiques
TPE	Très petites entreprises
<i>TPS</i>	<i>Travail et Protection sociale</i>
UE	Union européenne
V.	Voir
Vol.	Volume



INTRODUCTION GÉNÉRALE

1. Une médecine originale. Selon l'adage latin « *omnium artium medicina nobilissima* », de tous les arts, la médecine est le plus noble. Cela peut s'illustrer par sa finalité de rétablissement, de préservation, de promotion de la santé, mais aussi par les valeurs de respect, de volonté, d'intimité et de confiance des personnes affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité qu'elle exige¹. Parce que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain »², la protection de la santé et de la sécurité au travail constitue le socle sur lequel le droit du travail s'est construit et qui a peu à peu donné naissance à une médecine spécifique, la médecine du travail. Le champ d'investigation de cette pratique médicale présente une double originalité : sa dimension préventive par la recherche de la préservation de la santé physique mais aussi mentale des travailleurs, et le dépassement du champ de la personne humaine par l'action sur le milieu de travail, avec l'étude des postes et des conditions de travail. Malgré ses objectifs ambitieux, la médecine du travail, souvent décriée, souffre d'un déficit de considération. Cette image peu flatteuse se nourrit d'un sentiment d'inutilité parfois ressenti par les principaux intéressés, les travailleurs salariés. Le caractère exclusivement préventif de cette médecine n'est peut-être pas pour rien à cet état de fait. En effet, la médecine est entendue comme un art destiné à soigner. Or, et c'est la particularité de la médecine du travail, elle n'est pas une médecine de soins mais une médecine de prévention. Conformément à la loi de 1942³, confirmée par celle de 1946⁴, le champ d'application de la médecine du travail est, pour l'essentiel, le travail salarié⁵. Au-delà du contexte français, la médecine du travail est l'exercice professionnel d'un médecin, généralement spécialisé⁶, visant à établir un lien entre le travail et la santé, à partir d'une approche clinique et d'une analyse des conditions de travail. Telle que nous l'entendons aujourd'hui en France, la médecine du travail est un ensemble organisé de moyens au service de la préservation de la santé des travailleurs.

¹ Serment d'Hippocrate.

² Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 Etats le 22 juillet 1946.

³ L. n° 625, 28 juill. 1942, Organisation de services médicaux et sociaux du travail, organisation des services médicaux : rôle de ces services, JORF du 29 juillet 1942, p. 2607.

⁴ L. n° 46-2195, 11 oct. 1946, relative à l'organisation des services médicaux du travail.

⁵ C. trav., art. L. 4111-1.

⁶ Contrairement à la France, en Grande-Bretagne, la médecine du travail peut être pratiquée par des médecins généralistes ou des médecins spécialisés en médecine du travail, spécialité officiellement reconnue seulement depuis 1978.

2. Les précurseurs. Avant la loi du 11 octobre 1946⁷, considérée comme véritable acte fondateur de la médecine du travail⁸, on peut noter la prise de conscience, très tôt dans l'histoire de l'humanité⁹, du fait que le travail, ou plus exactement l'activité physique, pouvait être génératrice de risques pour la santé. En effet, dès l'Antiquité, et même plus avant, nous pouvons trouver trace d'objets ou d'outils, qui, aux environs de 80 000 av. J.-C., témoignent d'un souci de sécurité et de confort de travail, parfois même d'une tentative d'adaptation ergonomique¹⁰. L'avènement de la métallurgie¹¹ sera accompagné d'une volonté de protection non seulement en matière d'armes, mais aussi d'outils ménagers ou artisanaux. À l'époque de l'Égypte pharaonique, un papyrus, de 2500 avant J.-C.¹², contient la description d'un lumbago aigu d'origine accidentelle développé par un ouvrier ayant travaillé à la construction d'une pyramide¹³. Ces quelques éléments épars témoignent de la précocité de la conscience du risque lié au maniement des outils. C'est l'ère hellénistique qui marque un véritable tournant en médecine avec Hippocrate (460-380 av. J.-C.) qui, en plus de son célèbre serment, va, dans ses œuvres, donner les premières descriptions objectives d'affections pathologiques et, notamment, l'asthme, touchant plus fréquemment certaines professions comme les tailleurs, les pêcheurs et les métallurgistes, ou la colique de plomb dont étaient atteints les ouvriers travaillant à l'extraction de ce dernier. Ainsi, un lien entre santé et travail est établi. De plus, Claude Galien (env. 131-201), médecin de l'empereur romain Marc Aurèle (121-180), a produit plusieurs centaines de traités lors de son passage à l'école des gladiateurs dont l'un d'entre eux est relatif à la mortalité des mineurs de cuivre. À l'époque romaine, également, on trouve des allusions aux maladies professionnelles chez Pline l'Ancien (23-79),

⁷ L. n° 46-2195, 11 oct. 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail.

⁸ H. Desoille, *La médecine du travail*, Que sais-je ?, n° 166, P.U.F., 1958.

⁹ S. Leuridan, M. Mereau, *2000 ans d'histoire de la médecine du travail*, Les éditions de l'encre vive, 2006, 79 p.

¹⁰ Hache de pierre polie trouvée permettant la fixation d'un manche empêchant l'outil de s'échapper, d'une faucille néolithique en bois et silex découverte en Égypte présentant un rebord protégeant le poignet du tireur à l'arc.

¹¹ Vers -9 000/-8 000 : début du travail des métaux (cuivre) ; v. -2 800 : début de l'âge du bronze (Chine, puis en Égypte vers -2 700).

¹² Le titre de « grand médecin » est inscrit sur la tombe de Metm, médecin égyptien chargé de veiller sur l'état de santé des ouvriers et esclaves des grands chantiers des pyramides, v. J. Thorwald, *Histoire de la médecine dans l'Antiquité*, Hachette, 1966, 327 p.

¹³ Dès la quatrième dynastie (2575-2465 av. J.-C.), certaines communautés égyptiennes connaissaient une organisation sanitaire. Ce papyrus attribue le titre de « médecin des serfs » ou « médecin des colons » et le charge de veiller sur « l'état de santé des ouvriers et esclaves employés sur les grands chantiers ». Les Égyptiens avaient donc mis en rapport la maladie de travailleurs et leur travail. Sous la 19^e dynastie, des documents signalent « un chef de médecin de la nécropole thébaine ». Ces médecins étaient affectés aux travailleurs du chantier de la nécropole, dont un, selon le papyrus de Leyde de 1350 av. J.-C., était « médecin du temple funéraire ». Il ressort en outre de l'étude des graffitis des parois d'une carrière de Hatnoub, ville de la moyenne Égypte, sur la rive orientale du Nil, les prémices d'une véritable organisation médicale dans les mines et les carrières.

encyclopédiste romain, puis Julius Pollux¹⁴, philologue et rhéteur du II^e siècle. C'est Lucrèce (env. 98-55) qui met en avant le drame des mineurs du mercure. Plus tard, Vitruve, architecte romain du I^{er} siècle av. J.-C., signale le danger des canalisations de plomb. Au II^e siècle, Celse, encyclopédiste, parle de l'intoxication par la céruse dans son ouvrage *De Medicina*. Tous les historiens ne sont pas d'accord pour établir qui a écrit le premier ouvrage sur les pathologies professionnelles. Parmi les prétendants, on peut citer le médecin provençal Arnaud de Villeneuve (env. 1240-1311) qui, au XIII^e siècle, consacre, dans deux de ses ouvrages, des chapitres spécifiques à « l'hygiène professionnelle » et aux « maladies des métiers »¹⁵ dans lesquels sont analysés plusieurs facteurs pouvant causer des troubles aux ouvriers. De plus, il rajoute, et c'est notamment en cela qu'il est particulièrement avant-gardiste, les mauvaises postures de travail. « Des mineurs et le mal des montagnes et autres maladies des mineurs », dans lequel Paracelse (1493-1541) – alchimiste, astrologue et médecin suisse – décrit les risques professionnels liés à l'extraction des minerais, au travail des métaux et aborde leur traitement ainsi que les stratégies de prévention, est l'œuvre qui lui vaut d'être qualifié, par certains, de précurseur de la médecine du travail. En outre, en 1604, Henri IV (1553-1610) ordonne le prélèvement dans chaque mine d'une portion de minerai destinée à financer le secours des blessés pauvres et encourager au travail dans ces mines. Dans la même logique, sous le règne de Louis XIV (1643-1715), Colbert (1619-1683) met en place une politique économique interventionniste à destination des travailleurs des arsenaux. Selon d'autres, le vrai fondateur de la médecine du travail serait le Dr Bernardino Ramazzini (1633-1714), auteur d'un « Traité des maladies des artisans »¹⁶, qui a enseigné à l'Université de Padoue dans le domaine des accidents du travail et de la pathologie professionnelle. Cet ouvrage scientifique, maintes fois réédité, dans lequel l'accent est mis sur l'hygiène, la sécurité et l'amélioration des conditions de travail en investissant les lieux de travail, recouvre également une dimension sociale en reconnaissant la dette que la société contracte à l'égard

¹⁴ Les savants de langue arabe vont jouer un rôle capital dans la transmission et l'enrichissement des manuscrits antiques et la science des maladies professionnelles, encore parcellaire, va se propager durant le XII^e siècle de l'Espagne vers la Provence (v. M. Valentin, *Travail des hommes et savants oubliés*, éd. Docis 1978).

¹⁵ Dans un de ses traités les plus importants, « *de regimine sanitatis* », il passe en revue tous les aspects de l'hygiène, dont l'hygiène des métiers. Il y préconise la modération et l'équilibre : équilibre entre exercices du corps et repos, entre périodes de veille et sommeil, entre travail intellectuel et délasserment, équilibre encore dans l'alimentation qui doit être variée et régulière quant au rythme des repas. Il traite également de la façon de se vêtir, selon que l'on travaille à l'intérieur ou à l'extérieur, selon que l'on veuille se prémunir du soleil ou du froid...

¹⁶ Dans son ouvrage *Diatriba de morbis artificum* (*Traité des maladies des artisans*), en 1701, et son supplément, en 1713, Ramazzini y étudie plus de cinquante professions et pathologies associées, allant de la silicose des tailleurs de pierres, aux varices des gentilshommes de la cour d'Espagne. Cet ouvrage, contenant de véritables études de poste de travail décrites avec leur pathologies et leurs préventions, fit longtemps référence, constituant ainsi la première étude fondamentale des maladies professionnelles.

de ceux qui travaillent. Sensible au concept de « souffrance au travail », il a observé les travailleurs dont le sort n'était jusqu'alors pas une préoccupation majeure. Par l'étude de nombreux métiers, de leurs pathologies induites et des mesures de prévention dédiées, Ramazzini est aussi présenté comme le précurseur de la médecine du travail, même si quelques voix dissonantes peuvent discuter cette généalogie aujourd'hui¹⁷. Autre médecin important dans la genèse de la médecine du travail, Percivall Pott (1713-1788), chirurgien britannique, a identifié, pour la première fois, la cause d'origine chimique d'un cancer professionnel¹⁸, en établissant la responsabilité de la suie dans le cancer du scrotum développé par des petits ramoneurs de Londres. Benjamin Franklin (1706-1790) établit le rôle de la toxicité du plomb dans l'apparition du saturnisme, maladie contractée par des cristalliers et des céramistes¹⁹. En France, en 1807, suite au rapport du Conseil de salubrité²⁰ chargé de la visite, de l'examen et des rapports concernant les manufactures, ateliers et autres établissements, le préfet de police Dubois fait état d'une vigilance particulière sur l'état physique lamentable des ouvriers. Au-delà de ces questions de filiation intellectuelle, le mouvement de médicalisation de la classe ouvrière engagé sous la III^e République (1870-1940) va engendrer l'intervention progressive du médecin dans les relations de travail²¹. Ainsi, à la transition entre une société agricole et artisanale et une société industrielle et commerciale, la révolution industrielle est l'élément déclencheur de la création de la médecine du travail. C'est dans ce contexte d'émergence de nouveaux risques professionnels et de conditions de travail très difficiles engendrant un nombre considérable de victimes du travail que va naître une législation sociale. Louis-René Villermé (1782-1863) – médecin et

¹⁷ J.-C. Devinck, *La création de la médecine du travail en France 1914-1916*. Mémoire EHESS, 2001 ; S. Buzzi, J.-C. Devinck, P.-A. Rosental, *La santé au travail 1880-2006*, La Découverte, 2006 ; A.-S. Bruno, E. Geerkens, N. Hatzfeld, C. Omnès, *La santé au travail entre savoirs et pouvoirs (XIX^e-XX^e siècles)*, PUR, 2011 ; V. Julien, *Ramazzini n'est pas le précurseur de la médecine du travail*. Médecine, travail et politique avant l'hygiénisme, Genèses, 2012-4, n° 89, p. 88 et s.

¹⁸ En 1775, il met en cause les conditions de travail très difficiles des enfants qui devaient se faufiler à travers d'étroits conduits de cheminées encore brûlantes et avaient en permanence la peau imprégnée de résidus de combustion de houille grasse. Il explique la localisation des tumeurs par l'accumulation de particules fines de suie au niveau de la peau fine et plissée, facilitée par la sueur et incrimine aussi l'irritation par le frottement du pantalon et de la corde dont se servaient les ramoneurs pour descendre dans les cheminées. Ces constatations n'ont débouché sur une réglementation qu'en 1840.

¹⁹ Amédée Lefebvre, directeur de l'École de Médecine navale de Rochefort, fait la même découverte quelques années plus tard, expliquant les cas constatés chez les marins par la contamination de l'eau potable à bord des navires par les tuyaux en plomb. La toxicité du plomb avait été signalée dès l'Antiquité, notamment par des médecins grecs (Nicandre de Colophon) et romains (Aulus Cornelius Celsus), ainsi que par l'architecte de Jules César, Vitruve, qui déconseillait l'utilisation de conduites d'adduction d'eau en plomb. Ces avertissements ne connurent pas de traduction juridique. Il fallut attendre le début de l'ère industrielle pour que ce risque commence à être pris en compte. Ce fut d'ailleurs la première maladie à être reconnue comme maladie professionnelle dès 1919 en France.

²⁰ *Rapport général sur les travaux du Conseil de salubrité*, 1890, Bibliothèque nationale de France.

²¹ F. Lekéal, *Entre médecine sociale et médecine du travail*, RDSS 2014, p. 239.

sociologue français, ancien chirurgien de l'armée française puis de la Grande Armée – qui a mis en évidence les conditions de travail délétères des ouvriers des manufactures, au XIXe siècle, est souvent qualifié de véritable pionnier de la médecine du travail. Il abandonne la médecine en 1818 pour se consacrer à la question des inégalités sociales. Précisons qu'au début du XIXe siècle, des enfants de cinq ans travaillent couramment quinze à seize heures par jour. Le contexte guerrier de l'époque eut pour effet d'inquiéter les pouvoirs publics des forts taux de révision des appelés du contingent. En effet, les jeunes ouvriers étaient si mal portants qu'on devait en déclarer inaptes plus des deux tiers. Les autorités préoccupées par le risque de manquer de conscrits ont chargé le docteur Villermé d'un rapport sur l'état de santé des ouvriers des manufactures consécutivement à la révolte des Canuts de novembre 1831 à Lyon, première insurrection sociale de l'ère industrielle. Le terme de « médecine sociale », associé aux définitions proposées dès les premiers jours de la révolution de 1848 par le docteur Jules Guérin dans la « Gazette médicale de Paris », est privilégié à celle de « police médicale » ou d' « hygiène publique » pour mieux illustrer l'infléchissement attendu de la pratique médicale vers « l'amélioration des classes inférieures »²². « Sollicités au premier chef pour garantir la mise en œuvre de ce nouveau droit du travail, législation spécifiquement ouvrière, les médecins verront progressivement leurs fonctions précisées et leurs missions institutionnalisées avec la mise en place de la médecine du travail »²³, successivement par les lois de 1942²⁴ et 1946²⁵.

3. La naissance de la prévention des risques professionnels. Nommé en 1832 membre de l'Académie des sciences morales et politiques, Villermé participe à une enquête sur les « conditions de vie de la classe ouvrière » et parcourt ainsi les principaux sites industriels en France et en Suisse. Il s'intéresse particulièrement à l'industrie textile, et le travail qu'il restitue aboutit à une véritable étude des postes de travail, des aptitudes physiques. Son travail, intitulé « Tableau de l'état physique et moral²⁶ des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie », paru en 1840, connu sous le nom de rapport Villermé, a un grand retentissement. En effet, devant cette situation préoccupante et selon une logique de soustraction du risque²⁷, l'État intervient par plusieurs lois pour protéger

²² E. Renault, Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme, *Multitudes*, 2008-3, n° 34, p. 195 et s.

²³ F. Lekéal, Entre médecine sociale et médecine du travail, *RDSS* 2014, p. 239.

²⁴ L. n° 625, 28 juillet 1942, Organisation de services médicaux et sociaux du travail, organisation des services médicaux : rôle de ces services, *JORF* du 29 juillet 1942, p. 2607.

²⁵ L. n° 46-2195, 11 octobre 1946, relative à l'organisation des services médicaux du travail.

²⁶ Bien qu'à l'état primaire, la notion de risques psychosociaux est envisagée.

²⁷ J. Boisselier, *Naissance et évolution de l'idée de prévention des risques*, INRS, 2008, 176 p.

les plus faibles. C'est dans ce contexte qu'est promulguée la première loi sociale française, la loi Cunin-Gridaine du 22 mars 1841²⁸ relative à la limitation de la durée du travail des enfants. Protagoniste majeur de cette avancée sociale, Villermé, dès 1850, plaide pour la mobilisation de moyens destinés à éviter et à limiter, le cas échéant, le risque professionnel. Dans le prolongement de ce texte fondateur, une législation sociale se structure progressivement. Paul Pic²⁹, dans son « Traité de législation industrielle » de 1912, met en évidence le rôle du corps médical dans l'émergence d'une législation préventive imposant aux industriels « un ensemble de mesures protectrices »³⁰. A leur tour, les docteurs Leclercq, Mazel, et Dujarric de la Rivière mettent en avant le dépassement des activités thérapeutiques traditionnelles³¹ au profit d'un élargissement de la pratique médicale. La légitimation de l'association des médecins au contrôle de la mise en œuvre de la législation ouvrière progresse avec l'évolution des savoirs médicaux, notamment en matière d'hygiène industrielle, admise comme participant de l'hygiène sociale, d'ergonomie, alors dénommée « hygiène des attitudes »³². La loi du 19 mai 1874 sur le travail des enfants et des filles mineures employées dans l'industrie³³ contrarie sérieusement l'idée selon laquelle l'entreprise serait un espace laissé à la seule discrétion de l'employeur. En effet, toute entrave à l'intervention d'experts susceptibles d'être sollicités, dont les médecins, est désormais constitutive d'une infraction pénale sanctionnée par le paiement d'une amende³⁴. En outre, par la loi du 2 novembre 1892 sur le travail des enfants, des filles mineures et des femmes dans les établissements industriels, première loi introduisant une distinction entre les sexes dans le travail³⁵, le médecin se voit consacrer un pouvoir certificateur dans l'appréciation souveraine de l'adéquation entre la nature de l'emploi exercé et l'état physique des personnes de moins de seize ans chargées de son exécution, c'est-à-dire le pouvoir de vérifier l'aptitude physique au

²⁸ Loi du 22 mars 1841 relative au travail des enfants employés dans les manufactures, usines ou ateliers. Elle interdit le travail des enfants de moins de huit ans dans les grandes entreprises industrielles, limite le temps de travail à huit heures par jour pour les enfants de huit à douze ans dans ces mêmes entreprises et leur interdit le travail de nuit. Par ailleurs, la loi du 19 mai 1874 limitera le travail des femmes et des enfants et fixera à 12 ans l'âge d'admission. La loi du 2 novembre 1892 relèvera l'âge d'admission à 13 ans et instaurera un repos dominical obligatoire pour les femmes et les jeunes de moins de 18 ans.

²⁹ Pionnier français de la nouvelle discipline académique de législation industrielle.

³⁰ P. Pic, *Traité élémentaire de législation industrielle. Lois ouvrières*, Rousseau, 4^e éd., 1912, p. 471.

³¹ J. Leclercq, P. Mazel, R. Dujarric de la Rivière, *Rôle du médecin dans l'industrie après la guerre. Orientation et utilisation physiologique de la main-d'oeuvre*, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1917, p. 345-390, en particulier, p. 345 et 346.

³² A. Nicolas, *L'attitude de l'homme au point de vue de l'équilibre, du travail et de l'expression*, Masson, 1882, p. 181 et s.

³³ JORF du 10 juin 1873, p. 144.

³⁴ Loi du 19 mai 1874 sur le travail des filles enfants et des filles mineures employées dans l'industrie, art. 21 et 28.

³⁵ N. Arnaud, *Les contradictions du droit*, in *Histoire des femmes au 19^e siècle*, Paris 1991, Plon, chap. 4, p. 96.

travail. Ainsi, dans un premier temps perçu comme un simple agent d'exécution des lois ouvrières, le médecin joue un rôle déterminant par l'avis qu'il rend en matière d'aptitude conditionnant par-là la gestion des effectifs de main-d'œuvre et liant l'employeur³⁶. Construite autour de la santé et de la sécurité au travail, la norme sociale française accorde toutefois, notamment avec la loi du 9 avril 1898³⁷, une place importante à la réparation du dommage tandis que celle réservée à la prévention est résiduelle³⁸. « La réparation est un fatalisme³⁹, une réponse pragmatique au « fantasme d'une société sans risques »⁴⁰; elle doit être supplétive. La prévention est ambitieuse car elle tend à éviter le risque; elle doit être prioritaire »⁴¹. La question de l'indemnisation des accidents du travail orientera définitivement l'évolution du médecin du travail en véritable expert, le plaçant ainsi au cœur du débat social, positionné dans une logique de contre-expertise face aux médecins d'usine⁴², ou à leurs pairs employés par les compagnies d'assurances, qui étaient suspectés d'être placés dans une dépendance trop étroite vis-à-vis de leur employeur⁴³. Ce n'est qu'avec la loi du 19 avril 1898⁴⁴ sur les accidents du travail que sont institués la gratuité des soins, l'indemnité journalière et le droit à réparation, fondant la responsabilité de l'employeur sur la notion de « risque professionnel » indépendant de la faute de l'employeur. Cette loi pose les fondements de l'assurance du risque professionnel dans le cadre d'une relation de travail de « subordination » et met en place l'organisation de sa réparation. Si le travailleur est victime d'un accident du travail, la contrepartie du pouvoir de direction de l'employeur est le droit à une réparation automatique et rapide. Les principes de la loi de 1898 sont étendus aux maladies professionnelles par la loi du 25 octobre 1919⁴⁵. C'est sous l'influence des

³⁶ J. Leclercq, P. Mazel, R. Dujarric de la Rivière, « Le rôle du médecin dans l'industrie après la guerre. Orientation et utilisation physiologiques de l'ouvrier », *Annales d'hygiène et de médecine légale*, vol. 27, n° 6, p. 348.

³⁷ JORF du 10 avril 1898, p. 2209; F. Pelloutier, « La loi sur les accidents du travail », *Le Monde ouvrier*, vol. 2 et 3, 1899.

³⁸ S. Fantoni-Quinton, B. Legros, La logique de réparation entrave-t-elle la démarche de prévention des lésions professionnelles? ; *RDSS* 2010, p. 640; P. Chaumette, L'activation du lien réparation-prévention : *Dr. soc.* 1990, p. 724.

³⁹ J.-M. Lattes, Le corps du salarié dans l'entreprise, in *Mél. Despax*, PU Toulouse, 2002, p. 333.

⁴⁰ J. Martinez, Les mouvements d'extension du droit de la santé au travail, *JCP S* 2009, p. 1170.

⁴¹ A.-F. Jover, Les métamorphoses des services de santé au travail, thèse, p. 3.

⁴² R. Barthe, « Rôle du médecin d'usine », *Le Médecin d'usine*, communication faite au XVII^e Congrès de chimie industrielle, 26 septembre-3 octobre 1937; Dr Dufranc, « La médecine d'usine », *Le Médecin d'usine*, juillet 1939; Dr Royer de Véricourt, « Médecins d'usine et d'entreprise », *Médecin de France*, juillet 1939.

⁴³ D. Verhaeghe, Le Secrétariat ouvrier d'hygiène de la Bourse du travail de Lille (Edition 1908), Hachette Livre, Bnf, p. 5 et s.

⁴⁴ Loi du 9 avril 1898 concernant les responsabilités dans les accidents du travail, JORF du 10 avril 1898, p. 2209.

⁴⁵ Loi du 25 octobre 1919 étend aux maladies d'origine professionnelle la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, JORF du 27 octobre 1919, p. 11973.

compagnies d'assurance qui prennent en charge ce risque que les entreprises sont encouragées à créer des services médicaux du travail dans le but de limiter les conséquences financières des atteintes à la santé des salariés.

4. De la médecine d'usine à la médecine du travail. Ce n'est qu'à partir de la Première guerre mondiale que s'installe progressivement l'idée d'une véritable profession médicale dédiée au travail. Ces services de « médecine d'usine », orientés vers les soins d'urgence, les visites d'embauche et le contrôle de l'absentéisme ou de l'aptitude, sont mis en place dans certaines compagnies, et en particulier dans les mines et carrières, dès le XIXe siècle. Rencontrée souvent dans des entreprises qui offrent aux salariés de multiples services en matière de logement, d'œuvres sociales, de santé, de scolarité...⁴⁶, cette médecine patronale n'était pas dépourvue de visée sociale. C'est en réaction à un décret de 1810 imposant au patronat de payer les frais médicaux consécutifs aux blessures des ouvriers lors des accidents du travail que, dans une logique de gestion optimale des coûts, les propriétaires de mines engagent les premiers médecins d'entreprise. D'abord focalisés sur les accidentés du travail, ces services vont évoluer en prenant en charge l'état de santé général des mineurs puis l'ensemble des familles. C'est un moyen efficace de maintenir la paix sociale parmi une population soumise à des conditions de vie et de travail difficiles. « Tour à tour conseiller du chef d'entreprise en charge de la prévention des risques lorsque ses services sont sollicités au titre de la médecine d'usine, expert en évaluation des risques chargé d'en quantifier les coûts au bénéfice des compagnies d'assurances ou, plus simplement, thérapeute dont le diagnostic conditionne les conséquences juridiques et/ou judiciaires d'un accident de travail, le médecin joue désormais un rôle stratégique. Les enjeux financiers entourant l'application des dispositions de la loi du 9 avril 1898 - tant du point de vue des employeurs que des accidentés du travail - ont, à l'évidence, très largement conditionné cette mutation. »⁴⁷ En 1916, sous l'impulsion d'Albert Thomas, ancien secrétaire de Jean Jaurès, apparaît le corps de l'inspection médicale des usines d'armement. Le rôle des médecins et inspecteurs qui le composent est de parcourir les arsenaux, poudrières... dans un but préventif. Il préfigure celui des médecins du travail. Contrairement à l'Allemagne et l'Angleterre qui connaissent une industrialisation de masse importante accélérant la structuration de leur médecine publique, en France, le corps médical, étant très attaché à son statut libéral, la tradition d'intervention de l'Etat en matière

⁴⁶ « Le fabricant doit à ses ouvriers autre chose que le salaire. Il est de son devoir de s'occuper de leur condition physique et morale. Cette obligation doit primer sur les intérêts particuliers. » Jean Dolfuss, filateur à Mulhouse, 1826, à l'occasion de la fondation de la « société industrielle » de Mulhouse.

⁴⁷ F. Lekéal, *Entre médecine sociale et médecine du travail*, RDSS 2014, p. 239

de santé est moindre. Le tournant a lieu en 1902 avec le premier Congrès international sur les maladies professionnelles qui se tient en Italie au cours duquel une Commission internationale de médecine du travail est constituée. En France, la création du ministère du travail en 1906⁴⁸ et du Code du travail de 1910⁴⁹ qui réunit les dispositions en vigueur, relatives à la réglementation du travail dérogeant aux règles dites de « droit commun » du Code civil⁵⁰, et fixent les principes généraux de salubrité des locaux et de protection des travailleurs, s'inscrivent dans ce même mouvement. Egalement, des décrets pris en 1913⁵¹ font obligation à diverses branches, principalement industrielles, de créer des services de dépistage des maladies professionnelles et de prendre des mesures générales de protection et de salubrité. De surcroît, des services pilotes sont mis en place dans une démarche volontaire. C'est ainsi que l'Union des industries métallurgiques et minières (UIMM) crée, en 1927, son service de prévention qui se réunit tous les deux ou trois ans pour des congrès de sécurité des chefs d'entreprise, des ingénieurs et des médecins du travail, leur offrant ainsi une tribune pour exposer les résultats de leurs réalisations. Par ailleurs, la Confédération générale de la Production française, de laquelle est issu le C.N.P.F., crée en 1928 l'Association d'Hygiène Industrielle et de Prévention contre les inconvénients de l'entreprise qui, dès le début de 1940, établit un programme-type d'organisation des services de médecine du travail dans l'industrie, qui doit s'attacher à développer l'idée de l'importance de la médecine du travail dans la vie nationale et à faciliter, dans le cadre des universités, la formation technique et pratique des médecins susceptibles de devenir pour l'industrie des collaborateurs hautement qualifiés⁵². « Si certains de ces services médicaux cherchaient essentiellement à pallier les responsabilités encourues par les employeurs par les lois de 1898 sur la réparation des accidents du travail et de 1919 sur les maladies professionnelles, d'autres ouvraient déjà la voie aux grandes idées autour desquelles va s'organiser la législation française. »⁵³

5. Le détachement de la médecine du travail de la médecine sociale⁵⁴. La fin de la Première Guerre Mondiale voit l'avènement du Bureau International du Travail et de

⁴⁸ Décret du 25 octobre 1906 créant le ministère du Travail et de la Prévoyance (J.O. 26 octobre 1906)

⁴⁹ Loi du 28 décembre 1910 instituant le Code du travail

⁵⁰ « Promulgué par fragments » jusqu'en 1927 (G. H. Camerlynck et G. Lyon Caen, Droit du travail, Précis Dalloz 1924, p. 36).

⁵¹ Décret du 10 juillet 1913 Mesures générales de protection et de salubrité applicables à tous les établissements assujettis, JO du 12 juillet 1913.

⁵² La C.G.P.F., le 25 février 1940, adressait à tous ses adhérents une recommandation très complète qui prévoyait : « L'essentiel est que toute entreprise ait un bon service médical qui fasse partie intégrante de la vie à l'usine. »

⁵³ Y. Chotard, Introduction, Troisième partie, *Dr. soc.*, 1980, n° 4, p. S63.

⁵⁴ F. Lekéal, Entre médecine sociale et médecine du travail, *RDSS* 2014, p. 239

l'Organisation Internationale du Travail. En 1920, le Gouvernement Millerand crée un nouveau ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, confié à Jules Breton, dont l'une des ambitions est de doter le corps des médecins hygiénistes⁵⁵ d'un véritable statut dans le but de promouvoir une coordination plus étroite entre la médecine thérapeutique et la médecine préventive, associée à l'hygiène professionnelle. Lors du quatrième congrès de la Commission Internationale du Travail, réuni à Lyon en avril 1929, le groupe français met à l'ordre du jour la définition de la maladie professionnelle et l'enseignement de la médecine du travail. Malgré les divergences entre patronat et syndicats, sous l'impulsion du professeur de médecine légale de Lyon, Etienne Martin, une volonté commune de faire avancer les choses émerge par l'établissement du principe tripartite de la médecine en milieu professionnel rassemblant les trois mondes patronal, ouvrier et médical. Dans les années 1920, le Dr René Barthe, jeune médecin, cherche à transposer dans l'usine l'expérience qu'il s'est forgée comme médecin de bataillon en servant dans l'armée, et organise l'un des premiers services de médecine du travail au sein duquel il développera le concept de médecine préventive. Pour ce faire, il rendra possible les liens entre médecin, ingénieur et assistante sociale dont il soulignera l'importance en créant les premiers dossiers médicaux d'usine. Le rôle du médecin d'usine est ainsi totalement revisité et repensé autour de six principaux pôles : la pratique des soins d'urgence et des consultations, la sélection et l'orientation des ouvriers à l'embauche, l'organisation de l'hygiène industrielle, la collaboration avec les comités de sécurité et les services de prévention des accidents et des maladies professionnelles, le conseil en organisation scientifique du travail, et la recherche scientifique dans les domaines propres à l'industrie où travaille le médecin. Les bases de la médecine du travail contemporaine sont posées. C'est la raison pour laquelle René Barthe est considéré comme l'un des pères fondateurs de la médecine du travail moderne. En outre, la réflexion se structure par la parution, en octobre 1929, de la Revue de Médecine du travail, dirigée par les professeurs Martin et Balthazard ainsi que des militants CGT⁵⁶. De plus, les premiers enseignements spécialisés en toxicologie industrielle et physiologie du travail sont mis en place au CNAM et les premiers instituts universitaires de médecine du travail, en charge de la formation des médecins d'usines, de la recherche scientifique, sont créés⁵⁷. Par

⁵⁵ J.-C. Devinck, *La création de la médecine du travail en France 1914-1916*. Mémoire EHESS, 2001, p. 2 ; G. Jorland, *L'hygiène professionnelle en France au XX^e siècle*, Le Mouvement social, n° 213, 2005. 71.

⁵⁶ D'autres revues spécialisées apparaissent : *La médecine du travail* (en 1929, sous la direction du Professeur Martin et sous le patronage d'Albert Thomas, directeur du Bureau International du Travail), *Archive des maladies professionnelles* (en 1930), *Le médecin d'usine* et *Le travail humain* (en 1933).

⁵⁷ En 1930 à Lyon par le Professeur Mazel, en 1933 à Paris par le Dr Balthazard et en 1935 à Lille.

ailleurs, les questions relatives au travail et à l'industrie, qui sont au cœur de la médecine sociale, sont renforcées par les lois des 5 et 30 avril 1930 accordant aux travailleurs une garantie spécifique contre les risques de l'existence dont la maladie, l'invalidité prématurée, la vieillesse, le décès. En outre, un diplôme d'hygiène industrielle et de médecine du travail est créé en 1933. La même année, un décret du 15 avril, qui précise qu' « une branche spéciale de la médecine s'individualise sous le nom de Médecine du travail et prend, en raison des circonstances actuelles du travail et de la législation sociale, une importance considérable » crée un Institut d'hygiène industrielle et de médecine du travail à la Faculté de médecine de Paris⁵⁸. C'est dans ce contexte que le champ de la médecine du travail est étendu en s'ouvrant à un nombre croissant de salariés. Ainsi, en 1934, l'application du contrôle médical à certaines catégories de travailleurs en situation de risques particuliers, à l'embauche et périodiquement, permet de réaliser de nouveaux progrès. De plus, un corps de médecins conseils de l'inspection du travail est créé par une loi du 7 juillet 1937⁵⁹ afin d'aider les inspecteurs du travail à appliquer les dispositions réglementaires à caractère médical⁶⁰. A la veille de la guerre, et malgré toutes ces évolutions, la pratique de la médecine en milieu professionnel est encore réduite et très dépendante globalement de la taille des entreprises et de leur secteur d'activité (mines, charbonnages, aviation, compagnies de transport...). La plupart des entreprises se contentent d'une infirmerie avec un personnel infirmier fixe, le médecin venant passer une heure ou deux le matin pour assurer des soins aux accidentés du travail et des consultations pour les malades continuant à travailler. Le dépistage des maladies professionnelles, la surveillance continue des ouvriers ainsi que tout ce qui a trait à l'hygiène et à la salubrité sont encore négligés.

6. Vers l'institutionnalisation. La situation sanitaire très détériorée des ouvriers pendant l'Occupation va pousser le régime de Vichy à prendre une série de mesures institutionnelles pour faire face à cette situation⁶¹. Le 1er juin 1940, le ministère édite une instruction organisant, sous l'autorité de l'employeur, des services médico-sociaux dans les

⁵⁸ En 1934, la Faculté de médecine de Lille, à l'instigation du professeur Leclerc, se dote d'un organisme spécifique de formation, l'Institut de médecine légale et de médecine sociale qui accorde une large place à la médecine du travail qui peut compter désormais sur un corps de spécialistes certifiés par l'Université (P.-H. Muller, Histoire de la médecine légale à Lille, Histoire des sciences médicales, T. XXXI, n° 2, 1997. 143).

⁵⁹ Loi du 7 juillet 1937 modifiant différents articles du Titre III (de l'Inspection du travail) du Livre II du Code du travail, JORF du 18 juillet 1937, p. 8115.

⁶⁰ Cette loi fut effectivement mise en œuvre dix années plus tard à la suite du décret du 16 janvier 1947 (D. n° 47-232, 16 janvier 1947, Cadres, rémunération, statut et attributions du personnel de l'inspection médicale du travail et de la main-d'œuvre, JORF du 23 janvier 1947, p. 956).

⁶¹ P.-J. Hesse et J.-P. Le Crom (dir.), *La protection sociale issue du régime de Vichy*, Presses universitaires de Rennes, 2001.

entreprises, à savoir un service médical, un service social et un comité d'hygiène du travail et de sécurité. En août 1941, les comités de sécurité sont rendus obligatoires dans les entreprises de plus de 500 salariés présentant des dangers particuliers. Plus orientés vers la prévention du risque professionnel, ils ne connaîtront guère de succès⁶². La loi du 31 octobre 1941⁶³ institue la protection médicale du travail en créant un corps de médecins inspecteurs du travail⁶⁴, reprenant en cela la loi du 17 juillet 1937, et le comité supérieur d'hygiène publique chargé d'élaborer la doctrine de la médecine du travail. De plus, la loi du 28 juillet 1942⁶⁵, reprenant les recommandations ministérielles du 1^{er} juin 1940, rend obligatoire, dans les entreprises de plus de 250 salariés, un service social et un service médical⁶⁶ respectivement dirigés par une conseillère sociale du travail⁶⁷ et un médecin du travail⁶⁸. C'est la même année qu'apparaît, par décret, le contrôle de « l'aptitude du salarié au poste de travail » par le médecin du travail. Dans ces années troubles, cette aptitude est aussi demandée aux chômeurs, afin qu'ils soient recensés et que les plus vigoureux soient envoyés sur les chantiers. Sans cette aptitude, aucune allocation ne leur est versée par le fonds de chômage. Le patronat trouve un intérêt dans la sélection de la main-d'œuvre, véritable démarche eugéniste à laquelle le gouvernement de Vichy apporte son soutien actif. Du côté des ouvriers, la médecine du travail rendue obligatoire reste largement suspecte, non seulement parce qu'elle apparaît comme l'œuvre de Vichy, mais aussi parce qu'ils se demandent si les préoccupations de main-d'œuvre ne dépassent pas les préoccupations sanitaires et sociales. Cette méfiance est bien illustrée par un dirigeant CGT de la fédération du Livre en 1944 : « la médecine d'usine – même intelligemment organisée – sent la production (...). La médecine sociale – même intelligemment conçue – sent les économies⁶⁹. » Contraints malgré eux à la délivrance de ces avis d'aptitude, les médecins du travail auront un rôle plus noble dans cette politique de santé publique en constituant la première ligne pour le dépistage de masse des maladies

⁶² Décret du 4 août 1941, JO, 10 août 1941.

⁶³ Loi du 31 octobre 1941 relative à la protection médicale du travail, JORF du 20 novembre 1941, p. 4979.

⁶⁴ Circulaire du 26 novembre 1941 ; Dr Escalier, L'organisation médico-sociale de la profession à l'échelon d'un comité d'organisation, *Dr. soc.*, 1942, pp. 8-11.

⁶⁵ Loi du 28 juillet 1942 Organisation de services médicaux et sociaux du travail, organisation des services médicaux : rôle de ces services, JORF du 29 juillet 1942, p. 2607.

⁶⁶ Dr Escalier, « L'organisation des services médicaux du travail », *Dr. soc.*, 1942, pp. 261-265 ; Dr Marcel Eck, *L'organisation des services médicaux du travail*, Collection Droit social, XVII, août 1943, p. 19-24.

⁶⁷ Terme préféré à surintendante d'usine ou assistante sociale.

⁶⁸ Réflexion largement amorcée avant l'Occupation. En effet, le patronat (confédération générale du patronat français) mit en chantier, au début de 1940, l'étude d'un programme type d'organisation des services médicaux dans l'industrie et adressa à tous ses adhérents, le 25 février 1940, une recommandation très complète à ce sujet afin que « toute entreprise ait un bon service médical qui fasse partie intégrante de la vie à l'usine ».

⁶⁹ L. Ranc, *Les ouvriers et la médecine d'usine*, Collection Droit social, Vol. XXII : la médecine sociale, 1945, p. 10.

épidémiques qui permettra l'éradication de la tuberculose. À la Libération, le service médical et social sera d'ailleurs pérennisé en devenant une commission du comité d'entreprise⁷⁰.

7. La loi fondatrice de 1946. A l'issue de la Seconde guerre mondiale, il s'agissait de remettre sur pied une population entière affaiblie par les privations et les manques de soins, et de réinsérer dans le corps social des millions d'hommes et de femmes prisonniers et déportés. Le relèvement du niveau sanitaire des français était le cœur du projet car il conditionnait aussi la relance de l'économie. Ce fut la mission de la Sécurité sociale et de la médecine du travail. Il est remarquable de constater que, dans cette période d'économie dirigée, ces deux institutions furent installées dans un statut de droit privé. En les accolant aux entreprises et aux salariés, le Gouvernement a souhaité, en situation de pénurie des ressources publiques, faire converger les exigences de la protection sociale et de l'économie. Jamais autant qu'à cette époque la relation santé-développement n'a été aussi fermement associée à l'action politique. C'est le Professeur Desoille, médecin inspecteur général du travail, qui fut le principal artisan de la loi du 11 octobre 1946⁷¹ et du décret du 26 novembre 1946⁷² généralisant les dispositions des textes antérieurs en tenant compte du contexte de réapparition des syndicats en plaçant notamment le service médical du travail sous le contrôle du comité d'entreprise. C'est à cette époque, et sur demande du Conseil national de l'ordre des médecins, que toute mission de soins est retirée à la médecine du travail qui se voit confier uniquement la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail. Avec cette loi, la médecine du travail devient obligatoire dans toutes les entreprises privées. L'année 1946 est aussi celle de la création des trois premières chaires de médecine du travail dans les villes qui, comme Paris, Lyon et Lille, disposaient d'une véritable antériorité dans ce domaine. Au-delà du projet politique plus global qui sous-tend les principes relatifs à l'organisation des services médicaux du travail, inscrits dans la loi du 11 octobre 1946⁷³, ces services s'inscrivent dans une forme de contestation, assez largement répandue à la Libération, de la médecine d'usine⁷⁴. En assignant aux services médicaux du travail une finalité explicite, « *éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* », la loi du 11 octobre 1946 tend ainsi à faire du médecin, investi d'une mission exclusivement préventive,

⁷⁰ D. n° 45-2751, 2 novembre 1945, JO, 6 novembre 1945, p. 7327, article 12.

⁷¹ L. n° 46-2195, 11 octobre 1946, relative à l'organisation des services médicaux du travail.

⁷² D. n° 46-2729, 26 novembre 1946, portant application de la loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail, JORF n° 0280 du 30 novembre 1946, p. 10191.

⁷³ N. Olszak, *Histoire du droit du travail*, Economica, 2011, p. 68.

⁷⁴ En ce sens, v. not. L. Ranc, *Les ouvriers et la médecine d'usine*, in *La médecine sociale. Bilan et perspectives d'avenir*. Collection Droit social, XXII, sept. 1944, p. 10-13.

l'auxiliaire indispensable à la promotion de la législation sociale, alors que la médecine sociale l'avait essentiellement confiné dans une tâche d'accompagnement dans l'application de certaines dispositions spécifiques de la législation ouvrière⁷⁵. C'est avec la loi du 11 octobre 1946 que les fondements d'une institution originale sont posés avec la légalisation, pour la première fois en Europe⁷⁶, de la médecine du travail. Selon l'avis adopté par le Conseil économique et social en 1988, le système français de la médecine du travail doit beaucoup au passé et s'inspire de plusieurs courants parmi lesquels l'analyse des maladies professionnelles, l'expertise médico-légale, la psychophysiologie du travail, la médecine d'usine, la médecine sociale.⁷⁷

8. Une médecine exclusivement préventive. Contrariant l'étymologie du mot « médecine », emprunté au latin « *medicina* » signifiant « qui soigne, qui aide à guérir » – même si, dès 1314, la médecine désigne la « science qui a pour objet la conservation et le rétablissement de la santé »⁷⁸ –, le caractère exclusivement préventif de la médecine du travail a fait l'objet de nombreuses discussions au Parlement. En effet, le projet de loi à l'origine de la loi du 4 octobre 1946⁷⁹ avait opté pour un rôle « essentiellement »⁸⁰ préventif. Le texte a été amendé et cet adverbe a été remplacé au bénéfice d'une exclusivité préventive, les parlementaires refusant aux médecins du travail l'exercice d'autres activités, même accessoires⁸¹. Par ailleurs, le Conseil d'Etat, pour éviter toute concurrence entre médecins du travail et médecins libéraux, a annulé un décret autorisant, dans certains cas, les médecins du travail à administrer des soins⁸². Il en résulte, en application du Code de déontologie⁸³, que, seulement en cas d' « urgence »⁸⁴, le médecin du travail pourra dispenser des soins, mais sans honoraires⁸⁵. En outre, le Conseil d'Etat a dégagé un principe d'incompatibilité entre le statut de médecin du travail et l'inscription du médecin sur une liste de spécialistes⁸⁶ parce que le

⁷⁵ F. Lekéal, Entre médecine sociale et médecine du travail, *RDSS* 2014, p. 239

⁷⁶ Dans le cadre communautaire, la médecine du travail fut instaurée plus tardivement chez nos partenaires, soit en 1956 pour l'Italie, en 1973 pour la République Fédérale d'Allemagne et en 1972 pour la Grande-Bretagne.

⁷⁷ La médecine du travail, Journal officiel de la République française, Avis et rapports du Conseil économique et social, Session de 1988, Séances des 4 et 5 juillet 1988, p. 3.

⁷⁸ H. de Mondeville, *Chirurgie*, éd. A. Bos, t.1, §15, p.5 (www.cnrtl.fr).

⁷⁹ L. n° 46-2195, 11 octobre 1946, relative à l'organisation des services médicaux du travail, JORF du 12 octobre 1946, p. 8638.

⁸⁰ Cf. conclusion Chardeau sur CE, 23 janv. 1959, Sieur Perrier, *Dr. soc.* 1959, p. 203.

⁸¹ *Ibid.*

⁸² CE, sect., 23 janv. 1948, Confédération des syndicats médicaux français, *Rec. CE* 1948, p. 36.

⁸³ D. n° 55-1591, 25 nov. 1955, JO 6 déc. 1955.

⁸⁴ C. santé publ., art. R. 4127-100.

⁸⁵ CE, 23 janv. 1959, Sieur Perrier, *Dr. soc.* 1959, p. 282, concl. Chardeau.

⁸⁶ A. Noury, Médecine du travail et médecine d'aptitude : des fonctions incompatibles, *JCP S*, n° 41, 10 oct. 2006, 1792.

médecin du travail doit « remplir des fonctions multiples et étendues » et « notamment se livrer à des examens et investigations variés qui débordent nécessairement le cadre d'une spécialité »⁸⁷. Dans le même sens, le Code du travail, dans son article L. 4623-3, dispose que « le médecin du travail (...) ne pratique pas la médecine de clientèle ». Par exception, « un décret détermine les conditions dans lesquelles les fonctions de médecin du travail peuvent être déclarées incompatibles avec l'exercice de certaines autres activités médicales »⁸⁸. Egalement, selon l'article L. 4625-2 du Code du travail, « l'accord collectif de branche étendu après avis du Conseil national de l'ordre des médecins peut prévoir que le suivi médical des salariés du particulier employeur et des mannequins soit effectué par des médecins non spécialisés en médecine du travail qui signent un protocole avec un service de santé au travail interentreprises. Ces protocoles prévoient les garanties en termes de formation des médecins non spécialistes, les modalités de leur exercice au sein du service de santé au travail ainsi que l'incompatibilité entre la fonction de médecin de soin du travailleur ou de l'employeur et le suivi médical du travailleur prévu par le protocole » Enfin, l'article R. 4127-99 du même Code prévoit que, « sauf cas d'urgence ou prévu par la loi, un médecin qui assure un service de médecine préventive pour le compte d'une collectivité n'a pas le droit d'y donner des soins curatifs. Il doit adresser la personne qu'il a reconnue malade au médecin traitant ou à tout autre médecin désigné par celle-ci. »

9. L'objectif de la médecine du travail. L'ambition portée aujourd'hui par la médecine du travail, à savoir d'éviter toute altération de la santé du fait du travail, doit s'analyser selon les moyens déployés pour l'atteindre. Centre du dispositif de santé au travail, l'émergence de l'aptitude médicale⁸⁹, puis son évolution jusqu'à son primat, est le fruit d'un long processus conjuguant tradition médico-légale et logique assurantielle mais aussi hygiénisme, tradition eugéniste⁹⁰ et patriotisme en faveur d'une politique de « sélection » de la main-d'œuvre⁹¹, présentée comme une nécessité⁹², aboutissant à la surveillance de

⁸⁷ CE, 3 nov. 1967, Sieur Ducloux, Rec. CE 1967, p. 406.

⁸⁸ C. trav., art. L. 4623-2.

⁸⁹ M. Millot, « L'émergence de la notion d'aptitude dans la réglementation du travail après 1892 » in *Les mains inutiles, inaptitude au travail et emploi en Europe*, C. Omnès, A.-S. Bruno (dir.), Paris, Belin, 2004, pp. 32-40.

⁹⁰ A. Drouard, *L'eugénisme en questions. L'exemple de l'eugénisme « français »*, Ellipses, coll. « Polis », 1999.

⁹¹ J. Bertran, P. Barré, G. Petiet, Historique de la notion d'aptitude en médecine du travail, in *Archives des maladies professionnelles*, 52, 2, 78-79, 1991 ; M. Millot, « L'émergence de la notion d'aptitude dans la réglementation du travail après 1892 » in *Les mains inutiles, inaptitude au travail et emploi en Europe*, C. Omnès, A.-S. Bruno (dir.), Paris, Belin, 2004, p. 32 ; S. Buzzi, J.-C. Devinck, P.-A. Rosental, *La santé au travail 1880-2006*, La Découverte, 2006, pp. 59-76.

⁹² Pour Charles Richet, membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine, prix Nobel de médecine : « Ce n'est pas une réforme que de demander le retour à l'état naturel. Ceux qui succombent méritent

l'aptitude médicale au travail⁹³. La médecine du travail est dès lors placée devant une ambiguïté originelle opposant l'intérêt de l'entreprise, nécessairement impactée par la qualité du travailleur embauché, et la protection de ce dernier, qu'il s'agisse de sa santé physique, de sa sécurité ou de sa santé mentale, alors que la préservation de la santé et de la sécurité du travailleur devrait être son seul objectif. C'est dans ce climat intellectuel que les médecins légistes Pierre Mazel, de Lyon, et Jules Leclercq, de Lille, vont jeter les bases de la doctrine de la médecine du travail dans deux publications⁹⁴ présentées, jusqu'à la fin du siècle, comme portant « en germe tout l'esprit et une bonne partie de la lettre de notre médecine du travail actuelle »⁹⁵. Le déterminisme biologique, ou darwinisme social, explique pour certains l'émergence du taylorisme ouvrant ainsi la possibilité de concrétiser la volonté de contribution des médecins à l'organisation sociale⁹⁶. La mission du médecin, telle que Mazel et Leclercq l'envisagent, sera double : veiller à la sélection et à l'orientation en fonction des caractéristiques physiologiques⁹⁷ et veiller ensuite à ce que les modes de travail mis en place n'épuisent pas cette main-d'œuvre. « Même si les théories de l'ergonomie et de l'adaptation du travail à l'Homme vont s'imposer, le suivi médical individuel et l'aptitude médicale comme principes de la prévention des risques professionnels resteront centraux dans l'esprit et la pratique française. »⁹⁸

de succomber, parce qu'ils ont des armes moins puissantes. Leur infériorité explique, justifie et légitime leur écrasement » (C. Richet, *L'homme stupide*, Flammarion, 1919). Pour Alexis Carrel, autre prix Nobel de médecine : « la répartition de la population d'un pays en différentes classes n'est pas l'effet du hasard, ni de conventions sociales. Elle a une base biologique profonde []. Ceux qui sont des prolétaires doivent leur situation à des défauts héréditaires de leur corps et de leur esprit ». « L'établissement par l'eugénisme d'une aristocratie biologique héréditaire serait une étape importante de la solution des grands problèmes de l'heure présente » (A. Carrel, *L'homme cet inconnu*, Plon, 1935).

⁹³ L.-R. Villermé, Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie, 1840, *Etudes et Documentation Internationales*, 1989 ; A. Carrol, *Histoire de l'Eugénisme en France*, Editions du Seuil, 1998 ; B.-A. Morel, Le traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine, 1857.

⁹⁴ J. Leclercq, P. Mazel, *La main-d'oeuvre nationale après la guerre*, Larousse, 1916 ; L. Leclercq, P. Mazel, R. Dujarric de la Rivière, Le rôle du médecin dans l'industrie après la guerre. Orientation et utilisation physiologiques de l'ouvrier, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, XXVII, 6 : 369-390, 1917.

⁹⁵ P. Quelin, J.-C. Normand, La mise en place de la médecine du travail à Lyon – Pr Maze, in *Médecine du travail - la Loi*. 24èmes Journées Nationales de Médecine du Travail. Paris, 11 juin 1996.

⁹⁶ M. de Montmollin, *Le taylorisme à visage humain*, PUF, 1997.

⁹⁷ J.-M. Soulat, S. Fantoni-Quinton, La loi Travail et la santé au travail : évolution ou révolution ?, *SSL* 2017, n° 1765 : « Leclercq, Mazel et Dujarric de la Rivière vont théoriser le rôle du médecin du travail dans l'industrie après la guerre. Ils reprendront les théories des physiologistes du travail sur l'orientation et l'utilisation scientifique de la main-d'œuvre, théories qui justifieront de placer le médecin au centre des questions d'optimisation de la production au même titre que de valorisation des facteurs individuels contribuant à la formation » (J. Leclercq, P. Mazel, R. Dujarric de la Rivière, Rôle du Médecin dans l'Industrie après la guerre. *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale* 1917, série 4 : 345-390.)

⁹⁸ *Ibid.*

10. Une « médecine d'assurance » ? La dimension assurantielle qui sous-tend également la notion d'aptitude pose nécessairement la question de l'évaluation du préjudice et du partage entre ce qui est imputable à l'accident et ce qui relève de l'état antérieur du salarié. En effet, la question qui se pose est celle de la causalité, d'origine privée ou professionnelle, de la survenance d'un accident ou d'une maladie dont l'imputabilité déterminera un certain nombre de conséquences juridiques et financières. Pour préserver les intérêts en présence, Leclercq et Mazel proposent de « faire subir⁹⁹ à l'ouvrier, au moment de l'embauchage, un examen médical minutieux permettant de préciser quelles sont les lésions constitutionnelles ou acquises au moment de l'examen, puis d'enregistrer ces constatations sur une fiche particulière, la fiche médicale. Dans ces conditions, lorsque l'ouvrier sera victime d'un accident ou attribuera au travail telle ou telle lésion accidentelle, il suffira de se reporter à la constatation médicale d'embauchage et l'on pourra faire aisément le départ entre le dommage attribuable à l'accident et la tare reconnue chez l'ouvrier lors de son entrée à l'usine. » Ainsi, trois volets paraissent devoir être mis en œuvre : établir un état des lieux à l'embauche qui servira de référence pour un éventuel contentieux, ensuite mettre en œuvre une sélection physiologique en rapport avec les contraintes du poste, et enfin agir sur celles-ci en veillant à une utilisation physiologique de l'ouvrier. En réalité, cette logique assurantielle, qui s'inscrit dans une véritable dimension de « réification » de l'homme au travail¹⁰⁰, paraît parfaitement illusoire¹⁰¹. En effet, les deux premières orientations prendront le pas sur l'action préventive en direction du milieu du travail. Le corps médical se montre réticent à mettre en question les nuisances et les risques du travail, préférant mettre en cause les comportements et l'hygiène de vie générale des travailleurs. Cette sensibilité particulière du corps médical français, qui a marqué l'histoire de la santé au travail, s'est cristallisée avec les travaux de Villermé qui considérait que, exceptés les accidents, les atteintes à la santé ne sont pas dues aux risques et nuisances du travail mais, avant tout, à la condition de l'ouvrier et à son hygiène de vie. C'est ce raisonnement qui a été emprunté par les détracteurs de la reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle et qui a ainsi jeté un discrédit patent, avec le drame de l'amiante, sur la médecine du travail, qui en subit encore les conséquences aujourd'hui, ne serait-ce que par le sentiment d'inefficacité mis en avant par les détracteurs de cette spécialité

⁹⁹ Expression en totale contradiction avec l'esprit de la Loi Kouchner de 2002 qui prévoit la fin du paternalisme médical au profit d'un rapport de confiance et de coopération étroites entre médecin et patient sur fond d'information accrue de ce dernier.

¹⁰⁰ A. Supiot, *Critique du droit du travail*, PUF, 2002, p. 45-66.

¹⁰¹ P. Davezies, *L'aptitude médicale dans le système français de santé au travail : origine, interrogations et débats, Médecine du travail & ergonomie*, Volume XLIV, 2007, 73-82.

médicale. En effet, cette prudence vis-à-vis des risques professionnels s'est tragiquement illustrée par près d'un siècle de latence entre les avis déjà bien avisés de certains médecins du travail et la reconnaissance de maladies professionnelles dues à l'amiante. Trop souvent limitée à circonscrire hors des murs de l'entreprise des manifestations pathologiques susceptibles d'aboutir à une indemnisation¹⁰², l'action sur les maladies professionnelles souffrait cruellement d'ambition. Ainsi, dès le départ, la logique assurantielle apparaissait en toile de fond des dispositifs, comme l'a relevé l'Inspection Générale des Affaires Sociales, en 2003, dans son rapport annuel, indiquant que « cette aptitude que le médecin évalue s'apparente au fond à une estimation de la prédisposition au risque d'indemnisation. Elle est davantage un vestige de la médecine légale qu'un véritable outil de prévention et correspond à la fonction fondamentalement assurantielle de la médecine du travail »¹⁰³. Au début du XXème siècle, avec l'exposition connue au plomb de nombreux salariés, une visite médicale a été rendue obligatoire, imposant au médecin du travail de rédiger un certificat de non contre-indication médicale à l'exposition. Cette pratique fut systématisée après la Seconde Guerre mondiale pour prévenir tout risque particulier. Cette logique de non contre-indication favorise la prise en compte des facteurs extérieurs¹⁰⁴, occultant ainsi les risques issus directement de l'environnement professionnel. Les conséquences du travail sur la santé sont sous-estimées, sous-évaluées, quand elles le sont. En effet, la question de l'étiologie est délicate. Déterminer la part de causalité du travail et de l'environnement privé quant à l'émergence et l'évolution des maladies, surtout mentales ou apparentées, est particulièrement complexe. Au total, la volonté de contribuer à l'organisation de la société sur une base biologique, la problématique de médecine d'assurance et la réticence à incriminer les

¹⁰² J. Leclercq, P. Mazel, R. Dujarric de la Rivière, Le rôle du médecin dans l'industrie après la guerre. Orientation et utilisation physiologiques de l'ouvrier, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, XXVII, 6 : 369-390, 1917.

¹⁰³ Santé, pour une politique de prévention durable. Rapport annuel 2003, La documentation française, 2003.

¹⁰⁴ C. Got, La Santé, Flammarion, 1992 ; GOT C (1998). Rapport sur la gestion politique et administrative du problème de santé publique posé par l'amiante en France. Rapport à Madame Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, et de Monsieur Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la Santé, 1998 : « Les métiers destructeurs par la silicose, le saturnisme, l'asbestose, ont disparu ou sont en voie de disparition. Il faut maintenir l'effort réalisé pour que le travail ne soit plus lié au risque, mais il ne faut pas placer d'espoir dans la prévention de la pathologie du travail pour augmenter l'espérance de vie. Quand nous constatons la mortalité plus précoce des manœuvres, souvenons-nous que ce n'est pas leur activité de manœuvre qui les fait mourir plus précocement, c'est une plus grande fréquence de cirrhoses du foie, de cancers, d'accidents de la route, de maladies infectieuses. Le problème est dominé par les facteurs personnels et sociaux qui les ont dirigés vers le statut de manœuvre et non par les risques directement liés à leur profession » ; E. Fournier, Rapport de l'académie de médecine : Amiante et protection de la population exposée à l'inhalation de fibres d'amiante dans les bâtiments publics et privés. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 180 (4) : 16-23, 1996 : « Le tabagisme demeure la cause essentielle, sinon exclusive, de cancer du poumon d'origine exogène, même chez les professionnels actuels de l'amiante, et les responsables de Santé publique ne doivent pas se tromper de cible dans leurs recommandations. »

conditions de travail proposées par les entreprises sont les ingrédients qui vont expliquer les spécificités de la médecine du travail française. Il faudra attendre la Seconde Guerre mondiale pour que le projet trouve sa concrétisation.

11. De la médecine du travail à la santé au travail. Le décret du 20 mars 1979¹⁰⁵ complète l'organisation des services médicaux du travail en instaurant la notion de tiers-temps¹⁰⁶, destinée à favoriser la prévention primaire, par une action plus forte en milieu de travail. Par ailleurs, la loi du 23 décembre 1982¹⁰⁷ définit la mise en place des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail pour les entreprises de plus de cinquante salariés. Le médecin du travail y assiste en tant que membre de droit et avec voix consultative. L'Europe influence fortement la médecine du travail en lui faisant opérer un virage important dans son approche et sa réalisation au quotidien. En effet, la directive européenne du 12 juin 1989¹⁰⁸ concerne la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail. Son article 7 concernant les services de protection et de prévention prévoit que l'employeur désigne un ou plusieurs travailleurs pour s'occuper des activités de protection et des activités de prévention des risques professionnels de l'entreprise, que les travailleurs désignés disposent d'un temps approprié et des capacités nécessaires. Par le décret du 5 novembre 2001¹⁰⁹, est mis en place le Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). Une réforme de structure de la médecine du travail, résultat d'une réflexion globale de l'ensemble des acteurs depuis de nombreuses années, voit le jour par la circulaire d'application du document unique du 18 avril 2002 précisant que la directive n° 89/391/CEE du conseil des communautés européennes du 12 juin 1989, dite « directive-cadre », définit les principes fondamentaux de la protection des travailleurs parmi lesquels l'évaluation *a priori* des risques professionnels – exigence nouvelle – dès lors que les risques n'ont pas pu être évités à la source¹¹⁰. Ces principes généraux de prévention ont pour objectif de contribuer fortement à l'amélioration globale de

¹⁰⁵ D. n° 79-231, 20 mars 1979, modifiant le Code du travail et relatif à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux du travail, JORF du 22 mars 1979, p. 648.

¹⁰⁶ Le médecin du travail doit passer le tiers de son temps sur les lieux de travail - art. R. 4624-4 du Code du travail - notamment pour réaliser des études de poste, des fiches d'entreprise, des observations du travail réel pour un évaluer les risques, pour délivrer des conseils en prévention des risques auprès des responsables des salariés.

¹⁰⁷ L. n° 82-1097, 23 novembre 1982, 4° loi Auroux relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), JORF du 26 décembre 1982, p. 3858.

¹⁰⁸ Directive-cadre européenne CEE n° 89-391 du 12 juin 1989.

¹⁰⁹ D. n° 2001-1016, 5 novembre 2001, portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. L. 4121-1 du Code du travail et modifiant le Code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), JORF n° 258 du 7 novembre 2001, p. 17523, texte n° 9.

¹¹⁰ C. trav., art. L. 4121-2.

la santé et de la sécurité et des conditions de travail. Dans la mesure où la France était le seul pays d'Europe à assurer une couverture de tous les salariés, quelle que soit leur activité ou la taille de leur entreprise, *via* la médecine du travail, la Commission européenne, dans une déclaration annexée au procès-verbal du Conseil des ministres adoptant la directive, a confirmé que les services de médecine du travail existant en France depuis 1946 pouvaient être regardés comme le service de prévention, au sens de la directive. Or, la Commission a, ultérieurement, dans une mise en demeure notifiée à la France le 4 mars 1997, estimé que la seule existence des services de médecine du travail ne suffisait pas à la transposition complète des dispositions de l'article 7 de la directive et, dans un avis motivé du 26 juin 2002, a conclu que le dispositif français de médecine du travail n'assurait pas la transposition intégrale de la directive, notamment dans le domaine de la sécurité, estimant que le médecin du travail n'honorait qu'une partie des fonctions confiées par la directive. Pour pallier cette carence, les autorités françaises ont donc entrepris, à partir de 1997, une évolution, consistant à élargir l'offre de prévention, en favorisant le recours à des compétences nouvelles, techniques et organisationnelles. C'est ainsi que les partenaires sociaux ont rejoint cette volonté en adoptant l'accord interprofessionnel du 13 septembre 2000 sur la santé au travail, lequel affirme la nécessité de mettre en place une véritable pluridisciplinarité « dans un cadre élargi, permettant à l'ensemble des acteurs de toutes les entreprises de bénéficier de toutes les compétences existants au niveau national ou régional pour assurer une prévention efficace ». Sur cette base, a été adoptée la loi du 17 janvier 2002¹¹¹, en conformité avec les règles posées par la directive et les souhaits exprimés par les partenaires sociaux. Par le décret du 28 juillet 2004¹¹² réformant la médecine du travail, les termes de santé au travail ont supplanté ceux de médecine du travail. Ce changement sémantique traduit un triple objectif. Tout d'abord, l'ambition d'inscrire son action dans le cadre d'une prévention primaire des risques professionnels est renouvelée, c'est-à-dire le plus en amont possible, afin non plus de parvenir seulement à un dépistage précoce de leurs effets sur la santé ou de procéder aux réparations qu'elles exigent, mais d'éviter leur apparition. Ensuite, le champ d'action de la médecine du travail est élargi. Cette dernière doit désormais se préoccuper non seulement de l'intégrité physique des salariés, mais également de l'influence de leur travail sur leur état mental. Enfin, des moyens complémentaires et nouveaux lui permettant de mettre en œuvre les compétences

¹¹¹ L. n° 2002-73, 17 janvier 2002, de modernisation sociale, JORF du 13 févr. 2002, p. 2851, texte n° 12.

¹¹² D. n° 2004-760, 28 juillet 2004, relatif à la réforme de la médecine du travail.

pluridisciplinaires lui sont désormais nécessaires pour aborder ses nouveaux défis¹¹³. La loi du 9 août 2004¹¹⁴ ajoute une nouvelle dimension à la médecine du travail en indiquant que le service de santé au travail participe à la veille sanitaire prévue en matière de santé publique. Après la censure des dispositions de la loi du 9 novembre 2010 relative à la réforme des retraites, constitutives d'un cavalier législatif¹¹⁵, un projet de loi spécifique a abouti à la loi du 20 juillet 2011¹¹⁶ qui a modifié l'organisation de la médecine du travail et a précisé l'aide que le service de santé pouvait apporter aux employeurs pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail. Désormais, dans l'approche pluridisciplinaire de la santé au travail, la médecine du travail ne constitue plus une exclusive mais demeure un rouage essentiel, la charnière même, de la prévention des risques professionnels.

12. Une médecine assise sur la notion de risque professionnel. Le rôle du service de santé au travail est un rôle de détection, de diagnostic et de traitement du risque professionnel. C'est parce que la responsabilité de certains employeurs a été engagée que ces derniers ont souhaité souscrire des assurances qui étaient cependant très onéreuses. C'est pourquoi, pour garantir ce risque, il a été fait appel à des médecins, dits médecins d'usine. C'est dans ce contexte juridique qu'est née cette médecine particulière, assise sur la notion de risque professionnel¹¹⁷. C'est ce qui explique l'idée selon laquelle la responsabilité patronale est consubstantielle aux concepts de « risque professionnel »¹¹⁸ et de « santé au travail ». De manière générale, la notion de risque est difficile à appréhender, notamment quant à sa distinction avec d'autres comme l'aléa ou le danger. Sa caractérisation « pratique » présente de surcroît des difficultés au regard de causalités potentiellement plurielles – notamment en cas de trajectoires professionnelles complexes – dont l'analyse suppose la mobilisation d'expertises pluridisciplinaires. Au sens commun, le risque désigne un danger plus ou moins prévisible¹¹⁹. Juridiquement, il s'agit d'un événement éventuel, incertain, dont la réalisation ne dépend pas exclusivement de la volonté des parties et pouvant causer un dommage¹²⁰. Le

¹¹³ Instauration dans les services interentreprises d'une commission médico-technique avec pour mission de formuler des propositions relatives aux priorités et aux actions à caractère pluridisciplinaire tant sur le plan du service que sur la base du plan santé travail gouvernemental qui fixe les grandes orientations.

¹¹⁴ L. n° 2004-906, 9 août 2004, relative à la politique de santé publique.

¹¹⁵ Cons. constit., 9 nov. 2010, n° 2010-617 DC. *Recueil*, p. 310.

¹¹⁶ L. n° 2011-867, 20 juillet 2011, relative à l'organisation de la médecine du travail.

¹¹⁷ F. Guiomard, *Risque professionnel*, Dr. ouvr. 2012, pp. 616-620.

¹¹⁸ M. Babin, *Le risque professionnel*, thèse 2003.

¹¹⁹ Définition du Petit Robert

¹²⁰ Lexique des termes juridiques, Dalloz.

risque peut être avéré, potentiel, émergent, futur, on parle même de risque incertain¹²¹. Dans tous les cas, il induit la question de la responsabilité du préjudice subi. Le risque professionnel, quant à lui, est, par hypothèse, le risque qui prend naissance dans le travail ou à son occasion. Il s'agit d'une éventualité permanente de toutes les situations de travail, plus ou moins probable et dommageable selon la nature du travail et les conditions dans lesquelles l'activité professionnelle est exercée. Les conséquences éventuelles du risque professionnel peuvent revêtir deux formes : l'accident du travail¹²² ou la maladie professionnelle¹²³. C'est la cause capable de provoquer une lésion ou une atteinte à la santé. Il est la combinaison de la probabilité et de la conséquence de la survenance d'un événement dangereux. On observe une évolution de ces risques avec le temps. La manière de les appréhender change aussi en fonction des éléments considérés et des techniques utilisées. Les sources de risques ont beaucoup évolué, notamment avec le développement des techniques d'information et de communication, et avec le développement de nouvelles pratiques managériales¹²⁴ tournées sur une logique du résultat favorisant le stress au travail. La notion de risque, déjà difficile à cerner, est couplée, en médecine du travail, à celle de prévention puisque l'on parle de prévention des risques professionnels. Le but est d'éviter les pathologies professionnelles en faisant en sorte que les conditions de travail soient les meilleures possibles. Or, depuis quelques années, nous assistons à une prolifération des cancers d'origine professionnelle, notamment avec le drame de l'amiante¹²⁵, une émergence importante des troubles musculo-squelettiques (TMS) et un nombre de suicides en progression dû à des conditions de travail qui se dégradent. Pour maîtriser un risque, il faut l'appréhender, le comprendre. C'est d'autant plus important, en l'occurrence, que le risque professionnel est un enjeu important de santé

¹²¹ M. Del Sol, V. Rachet-Darfeuille, J.-C. Besson, Médecine du travail et risques incertains, in *De l'innovation à l'utilisation des nanomatériaux – Le cadre normatif des nanotubes de carbone*, 2012, Larcier ; S. Desmoulin-Canselier, La réforme de la médecine du travail à la lumière des risques collectifs et incertains, *RDSS* 2010, p. 604

¹²² Selon l'article L. 411-1 du Code de la Sécurité sociale, « 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 ».

¹²³ Selon 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 ».

¹²⁴ « Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés », CESE (7 avril 2004) concernant les risques liés aux nouvelles organisations du travail.

¹²⁵ J. Le Garrec, J. Lemièrre, « Ne plus perdre sa vie à la gagner : 51 propositions pour tirer les leçons de l'amiante », Doc. d'info. de l'Ass. nat., 2006.

publique, compte tenu du poids des facteurs professionnels dans les déterminants de santé et des répercussions des effets du travail sur l'environnement familial et la vie privée¹²⁶.

13. La prévention des risques professionnels¹²⁷. Le législateur a opté pour les termes de « prévention des risques professionnels »¹²⁸ et de « protection de la santé des travailleurs »¹²⁹, de même que d' « amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise »¹³⁰, de « protection des travailleurs contre l'ensemble des nuisances »¹³¹, de « protection à prendre pour prévenir l'exposition »¹³². L'article L. 4121-4 du Code du travail dispose : « Lorsqu'il confie des tâches à un travailleur, l'employeur, compte tenu de la nature des activités de l'établissement, prend en considération les capacités de l'intéressé à mettre en œuvre les précautions nécessaires pour la santé et la sécurité. » On peut se demander pourquoi un principe de précaution n'a pas été dégagé en droit de la santé et de la sécurité au travail¹³³ comme en matière environnementale. Certainement parce que le spectre de protection aurait été trop large. Le principe de précaution répond à une autre logique. Inscrit dans la Constitution¹³⁴ à la suite de l'adoption de la Charte de l'environnement 2004¹³⁵, il y est défini comme suit : « lorsque la réalisation d'un dommage, bien qu'incertaine en l'état des connaissances scientifiques¹³⁶, pourrait affecter de manière grave et irréversible l'environnement, les autorités publiques veillent, par l'application du principe de précaution et dans leurs domaines d'attributions, à la mise en œuvre de procédures d'évaluation des risques et à l'adoption de mesures provisoires et proportionnées afin de parer à la réalisation du dommage. »¹³⁷ Cette attitude s'impose devant l'utilisation de nouveaux procédés ou produits dont les effets ne peuvent être scientifiquement évalués. La notion de prévention, qui

¹²⁶ Rapport du Conseil Economique et Social, 7 avril 2004, Elyane BRESSOL, Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés, pp. 1-18.

¹²⁷ J. Boisselier, Naissance et évolution de l'idée de prévention des risques professionnels : petite histoire de la réglementation en hygiène, en sécurité et en conditions de travail, INRS, 2004.

¹²⁸ C. trav., art. R. 4623-1.

¹²⁹ C. trav., art. R. 4623-1.

¹³⁰ C. trav., art. R. 4623-1.

¹³¹ C. trav., art. R. 4623-1.

¹³² C. trav., art. R. 4412-87.

¹³³ C. Vanuls, Regards sur la précaution en droit du travail, *RDT* 2016, p. 16 ; O. Godard (dir.), *La question de la précaution en milieu professionnel*, INRS/EDP Sciences, coll. « Avis d'expert », 2006 ; S. Brimo, *L'Etat et la protection de la santé des travailleurs*, LGDJ 2013, p. 191.

¹³⁴ Loi constitutionnelle n° 2005-205 du 1^{er} mars 2005.

¹³⁵ C. Cans, « La Charte constitutionnelle de l'environnement : évolution ou révolution du droit français de l'environnement ? », *Dr. envir.* 2005, n° 131, p. 201.

¹³⁶ O. Godard, « Le principe de précaution et la proportionnalité face à l'incertitude scientifique », in *Conseil d'Etat, Rapport public 2005, Responsabilité et socialisation du risque*, Doc. fr., coll. « Etudes et Documents », p. 377 ; G.-J. Martin, « Principe de précaution, prévention des risques et responsabilité : quelle novation, quel avenir ? », *AJDA* 2005. 2222.

¹³⁷ Charte constitutionnelle de l'environnement, art. 5 ; C. envir., art. L. 110-1.

suppose en amont une démarche d'identification et d'évaluation, vise les risques avérés, c'est-à-dire dont l'existence est démontrée ou connue sans toutefois qu'on puisse en estimer la fréquence d'occurrence, tandis que celle de précaution a un spectre plus large. Elle vise les risques dont ni l'ampleur ni la probabilité d'occurrence ne peuvent être calculés avec certitude compte tenu des connaissances scientifiques du moment. Selon l'article L. 1417-1 du Code de la Santé publique, la politique de prévention tend notamment à réduire les risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer, tels l'environnement et le travail. Prévenir consiste à mettre en œuvre un certain nombre de moyens pour faire échec à la probabilité de survenance du risque en diminuant ou en supprimant certains de ses facteurs générateurs. Pour prévenir, il faut être en mesure d'identifier les risques et de les évaluer¹³⁸. La prévention est définie d'une manière très large par la directive du 12 juin 1989, comme « l'ensemble des dispositions ou des mesures prises ou prévues à tous les stades de l'activité dans l'entreprise en vue d'éviter ou de diminuer les risques professionnels », ce qui est indissociable des obligations de l'employeur, « obligé d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects liés au travail », selon la formule particulièrement claire et ferme de la norme communautaire¹³⁹. L'article L. 4121-1 du Code du travail, en transposant la directive, très précise dans son article 6, établit concrètement des priorités, et vise à travers la prévention une véritable politique de santé dans l'entreprise, invitée à « 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 en ce qui concerne les risques liés au harcèlement moral ». La prévention concerne donc tous les aspects de la vie au travail. Liés aux conditions de travail, les risques professionnels font peser sur les salariés la menace d'une altération de leur santé pouvant se traduire par une maladie ou un accident. Il appartient à l'employeur de supprimer ou de réduire ces risques afin d'assurer la sécurité des salariés et de protéger leur santé physique et mentale. Pour ce faire, il doit prendre les mesures appropriées et les mettre en œuvre conformément aux principes généraux de prévention énumérés par le Code du travail¹⁴⁰. Compte tenu de l'activité exercée, il doit ainsi évaluer les risques professionnels, consigner les résultats dans un document unique et mettre en œuvre des actions de prévention. Il est également tenu à une obligation générale d'information et de formation à la sécurité.

¹³⁸ L'article R. 4121-1 prévoit la mise en place d'un document unique d'évaluation des risques.

¹³⁹ Article 5 §1.

¹⁴⁰ C. trav., art. L. 4121-2.

14. La typologie des actions de prévention. L'Organisation mondiale de la santé retient trois niveaux de prévention. La prévention primaire consiste à éliminer ou réduire les facteurs de risques susceptibles d'altérer la santé des individus. La prévention secondaire cherche à dépister les altérations de la santé déjà réalisée ou en passe de l'être. La prévention tertiaire vise à empêcher les récurrences ainsi qu'à limiter les séquelles et les incapacités. Selon l'article L. 4121-1 du Code du travail, l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs parmi lesquelles des actions de prévention des risques professionnels¹⁴¹. L'article L. 4121-2 qui énonce les principes généraux de prévention prévoit que l'employeur mette en œuvre les mesures destinées à éviter les risques¹⁴² (prévention primaire), évaluer et combattre à la source ceux qui ne peuvent être évités¹⁴³ (prévention secondaire), adapter le travail à l'homme (prévention tertiaire en matière de reclassement et de maintien dans l'emploi).

15. La médecine du travail en crise. La distance entre le rôle que le législateur attribue à la médecine du travail en 1946 et celui qu'elle joue effectivement aujourd'hui, n'est-elle pas à l'origine de ses fragilités ? Après avoir fait l'objet de critiques¹⁴⁴, la médecine du travail, évoluant dans un contexte de défiance, serait passée au stade d'une institution en crise¹⁴⁵. Etre

¹⁴¹ C. trav., art. L. 4121-1, 1°.

¹⁴² C. trav., art. L. 4121-2, 1°.

¹⁴³ C. trav., art. L. 4121-2, 2° et 3°.

¹⁴⁴ Rapport du Conseil économique et social M. Rochaix, La médecine du travail, 8 juillet 1988 ; Rapport de M. Ducamin (Conseil d'Etat), La médecine du travail en France perspectives 29 avril 1988 ; L'exposition aux risques professionnels – Intégrer l'organisation du travail et la prévention, document ANACT, 2000 ; Rapport Toussaint – Stratégies nouvelles de prévention (15/12/2006) ; Rapport Gosselin – Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives (janvier 2007) ; Rapport Frimat-Conso – Le bilan de réforme de la médecine du travail (octobre 2007) ; Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels (DGT) (décembre 2007) ; Rapport Desmarescaux visant à améliorer la santé au travail des salariés et à prévenir les risques professionnels (16 janvier 2008) ; Avis Dellacherie du Conseil Economique et Social du 3 mars 2008 – L'avenir de la médecine du travail ; Rapport Nasse et Légeron sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail (12 mars 2008) ; Rapport Dellacherie, Frimat, Leclercq – La santé au travail – Vision nouvelle et professions d'avenir (avril 2010) ; Rapport Lachmann – Bien-être et efficacité au travail (17/02/2010) ; Rapport de l'Ordre National des Médecins – La réforme de la santé au travail passée au crible de la déontologie médicale (25 juin 2010) ; Rapport Issindou – Aptitude et médecine du travail (Mai 2015) ; P. Frimat, « Le travail... c'est la santé, la santé au travail... une pratique en question », Piste, vol. 12, n° 1, févr. 2010, 7 p.

¹⁴⁵ La crise de la médecine du travail ; Rapport Toussaint – Stratégies nouvelles de prévention (15/12/2006) ; Rapport Gosselin – Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives (janvier 2007) ; Rapport Frimat-Conso – Le bilan de réforme de la médecine du travail (IGAS, octobre 2007) ; Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels (DGT) (décembre 2007) ; Rapport Desmarescaux visant à améliorer la santé au travail des salariés et à prévenir les risques professionnels (16 janvier 2008) ; Avis Dellacherie du Conseil Economique et Social du 3 mars 2008 – L'avenir de la médecine du travail ; Rapport Nasse et Légeron sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail (12 mars 2008) ; Rapport Dellacherie, Frimat, Leclercq – La santé au travail – Vision nouvelle et professions d'avenir (avril 2010) ; Rapport Lachmann – Bien-être et efficacité au travail (17/02/2010) ; Rapport de l'Ordre National des Médecins – La réforme de la santé au travail passée au crible de la déontologie médicale (25 juin 2010) ; Rapport Issindou – Aptitude et médecine du travail (Mai 2015).

en crise ne signifie pas forcément être voué à l'échec¹⁴⁶ ou à disparaître mais certains ne cachent pas leurs inquiétudes et estiment que « la médecine du travail est en danger »¹⁴⁷. Spécialité française censée à la fois protéger les salariés en surveillant leur état de santé, mais également vérifier que les personnes embauchées par leur employeur sont en bonne santé, ou du moins ont un état de santé en adéquation avec leur poste de travail, la médecine du travail remplit difficilement son office. Les employeurs la voient comme une obligation réglementaire de plus à satisfaire tandis que les salariés s'interrogent sur les examens médicaux pratiqués et n'accordent pas non plus toute la confiance qui serait nécessaire pour satisfaire l'objectif d'efficacité de la médecine du travail. En effet, l'établissement, le maintien du climat de confiance mutuelle sont les prérequis indispensables à la pratique de la santé au travail dans de bonnes conditions. De surcroît, des enquêtes publiées en 2007¹⁴⁸ font état d'un scandale de financement occulte du patronat grâce aux fonds normalement récoltés pour la médecine du travail, et donc pour la santé des salariés. A la fois familière et mal connue des travailleurs, l'« institution-clé de la prévention qu'est la médecine du travail »¹⁴⁹ est depuis longtemps présentée comme un problème¹⁵⁰. Sa seule évocation suffit à susciter l'interrogation, tant « l'énormité des problèmes juridiques »¹⁵¹ qui lui sont propres est parfois dénoncée.

16. Des causes multiples. Les principales résident, d'une part, dans une insuffisance de résultat en raison de moyens trop faibles alloués aux services de santé et aux médecins du travail, notamment dans leur accès aux données médicales des patients/salariés qui est de nature à altérer l'efficacité du diagnostic de leur maladie ou déficience éventuelle et, d'autre part, dans l'objet même de cette pratique médicale qui est axée exclusivement sur la prévention. Or, au regard de la pauvreté des données fiables de santé dont dispose le médecin du travail, cet exercice s'apparenterait davantage à un exercice de prédiction. Même si l'approche a pu être différente, à des époques plus anciennes, il n'est pas détenteur d'un talent de sorcier, de voyant ou de guérisseur. Par conséquent, il fait avec les données, les moyens et le temps dont il dispose. Force est de constater que tout n'est pas mis à sa disposition pour

¹⁴⁶ « La médecine du travail est-elle vouée à l'échec ? », L'Express, 18/12/2009, http://lexpansion.lexpress.fr/entreprises/la-medecine-du-travail-est-elle-vouee-a-l-echec_1339494.html

¹⁴⁷ La santé au travail – Vision nouvelle et professions d'avenir, rapport de Ch. Dellacherie, P. Frimat et G. Leclercq, p. 3.

¹⁴⁸ <http://rue89.nouvelobs.com/2007/11/07/medecine-du-travail-lautre-caisse-noire-du-medef>

¹⁴⁹ J.-J. Dupeyroux, « La médecine du travail sur le fil du rasoir », *Dr. soc.* 1980, n° 4, p. S3.

¹⁵⁰ La médecine du travail, Journal officiel de la République française, Avis et rapports du Conseil économique et social, Session de 1988, Séances des 4 et 5 juillet 1998, p. 3.

¹⁵¹ J.-J. Dupeyroux, « La médecine du travail sur le fil du rasoir », *Dr. soc.* 1980, n° 4, p. S3.

atteindre les objectifs ambitieux que la loi de 1946 lui a conférés. Dès lors, il est logique que cette spécialité médicale peine à susciter des vocations. Comme l'inspection du travail¹⁵², la médecine du travail n'a jamais fait l'unanimité, manque d'effectifs¹⁵³, manque de moyens et se heurte à une crise d'identité, une crise de légitimité. Trop souvent mésestimée dans son image et dans ses potentialités¹⁵⁴, « spécialité sinistrée »¹⁵⁵, la médecine du travail souffre tout d'abord d'une pénurie¹⁵⁶ de praticiens, d'une crise de vocations¹⁵⁷, d'une crise identitaire conduisant à « l'impossibilité de respecter la réglementation en vigueur, celle qui est inscrite dans le Code du travail »¹⁵⁸. Le personnel médical du travail est en voie de raréfaction¹⁵⁹ étant donnée la pyramide des âges de cette profession vieillissante et peu attractive¹⁶⁰ pour les étudiants en médecine candidats à l'internat¹⁶¹ parce que la médecine du travail est méconnue et sort du champ de la médecine de soins – discipline « noble » –, c'est-à-dire dépossédée de l'acte central de la pratique médicale, celui qui est destiné à soigner le mal dont souffre le patient, qui donne lieu à l'envoi ou, aujourd'hui, à la télétransmission, d'une feuille de soins à la Sécurité sociale. Parce qu'il est souvent considéré qu'il serait plus prestigieux de guérir que de prévenir, cette carence, délétère du point de vue de la considération que l'on peut se faire de cette spécialité médicale au rang de médecine soignante, constitue un facteur important de sa désaffection. Bien que le médecin du travail ne puisse soigner en dehors des cas d'urgence et de prescrire les médicaments¹⁶², pour autant, la qualité de médecin ne peut lui être déniée car cela reviendrait, à tort, à considérer que les préconisations relatives à un poste de travail ou la délivrance d'un avis d'aptitude ou d'inaptitude ne sont pas des actes médicaux. Cette

¹⁵² A. Hidalgo, Inspection du travail : crise d'identité et tranches de vie, *Dr. soc.* 1992, p. 849.

¹⁵³ Arrêté du 14 août 2018 rappelant pour l'année 2018 et projetant pour la période 2019-2022 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision territoriale, JORF n° 0189 du 18 août 2018, texte n° 7 : le nombre de postes ouverts en médecine du travail est de 130 pour l'année 2018/2019, de même que, pour l'instant, pour les années 2019/2020 et 2020/2021 et il passe à 132 pour l'année 2021/2022 et 138 pour l'année 2022/2023.

¹⁵⁴ « Grandes potentialités, mais qui n'atteint pas ses véritables objectifs », Ch. Dellacherie, « L'avenir de la médecine du travail », Rapport au Conseil Economique Social et Environnemental, févr. 2008.

¹⁵⁵ Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 17 juin 2011.

¹⁵⁶ M.-C. Amauger-Lattes, Pénurie de médecins du travail et visites médicales obligatoires – Quelles responsabilités ? Quelles perspectives ?, *Dr. soc.* 2011, 351. La pénurie pèse sur les obligations de résultat de l'employeur (cf. Cass. civ., 1^{ère}, 19 décembre 2013, *Dr. soc.* 2014, 284, rapp. F. Verdun, p. 280).

¹⁵⁷ P. Marichalar, *Médecin du travail, médecin du patron ? L'indépendance médicale en question*, 2014, Presses de Sciences Po, coll. « Nouveaux débats », 2014, 184 p.

¹⁵⁸ Réponse du Secrétariat d'Etat à la défense et aux anciens combattants publiée dans le JO Sénat du 15/09/2010, p. 6720, en réponse à M. Jean-Jacques Mirassou, sénateur.

¹⁵⁹ Evolution préoccupante des effectifs : en 2002, 7067 ETP ; en 2014 : 5048 ETP.

¹⁶⁰ Rapport Attractivité et formation des professions de santé au travail, IGAS n° 2017-023R/IGAENR n° 2017-053, établi par X. Chaster, P. Blémond, H. Siahmed, J.-M. Soulat.

¹⁶¹ *Ibid.*

¹⁶² C. trav., art. L. 4623-3.

vérité, dénoncée par le Professeur Michel Pujol¹⁶³, est un premier élément de compréhension de la désaffection de cette spécialité médicale¹⁶⁴. Le médecin du travail n'est pas un médecin prescripteur au sens de la médecine de soin mais n'est qu'un préventeur. La dimension exclusivement préventive de la discipline, difficulté intrinsèque, est, par hypothèse, difficile à mesurer. C'est une des raisons pour lesquelles la médecine du travail est souvent critiquée, présentée comme impuissante à prévenir les risques liés au travail et c'est pourquoi elle doit être, sous peine de disparition, revitalisée. Pourtant, selon Michel Pujol, maintenir la santé par anticipation, dans une démarche préventive, avant que le mal ne soit fait, est une meilleure façon de faire qu'intervenir plus tardivement pour réparer des dégâts qui auraient pu être évités. La mission de ces professionnels est véritablement cruciale dans la prévention des risques – accidents du travail et maladies professionnelles -, comme l'a, entre autres, bien mis en évidence l'épidémie d'asbestose due à l'amiante, mais aussi la progression¹⁶⁵ des troubles musculo-squelettiques, comme des risques psychosociaux¹⁶⁶. Ainsi, plutôt que le faire disparaître ou diluer son champ de compétences au profit d'autres acteurs par ailleurs mal identifiés¹⁶⁷, ne conviendrait-il pas de faire du médecin du travail la pierre angulaire du système de santé au travail et de réfléchir à son positionnement au-delà même de ce système, dans une approche globale de la santé¹⁶⁸, exploitant ainsi ses potentialités nombreuses sur la base desquelles nous ferons des propositions d'amélioration dans le cadre d'une ambition renouvelée redonnant ainsi aux étudiants et, à un autre niveau, aux salariés et employeurs, une approche positive de cette spécialité médicale ?

17. Une réforme nécessaire. Ce tableau, rapidement brossé, témoigne de la nécessité, sinon de s'interroger sur le devenir de la médecine du travail, du moins de son avenir, de son utilité, de son identité et de faire état du bilan contrasté de cette institution¹⁶⁹, de l'action du professionnel de santé de premier plan qu'est le médecin du travail, de faire le diagnostic de la situation en santé au travail sous l'angle de la médecine du travail. Dans un premier temps, la question de l'avenir se pose au regard du droit positif. Dans un second, celle du devenir sera

¹⁶³ M. Pujol, *Est-ce grave docteur ? Témoignage sur quelques dérives du système de santé français à la lumière d'un parcours hospitalo-universitaire*. Ouvrage publié sur les comptes de l'auteur.

¹⁶⁴ Rapport Attractivité et formation des professions de santé au travail, IGAS n° 2017-023R/IGAENR n° 2017-053, établi par X. Chaster, P. Blémont, H. Siahmed, J.-M. Soulat.

¹⁶⁵ Bilan des conditions de travail 2013.

¹⁶⁶ P. Adam, « La prise en compte des risques psychosociaux par le droit du travail français », *Dr. ouvr.* 2008. 313, spéc. p. 318 ; A. Thébaud-Mony, *Travailler peut nuire gravement à votre santé*, Paris, La Découverte, 2007 ; P. Askénazy, *Les Désordres du travail*, Paris, Seuil, 2004.

¹⁶⁷ Intervenants en prévention des risques professionnels, infirmiers, collaborateurs médecins, ergonomes...

¹⁶⁸ Promotion de la santé, nouveau paradigme.

¹⁶⁹ Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail, IGAS RM 2007-149P – IGAENR n° 2007-087.

posée à l'aune du diagnostic dessiné aux fins de mettre en adéquation les objectifs et les moyens au service d'une efficacité de l'institution, condition de sa réussite, et d'un avenir meilleur dans lequel la médecine du travail serait moins décriée. Au-delà de la crise de l'institution, il y a le contexte économique dans lequel elle évolue. Les formes de travail mutant, les rapports entre santé et travail doivent être réinterrogés à l'aune de la conception de la santé¹⁷⁰ dans le sens d'une réduction nécessaire des risques et contraintes liés au travail. L'heure du bilan est arrivée et, avec elle, la nécessité d'une redéfinition de la médecine du travail. Il convient de dresser le bilan des principes directeurs qui ont gouverné la médecine du travail dans le système global en confrontant objectifs originels et moyens d'action mis en œuvre. En d'autres termes, le médecin du travail a-t-il pris toute sa place dans les dispositifs de santé au travail et les attentes légitimes qu'il a suscitées ont-elles été honorées ? L'hypothèse qu'il convient de vérifier est celle de la pertinence de l'existence de cette spécialité médicale, de l'efficacité de son rôle dans les dispositifs de santé au travail et de décider en conséquence si la lumière doit être tournée vers ce médecin du travail au contraire des dires de ces détracteurs..

18. Une ambiguïté originelle. Selon Jean Rivero, « l'ambiguïté est inhérente à l'incertitude qui pèse sur la finalité de l'institution »¹⁷¹. La loi du 9 avril 1898¹⁷² a représenté un bouleversement juridique important en posant le principe d'une réparation automatique et forfaitaire, supportée par l'employeur. Tirant bénéfice de l'activité exercée par le travailleur, il devait donc en supporter le risque. Cette responsabilité, fondée sur le risque professionnel, et décorrélée de l'existence d'une faute, contrairement à la logique traditionnelle du droit de la responsabilité civile héritée du Code Napoléon de 1804, représente par ailleurs une « innovation considérable »¹⁷³. Participant de la logique de protection s'inscrivant dans le cadre d'une relation contractuelle asymétrique, elle constitue également le « péché originel » en matière de santé au travail car la conséquence de cette logique juridique a poussé l'employeur à se prémunir au maximum des risques juridiques, et par voie de conséquence économiques, relatifs à la santé du travailleur et donc à sélectionner la main-d'œuvre. Ainsi,

¹⁷⁰ A. Thébaud-Mony, P. Davezies, L. Vogel, S. Volkoff (dir.), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, Éditions La Découverte, 2015.

P. Jansou et M. Drulhe (dir.), *Santé au travail : pour une nouvelle dynamique. Constats et ouvertures*, Toulouse, Éditions Octarès, 2015.

¹⁷¹ J. Rivéro, « Médecine du travail et libertés publiques », *Dr. soc.* 1980, n° 4, p. S65.

¹⁷² Loi du 9 avril 1898 concernant les responsabilités dans les accidents du travail, JORF du 10 avril 1898, p. 2209.

¹⁷³ F. Lekéal, *Entre médecine sociale et médecine du travail*, RDSS 2014, p. 239.

le certificat médical est devenu « une pièce maîtresse du mécanisme indemnitaire »¹⁷⁴, « accordant au médecin une place centrale dans le contentieux du travail ainsi que dans le processus de réparation »¹⁷⁵. « Tout se réduit à présent à une expertise médicale »¹⁷⁶. En outre, le recrutement de médecins par les compagnies d'assurance participe de cette ambiguïté fondée sur une supposée aliénation de leur indépendance professionnelle aux dépens des accidentés du travail¹⁷⁷. De plus, la crise des années 1970 a modifié les rapports entre entreprises en exacerbant la concurrence et en ouvrant une ère de recomposition du capital et de restructuration de l'appareil de production¹⁷⁸. Cette évolution a conduit les entreprises à repenser leurs organisations du travail, portées par leurs besoins d'adaptation, de réactivité et de rentabilité et par l'aspiration des salariés à mieux maîtriser leur travail¹⁷⁹. Or, l'intensification du travail générée, notamment, des pathologies nouvelles comme les pathologies de surcharge qui vont des troubles musculo-squelettiques au burn-out, les pathologies liées à la pression et au harcèlement, les pathologies de la peur qui peuvent concerner des populations de salariés inquiets pour le maintien de leur emploi ou des salariés victimes de braquages tels certains employés de banque qui développent des pathologies post traumatiques¹⁸⁰. La préservation de la santé au travail, dans toutes ses dimensions, y compris la santé mentale, doit, de ce fait, représenter un enjeu sociétal pour l'ensemble des acteurs, dans une vision plus globale de santé publique. Or, la médecine du travail est affublée de quelques griefs bien connus : trop de tâches prescrites pour une pénurie de médecins qui s'aggrave, trop d'individuel, pas assez de terrain. La réponse du législateur a été, notamment avec la loi de 2002¹⁸¹, de favoriser une approche pluridisciplinaire de la santé au travail en instituant les services de santé au travail. Cette nouvelle approche, dite « moderne », de la médecine du travail, influencée par la directive-cadre de 1989 imposant une obligation de pluridisciplinarité de ces services, a bouleversé la manière d'appréhender la santé au travail et donc, *de facto*, la médecine du travail. C'est précisément ici que les interrogations peuvent être nourries. En effet, le médecin du travail n'a pas été réellement consacré par ces textes,

¹⁷⁴ *Ibid.*

¹⁷⁵ *Ibid.*

¹⁷⁶ G. Lecouturier, *Traité théorique et pratique des accidents du travail. Commentaire analytique de la loi du 9 avril 1898*, p. 76, Fontemoing, 1899. L'auteur est alors avocat et rédacteur de la *Revue internationale des assurances*.

¹⁷⁷ J. Léonard, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs*, Paris, Aubier, 1981, p. 308 ; F. Lekéal, *Entre médecine sociale et médecine du travail*, *RDSS* 2014, p. 239.

¹⁷⁸ Rapport du Conseil Economique et Social, 7 avril 2004, Elyane Bressol, *Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés*, p. I – 7.

¹⁷⁹ *Ibid.*

¹⁸⁰ *Ibid.*

¹⁸¹ L. n° 2002-73, 17 janvier 2002, de modernisation sociale, *JORF* du 13 février 2002, p. 2851, texte n° 12.

chargé de l'animation et de la coordination des services de santé au travail, et du conseil des uns et des autres, dans un cadre pluridisciplinaire.

19. La santé et la sécurité au travail, des valeurs fondamentales et universelles. La réforme des services de santé au travail est fréquemment qualifiée de « réforme de la santé au travail ». Ici, une confusion est présente entre le moyen, c'est-à-dire l'institution, à savoir le service de santé, anciennement le service médical, et le but, c'est-à-dire la préservation de la santé des salariés. Le concept de santé au travail est apparu sous l'influence des directives européennes de la deuxième génération, dans les années 1980, et a été substitué aux termes d'hygiène et sécurité. Ces derniers s'étaient imposés au XIXe siècle, mais ont perdu de leur vigueur au XX^e en raison notamment de l'affaiblissement du concept d'hygiène dans la perception sociale moyenne, remplacé par celui de santé. Bien que fort d'une sonorité médicale, le terme de santé n'a en revanche aucune signification précise pour un médecin. La santé et la sécurité au travail sont, au contraire, des notions abstraites mais fondamentales. Au niveau mondial, le préambule de la Constitution de l'Organisation internationale du travail (OIT) proclame « l'obligation solennelle de seconder la mise en œuvre, parmi les différentes nations du monde, de programmes propres à réaliser une protection adéquate de la vie et de la santé des travailleurs dans toutes les occupations ». Au niveau européen, la Charte sociale, révisée par le Conseil de l'Europe du 3 mai 1996, ratifiée par la France le 7 mai 1999, indique que « tout travailleur a droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail ». La Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs du 9 décembre 1989 précise, dans son article 19, que « tout travailleur doit bénéficier dans son milieu de travail des conditions satisfaisantes de protection de sa santé et de sa sécurité ». De plus, la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne du 7 décembre 2000 proclame que « tout travailleur a droit à des conditions de travail qui respecte sa santé, sa sécurité, sa dignité ». Au niveau national enfin, la décision du Conseil constitutionnel du 29 juillet 2005¹⁸² consacre, notamment, un véritable droit à la santé et au repos du travailleur.

20. Les enjeux attachés à la médecine du travail. La consécration de la santé et de la sécurité au travail, tant de sa dimension collective qu'individuelle, a justifié l'émergence d'un droit spécifique permettant d'apporter des solutions, aussi bien en amont, avec le développement de la prévention des risques professionnels, qu'en aval, une fois le risque réalisé, avec l'indemnisation de la victime et son maintien dans l'emploi. La réforme de

¹⁸² Décision n° 2005-523 DC du 29 juillet 2005

2011¹⁸³ est modeste car elle n'a pas osé rompre avec des démarches qui ont montré leurs limites et leur inefficacité. En effet, l'essentiel de l'ancien dispositif a été maintenu. Le législateur de 2016 est allé plus loin mais n'a pas rompu avec la logique passée. La Loi Travail¹⁸⁴ n'abandonne que partiellement l'aptitude pour la conserver sur les postes à risques en donnant la possibilité d'adapter le suivi de santé prescrit et en renforçant le suivi individuel pour certaines catégories de postes et de travailleurs. Par ailleurs, la question du management de ces services reste ouverte. « Les services n'ont été, jusqu'ici, qu'une enveloppe juridique ayant pour objet de faciliter l'exercice en temps partagé de la médecine du travail ». Une révision culturelle s'impose, d'autant que les textes manquent de précision quant aux intervenants possibles en matière de prévention des risques professionnels, sur leur responsabilité et sur la manière dont ils s'inscrivent dans le dispositif, exceptée l'expression vague d'animation et de coordination concédée aux médecins du travail et qu'il conviendra, à l'évidence, de préciser. En effet, l'approche collective des services de santé – nouvelle génération – nécessite des coopérations, des coordinations plus étroites et mieux définies pour des résultats plus tangibles. Il faut porter une autre appréciation sur les acteurs chargés de la prévention des risques professionnels, au premier rang desquels se trouve le médecin du travail, et leur reconnaître une expertise, une compétence afin qu'ils démontrent leur efficacité dans la prévention. Il s'agit donc de passer d'une santé au travail administrée à un « management collectif responsable »¹⁸⁵. Pour tenter de mettre un terme aux critiques de la médecine du travail, l'ambition affichée par la loi dite Travail¹⁸⁶ a été de la moderniser. Or, face à cet enjeu important, le texte ne traite que du suivi de santé des salariés, de l'inaptitude, de ses conséquences et des contestations des avis du médecin du travail. L'entier champ de la santé au travail n'est pas couvert. Ce texte incarne-t-il un véritable renouveau pour la santé au travail ? Offre-t-il des pistes de convergence avec la vision européenne de la santé au travail ? Alors que le suivi individuel de santé n'est pas central dans la directive européenne de 1989¹⁸⁷, dans laquelle il fait l'objet d'une disposition marginale laissée à l'initiative du travailleur, « chaque travailleur doit pouvoir faire l'objet, s'il le souhaite, d'une surveillance de santé à intervalles réguliers. »¹⁸⁸ Ce texte européen a donné une impulsion nouvelle¹⁸⁹ en

¹⁸³ L. n° 2011-867, 20 juillet 2011, relative à l'organisation de la médecine du travail.

¹⁸⁴ L. n° 2016-1088, 8 août 2016, relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

¹⁸⁵ H. Seillan, *Les services de santé au travail – Quel avenir ?*, Editions Préventique, p. 102.

¹⁸⁶ L. n° 2016-1088, 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

¹⁸⁷ Directive-cadre européenne CEE n° 89-391 du 12 juin 1989.

¹⁸⁸ Article 14 de la directive.

constituant une base juridique synthétisant les principes communs de prévention des risques professionnels de la plupart des pays européens, véritable contre-pied du modèle français mis en place par la loi du 11 octobre 1946 dans ses principes, assignant notamment à la médecine du travail une mission exclusivement préventive, mais donnant une application différente par décret¹⁹⁰, consacrant la surveillance médicale de tous les salariés par l'établissement systématique d'un avis d'aptitude à chaque examen médical. « Malgré tout, l'esprit de cette directive se démarque encore de notre système français : il ne s'agit pas d'éviter toute altération de la santé, ce qui pour un médecin relève de l'utopie, mais de promouvoir la santé et la sécurité au travail. Il ne s'agit pas de vérifier si un travailleur est médicalement apte (quelle peut en être la définition positive sinon l'absence d'inaptitude médicale ?) mais de demander à l'employeur de faire monter en compétence ses collaborateurs dans le domaine de la prévention des risques professionnels. Enfin, il ne s'agit pas de faire reposer la santé au travail sur le seul médecin du travail mais de mobiliser des compétences complémentaires dans une optique de prévention primaire. La loi Travail recèle d'évolutions convergentes avec les principes de la directive européenne sans toutefois les entériner pleinement. »¹⁹¹

21. Un objectif ambitieux, mais une efficacité discutée. La loi du 11 octobre 1946¹⁹² a assigné à la médecine du travail l'objectif de préserver la santé des travailleurs. Ce dernier peut se décliner en cinq buts principaux¹⁹³ : sauvegarder et contribuer au maintien au plus haut degré du bien-être physique, mental et social de tous les travailleurs, assurer la protection des travailleurs contre toute atteinte à la santé pouvant résulter des conditions de travail, protéger les travailleurs contre tout risque pouvant résulter de la présence, dans l'entreprise, d'agents nocifs, permettre à tout travailleur d'exercer une activité correspondant à ses aptitudes physiologiques et psychologiques. En somme, et c'est le cinquième objectif, elle a pour but d'adapter tout travail à l'homme et tout homme à son travail. Dès 1950, un comité d'experts OIT/OMS précise les objectifs de la médecine du travail : « promouvoir et maintenir le plus haut degré de bien-être physique, mental et social des travailleurs dans toutes les professions ; prévenir tout dommage causé à la santé de ceux-ci par les conditions

¹⁸⁹ S. Laulom, Contexte et apports de la directive-cadre du 12 juin 1989, *SSL suppl.*, 2014, n° 1655, p. 17.

¹⁹⁰ D. n° 46-2729, 26 nov. 1946, portant application de la loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail, *JORF* n° 0280 du 30 nov. 1946, p. 10191.

¹⁹¹ J.-M. Soulat, S. Fantoni-Quinton, « La loi Travail et la santé au travail : évolution ou révolution ?, *SSL* 2017, n° 1765.

¹⁹² L. n° 46-2195, 11 octobre 1946, relative à l'organisation des services médicaux du travail.

¹⁹³ Préambule de l'avis du Comité permanent des Médecins de la CEE, adopté en 1970, à Bruxelles, et revu en 1980 à Copenhague.

de leur travail ; les protéger dans leur emploi contre les risques résultant de la présence d'agents préjudiciables à leur santé ; placer et maintenir le travailleur dans un emploi convenant à ses aptitudes physiologiques et psychologiques ». Selon la Charte européenne des droits fondamentaux, « tout travailleur a droit à des conditions de travail qui respectent sa santé, sa sécurité et sa dignité »¹⁹⁴. La médecine du travail est à la fois une médecine de prévention, de dépistage et de surveillance au service de la protection de la santé des travailleurs. Elle doit assurer le suivi médical des salariés et l'amélioration de leurs conditions de travail. Malgré ces trois piliers qui font de la médecine du travail la garante de la santé des travailleurs, ces derniers sont encore très nombreux à considérer les obligations de surveillance, auxquelles ils sont soumis, comme superflues, tracassières. Les contacts sommaires qu'ils ont parfois avec les médecins du travail les rendent souvent méfiants et peu bavards¹⁹⁵. L'histoire leur a en partie donné raison puisque les dispositifs de santé au travail n'ont pas été en mesure, c'est une donnée factuelle, de prévenir les problèmes liés à l'amiante notamment, qui ont débouché sur le scandale que l'on sait. Aujourd'hui, le développement des pathologies liées à la santé mentale des travailleurs contribue à remettre en cause l'efficacité des services de santé au travail tels qu'ils fonctionnent et au regard du peu de résultat qu'ils obtiennent. En effet, si l'on s'interroge sur la genèse de la médecine du travail, deux éléments principaux peuvent expliquer son apparition. D'une part, la médecine du travail a pu naître d'une volonté du législateur de protéger la santé des travailleurs qui payèrent, notamment pendant l'industrialisation, un lourd tribut¹⁹⁶ ; d'autre part, serait-ce plutôt la question de la responsabilité, conséquence directe des condamnations qui ont pu émaner des dommages subis par les travailleurs, qui a fait naître cette préoccupation altruiste ? La mobilisation des acteurs principaux – ministère et services de l'Etat, corps intermédiaires – a provoqué une prise de conscience collective qui a vu le jour, notamment, avec l'adoption de la loi du 6 décembre 1976¹⁹⁷ en matière de prévention des accidents du travail. Le premier défi de la médecine du travail est d'être efficace en matière de prévention des risques professionnels. Malgré les objectifs exigeants qui lui sont confiés, force est d'admettre qu'il ne s'agit pas d'une science exacte, et que ses vertus prédictives ont des limites... D'où la nécessité de continuer à assurer la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles tout en maintenant un degré important d'objectifs à atteindre dans

¹⁹⁴ Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne 2010/C 83/02, art. 31. 1.

¹⁹⁵ J. Closier, Médecine du travail et déontologie, *Dr. soc.*, 1980, n° 4.

¹⁹⁶ De 1948 à 1974, 54 000 tués (non comprises les victimes d'accident de trajet) et plus de deux millions de travailleurs frappés d'incapacité permanente).

¹⁹⁷ L. n° 76-1106, 6 décembre 1976, relative au développement de la prévention des accidents du travail.

une logique de prévention avec des indicateurs de performance pertinents. C'est la logique des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens¹⁹⁸ qui sont conclus entre les services de santé au travail, l'entreprise, les partenaires sociaux et l'État. Le principe fondateur de la loi originelle, qu'il ne faut pas perdre de vue parce qu'il constitue l'axe à l'exclusion de tout autre que la médecine du travail poursuit, est l'évitement de toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Même si cet objectif n'est pas aisé à remplir, il faut procéder à la vérification de l'efficacité des mesures déployées¹⁹⁹. Le législateur sait aussi faire preuve de réalisme²⁰⁰ lorsqu'il invite l'employeur²⁰¹ à réduire « au niveau le plus bas techniquement possible » la durée et le niveau d'exposition des travailleurs²⁰² ou la concentration en fibres d'amiante²⁰³. La question de l'efficacité de la protection est également présente s'agissant des dérogations aux travaux interdits concernant les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée et les salariés temporaires²⁰⁴, pour lesquels le DIRECCTE prend sa décision d'autorisation ou non après enquête « permettant de vérifier que des mesures particulières de prévention (...) assurent une protection efficace des travailleurs contre les risques dus aux travaux »²⁰⁵.

22. L'absence de schéma unique. Un autre argument fort dans la critique qui est faite au manque d'efficacité des services de santé au travail est l'absence de cohérence d'ensemble du dispositif de santé par-delà les statuts des travailleurs (salariés, agriculteurs, fonctionnaires, marins...), ce qui est dommageable par le manque de lisibilité qu'il engendre. Dans cet esprit, la prévention des risques au travail est un élément essentiel d'une politique cohérente de santé publique²⁰⁶. Or, « le corps médical hospitalier et universitaire dans son ensemble fait peu de cas de la médecine du travail »²⁰⁷. Malgré de nombreux atouts, le système français de santé au travail est décrit comme peu efficace au regard de ses objectifs de préservation de la santé des

¹⁹⁸ Dispositif issu de la loi de juillet 2011, circulaire de 2012.

¹⁹⁹ C'est le cas par exemple en matière d'empoussièremment : C. trav. R. 4412-114 : « Afin de vérifier l'efficacité de ces mesures, il procède sans délai à un nouveau contrôle du niveau d'empoussièremment.

²⁰⁰ V. Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, Recommandation n° 14 : Proportionner les obligations et les moyens à déployer dans les entreprises en fonction de leur spécificité et des risques effectivement rencontrés par les salariés.

²⁰¹ S. Fantoni-Quinton et P.-Y. Verkindt, « A l'impossible l'employeur est-il tenu ? », *Dr. soc.* 2013, n° 3, pp. 229-238.

²⁰² C. trav. R. 4412-108.

²⁰³ C. trav. R. 4412-109.

²⁰⁴ C. trav., art. R. 4625-2.

²⁰⁵ C. trav. D. 4154-4.

²⁰⁶ S. Fantoni-Quinton, J. Saison, Le système de santé au travail est-il une exception au système de santé français ?, *RDSS* 2013, p. 217

²⁰⁷ *Ibid.*

travailleurs. On a assigné au médecin du travail des objectifs difficiles en ne lui donnant pas tous les moyens de les atteindre, lui imposant, notamment, des contraintes réglementaires²⁰⁸ sclérosantes, parce que chronophages, telles que l'aptitude²⁰⁹, entravant ainsi son activité de prévention sur le terrain malgré la règle du tiers-temps²¹⁰ obligeant, théoriquement, le médecin du travail à consacrer une partie non négligeable de son temps de travail sur le terrain, dans l'entreprise, à l'étude des postes de travail et à la vérification de l'adaptation du travail à l'homme.

23. Une priorité négligée ? La mission de prévention et la surveillance de l'état de santé, par le contrôle de l'(in)aptitude au travail, sont considérées par beaucoup comme participant de deux logiques différentes²¹¹. Lorsque les objectifs sont ambitieux, et que, par ailleurs, ils sont difficilement conciliables, cela ne facilite pas la tâche de celui à qui il appartient de les relever. Cependant, « la médecine du travail est une médecine moderne, à l'interface entre l'homme et son environnement, associant, dans une démarche globale, l'approche collective des risques professionnels et le suivi clinique individuel. L'objectif de la réforme de la santé au travail est de faire du médecin du travail un expert efficient, un acteur de santé publique, capable de diagnostiquer des situations, de proposer des solutions, d'élaborer et promouvoir des plans d'action, dont l'indépendance des décisions est garantie. »²¹² La vision moderne de la santé au travail²¹³ participe d'un mouvement de promotion de la santé. En effet, elle est vue non plus comme un « état » mais comme un « idéal » au profit duquel des conduites sont organisées « en vue de construire et de maintenir le meilleur équilibre possible des fonctions physiques et mentales »²¹⁴. Malgré la centralité du travail dans la vie de tous, force est de constater que le médecin du travail n'occupe pas, corrélativement, la place centrale qui devrait être la sienne dans le système de santé au travail

²⁰⁸ C. trav., art. R. 4624-10 pour l'examen médical d'embauche.

²⁰⁹ S. Fantoni-Quinton, « Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude? », *Dr. soc.* 2013, p. 1023.

²¹⁰ C. trav., art. R. 4624-4.

²¹¹ V. titre 1.

²¹² Rapport Dellacherie, Frimat, Leclercq – La santé au travail – Vision nouvelle et professions d'avenir, avril 2010, p. 21.

²¹³ M. Borgetto, S. Fantoni-Quinton, Un système de santé unique : une utopie ?, *RDSS* 2014, n° 2, pp. 215-216 ; S. Fantoni-Quinton, J. Saison, Le système de santé au travail est-il une exception au système de santé français ?, *RDSS* 2014, n° 2, p. 217 ; J. Hardy, Le système de santé vu du droit : une réalité diffuse, un régime juridique complexe, *RDSS* 2014, n° 2, p. 229 ; F. Lekéal, Entre médecine sociale et médecine du travail : accompagner ou promouvoir le développement de la législation du travail ?, *RDSS* 2014, n° 2, p. 239 ; P.-Y. Verkindt, Octobre 1946 : assurances sociales et médecine du travail au miroir de la démocratie sociale, *RDSS* 2014, n° 2, p. 251 ; C. Czuba, L'étendue de l'hétérogénéité des protections au sein du système de santé au travail : le cas de la fonction publique territoriale, *RDSS* 2014, n° 2, p. 258 ; V. Mesli, Quelles articulations entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail ?, *RDSS* 2014, n° 2, p. 266.

²¹⁴ C. Dejours, *Conjurer la violence, Travail, violence et santé*, Editions Payot & Rivages.

et qu'il n'est pas pleinement partie prenante du système de santé publique en général²¹⁵. Nonobstant les orientations prises par la Loi Travail²¹⁶ confirmant le principe d'un suivi de santé pour tous, compte tenu de la démographie médicale, le législateur a fait le choix de privilégier le suivi médical des travailleurs affectés à des postes à risques. Cependant, les garanties pour identifier le risque, le circonscrire et l'éradiquer sont insuffisantes. En effet, l'employeur reste encore, malgré tout, trop seul dans cette recherche. Certes, principal responsable du risque professionnel²¹⁷ par son obligation de sécurité, il doit être sensible à ce que les risques soient identifiés et traités²¹⁸. Or, dans la réalité, ce n'est pas toujours une priorité pour lui malgré l'article L. 4121-1 du Code du travail qui prévoit qu'il prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, c'est-à-dire les mesures comprenant des actions de prévention des risques professionnels, des actions d'information et de formation et la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

24. Médecine du travail et service de santé au travail. Aujourd'hui, la médecine du travail fait partie intégrante des services de santé au travail. Elle en constitue un maillon, certes essentiel mais pas exclusif, comme cela a pu être le cas pendant des années. En effet, le médecin du travail, acteur-clé du dispositif, a en charge l'animation et la coordination de l'équipe pluridisciplinaire²¹⁹ composant le service de santé au travail. Si l'on veut avoir un raisonnement cohérent, il faut désormais réfléchir sous le prisme de la santé au travail dont il conviendra de cerner rigoureusement les contours afin de déterminer quel est le rôle des services de santé au travail pour en mesurer l'efficacité. Il paraît en effet indispensable de revenir sur l'idée initiale de médecine du travail. Continuer de parler de la médecine du travail alors que les expressions les plus usitées sont celles de santé au travail, de service de santé au travail, ayant légalement remplacé celle de service de médecine du travail ne revêt pas de caractère anachronique, au contraire. En effet, la médecine du travail, non seulement demeure le pilier par la spécialité médicale qui demeure et qui conserve ses attributions légales, qui ont même été renforcées, mais, également, le médecin du travail est l'acteur-clé dans la mesure où il a autorité sur l'équipe pluridisciplinaire dans le cadre des protocoles écrits qu'il établit. Par conséquent, non seulement il n'y a pas d'anachronisme, mais c'est bien la médecine du travail

²¹⁵ Carence du Code de la santé publique.

²¹⁶ L. n° 2016-1088, 8 août 2016, relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

²¹⁷ M. Babin, *Le risque professionnel*, Thèse Droit Nantes 2003, pp. 15-16.

²¹⁸ C. trav., art. L. 4121-2.

²¹⁹ C. trav., art. R. 4623-1, 2°.

qu'il convient de privilégier en raison de la place que ce professionnel de santé occupe aujourd'hui dans les services de santé au travail et qu'il devrait occuper à l'avenir pour que cette spécialité médicale conserve tout son sens et dont l'efficience doit encore progresser. En effet, la tentation qui peut exister de faire de la santé au travail sans médecin du travail, avec une équipe pluridisciplinaire hétérogène et sans coordination, paraît utopique bien que ce soit possible dans d'autres législations.

25. La médecine du travail en Europe²²⁰. Contrairement à la législation française, en Grande-Bretagne²²¹, la médecine du travail, spécialité officiellement reconnue seulement depuis 1978 est constituée sur une base volontaire, et n'est pas nécessairement pratiquée par un médecin spécialisé. Il n'y a pas non plus de texte de portée générale imposant la présence d'un médecin du travail dans l'entreprise, une visite médicale préalable à l'embauche ou une surveillance médicale constante. L'employeur a pour seule obligation de faire en sorte que les conditions de travail ne nuisent pas à la santé des travailleurs²²². L'organisation de la médecine connaît aussi des formules variables – service autonome ou service interentreprises, mais également simple contrat de louage de services –, essentiellement dictées par des considérations économiques. Comme l'article L. 4624-1 du Code du travail français le permet pour la visite d'information et de prévention, en Grande-Bretagne, des infirmières spécialisées peuvent également intervenir. Elles font une première sélection des problèmes de santé du personnel au cours d'un entretien et dirigent les cas les plus sérieux vers un médecin généraliste – et non un médecin spécialisé en santé au travail. Contrairement à la procédure d'agrément prévue en droit français, l'employeur britannique, recherchant une protection à moindre coût, peut décider de changer de prestataire, si le service ne répond pas à ses exigences de rentabilité, de qualité ou constitue une entrave à la liberté et au pouvoir de direction du chef d'entreprise. Dans les grandes entreprises, on trouve des services de santé autonomes avec des équipes médicales composées d'infirmières, souvent spécialisées, de médecins généralistes ou de médecins spécialistes en médecine du travail. Les entreprises

²²⁰ Annexe 3, rapport Gosselin, 2007 ; Sénat, L'organisation de la médecine du travail, Série Législation comparée, nov. 1999, p. 20.

²²¹ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, pp. 151-152.

²²² La loi du 31 juillet 1974 relative à la santé et à la sécurité du travail oblige l'employeur « à assurer dans la mesure du possible la santé (...) des salariés », comme celle des tiers, et exige en retour du salarié « qu'il prenne raisonnablement soin de sa santé », ainsi que de celle de ses collègues. Par ailleurs, selon la loi du 26 août 1992 relative à la gestion de la santé et de la sécurité au travail, « l'employeur est tenu de se livrer à une évaluation suffisante et adéquate des risques pour la santé et la sécurité auxquels sont exposés ses salariés au travail ». Il doit « veiller à procurer à ses salariés une surveillance médicale adéquate, en considération des risques pour la santé et la sécurité qu'il a identifiés dans l'évaluation des risques ».

moyennes utilisent davantage les prestations offertes par des services interentreprises de médecine du travail, qui sont des organismes privés à but lucratif. Contrairement au droit français, très soucieux de la protection du secret médical et du principe de non-discrimination, en Grande-Bretagne, l'employeur a la possibilité de demander au médecin du travail la communication des dossiers médicaux des salariés, des anciens salariés, des candidats à l'emploi et des travailleurs intérimaires. Cette possibilité est toutefois encadrée par la loi de 1988 sur l'accès au dossier médical, qui prévoit une procédure essentiellement écrite, destinée à protéger le salarié, d'une part, en l'informant de ses droits et de la volonté de son employeur, et, d'autre part, en établissant la preuve du consentement de l'intéressé. En Allemagne²²³, la loi du 12 décembre 1973²²⁴ sur la sécurité au travail a rendu obligatoire la nomination d'un médecin du travail²²⁵ par l'employeur dans toutes les entreprises²²⁶. Par ailleurs, elle a autorisé les associations professionnelles industrielles, c'est-à-dire les organismes d'assurance légale contre les accidents du travail, qui sont regroupés par branche professionnelle, « à fixer les obligations légales d'une façon détaillée dans des prescriptions relatives à la prévention des accidents ». En Belgique, la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, de transposition de la directive 89/391/CEE, impose à l'employeur, comme en droit français, de créer un service interne de prévention et de protection au travail ou, à défaut, de recourir à un service externe agréé qui l'assiste dans la mise en œuvre de cette politique. C'est au médecin du travail, qui assume les fonctions de « conseiller en prévention », qu'est confiée la surveillance médicale des travailleurs²²⁷. En cette qualité, il fait partie du personnel de l'entreprise ou est lié à l'employeur de façon à « garantir une collaboration durable avec l'entreprise auprès de

²²³ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, p. 149.

²²⁴ *Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Arbeitssicherheitsgesetz)*, art. 1^{er}.

²²⁵ Deux diplômes permettent d'exercer la médecine du travail : celui de médecin du travail (médecin spécialiste) et celui de médecin d'entreprise (médecin compétent). La loi exige aussi que le médecin du travail soit lié à l'employeur par un contrat écrit, qui peut être soit un contrat de travail soit un contrat de louage de services.

²²⁶ Un dispositif de contrôle de qualité des services de médecine du travail s'est mis en place à l'initiative de l'association allemande des médecins du travail, et une grille de critères d'évaluation de qualité vient d'être élaborée.

²²⁷ L'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif au service interne, pris pour l'application de la loi de 1996, indique que l'employeur « crée au sein de ce service interne un département chargé de la surveillance médicale ». La loi de 1996 précise que, « si le service interne ne peut pas exécuter lui-même toutes les missions qui lui ont été confiées (...), l'employeur doit faire appel en complément à un service externe agréé de prévention et de protection au travail (SEPP) ». C'est le cas notamment quand le service interne ne dispose pas d'un département chargé de la surveillance médicale. C'est aussi toujours le cas dans les entreprises de moins de 20 salariés, où l'employeur occupe lui-même la fonction de conseiller en prévention, et dans celles de moins de 200 salariés qui n'appartiennent pas à des secteurs d'activité précisés par l'arrêté du 27 mars 1998 relatif au service interne, dans la mesure où le conseiller en prévention n'a pas de formation spécifique.

laquelle il remplit sa mission ». En Espagne²²⁸, la loi 31/1995 relative à la prévention des risques professionnels, de transposition de la directive 89/391/CEE en droit espagnol, fixe notamment comme objectif l'amélioration de la santé des travailleurs, prévoit la création, dans chaque entreprise, d'un service interdisciplinaire de prévention, dont la taille et la composition varient avec l'importance de l'entreprise et les risques auxquels les travailleurs sont soumis. Le décret royal 39/1997 sur les services de prévention, qui pose des problèmes semblables à ceux de la législation française, énumère, parmi toutes les missions de ces services, « la surveillance et le contrôle de la santé des travailleurs » en plus de l'exigence de prévention. Au Luxembourg, la loi du 17 juin 1994 relative aux services de santé au travail, de transposition de la directive 89/391/CEE, organise une surveillance médicale des travailleurs sur les lieux de travail. Elle la confie à des médecins du travail exerçant dans des services de santé au travail d'entreprise, dans des services de santé interentreprises ou, pour les entreprises qui n'ont pas opté pour l'un des deux systèmes précités, dans le Service national de santé au travail (SNST). C'est un établissement public doté de la personnalité juridique, placé sous la surveillance du ministère de la Santé et sous l'autorité d'un comité directeur paritaire (représentants des salariés et des employeurs) dont le président est un fonctionnaire de l'Etat. Son financement est assuré « intégralement par une cotisation à la charge de tous les employeurs optant pour le recours à ce service ». « Le système est dual avec, d'un côté, une obligation d'affiliation à un service externe pour la prévention et, de l'autre, celle de disposer de compétences internes pour la surveillance de la santé des salariés. »²²⁹ Les dispositions belges évitent ainsi, dans les faits, par opposition au droit français, que des entreprises ne soient pas dotées d'un service de santé au travail. Contrairement aux autres pays européens, le Danemark privilégie l'internalisation des services de santé au-dessus du seuil de cinq salariés. Parallèlement, l'obligation d'adhérer à un service de santé au travail préventif et multidisciplinaire, initialement limitée à certaines entreprises à risque, a été étendue progressivement. Des inspections rigoureuses sont menées. En Finlande, dans un système doté d'une autre logique, la prévention relève d'une agence spécialisée, distincte de l'organisme chargé de la réparation. La sécurité et la santé sur les lieux de travail sont scindées. Les aspects de sécurité sont pris en charge à l'intérieur de l'entreprise par l'employeur et les représentants des travailleurs tandis que les aspects plus techniques de la

²²⁸ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, p. 150 ; B. Baudor Guillermo, La prévention au travail en Espagne, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 127.

²²⁹ Les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir, Rapport Cour des Comptes 2012, p. 130.

santé relèvent des services de santé, pour la plupart municipaux couvrant essentiellement les petites et les moyennes entreprises²³⁰. En Italie²³¹, le « médecin compétent » accompagne l'employeur dans l'évaluation des risques, alors que le médecin français n'y est pas invité, et met en œuvre la surveillance sanitaire²³².

26. La médecine du travail ailleurs dans le monde. « Le Québec²³³, en 1979, instaurait un régime de prévention avant-gardiste en matière de santé et de sécurité au travail, fondé sur le paritarisme et adoptant une approche centrée sur la santé publique. »²³⁴ Or, en l'absence de consensus, bien que des nouveaux risques et des nouvelles formes d'emplois aient émergé, le système n'a pas évolué, compromettant ainsi la réalisation de ses objectifs. Aux Etats-Unis d'Amérique²³⁵, l'administration de la sécurité et de la santé au travail a été créée en 1970 consécutivement à la hausse progressive du nombre d'accidents du travail, notamment dans les années 1960, par l'adoption de la loi sur la sécurité et la santé au travail. Historiquement, la conception américaine de la santé au travail est focalisée sur la réparation, au détriment de la prévention des risques²³⁶. « Au Brésil, la sécurité et la santé au travail sont une préoccupation majeure pour des raisons tenant à la fois à la qualité de vie des travailleurs et aux contingences d'ordre financier. Dans ce contexte, la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles devient un enjeu majeur et pour les organismes de sécurité sociale, un double objectif : baisser les atteintes à la santé au travail et préserver l'intégrité physique des travailleurs »²³⁷. Au Gabon, « évoquer la prévention, c'est également courir le risque de se heurter à une vision culturaliste que l'on peut résumer ainsi :

²³⁰ *Op. cit.*, p. 129.

²³¹ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, pp. 152-153 ; A. Muratorio, La protection de la santé au travail et la loi en Italie, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 121 ; M. Vincieri, Le rôle du « médecin compétent » et le droit de l'inaptitude dans la législation italienne, *RDT* 2017, p. 746.

²³² Décret législatif n° 81/2008, art. 2, al. 1, h.).

²³³ N. Ferré, Les institutions et les acteurs en santé au travail au Québec et en France : regard croisé, *JSL* 2009, n° 161, p. 11 ; R. Plante, R. Bhérier, M. Vézina, La médecine du travail au Québec : une pratique de santé publique, *JSL* 2009, n° 161, p. 27.

²³⁴ A.-M. Laflamme, Le régime québécois de prévention des risques professionnels, les défis du paritarisme, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 132.

²³⁵ W.-B. Bunn, R.-J. McCunney, Les services de santé au travail dans l'entreprise aux Etats-Unis, in *Encyclopédie de santé et de sécurité au travail*, OIT, 3^e édition 2000, vol. I, part. II, chap. 16.38 ; P. Higgins, Les services contractuels de santé au travail aux Etats-Unis, in *Encyclopédie de santé et de sécurité au travail*, OIT, 3^e édition 2000, vol. I, part. II, chap. 16.41 ; D.-B. Baker, Les services universitaires de santé au travail aux Etats-Unis, in *Encyclopédie de santé et de sécurité au travail*, OIT, 3^e édition 2000, vol. I, part. II, chap. 16.45.

²³⁶ Sharon L. Morris, P. Orris, Les services de santé au travail aux Etats-Unis : introduction : *Safework Bookshelf, International Labour Organization*.

²³⁷ J. Cavalcanti Boucinhas Filho, Le modèle brésilien de protection de la santé et de l'intégrité physique du travail, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 138.

les textes existent, mais ne sont pas effectifs à cause du refus des salariés de les appliquer. »²³⁸ En Chine, malgré un dispositif législatif en matière de sécurité et d'hygiène au travail, constitué depuis les années 1950, et modifié encore dans les années 2000 par l'adoption de deux lois fondamentales sur la prévention et la guérison des maladies professionnelles et sur la sécurité au travail, « le nombre d'accidents du travail et des maladies professionnelles demeure élevé, en raison de la faiblesse des contrôles. La prévention n'est pas encore une pratique répandue et encore moins, un véritable principe juridique du droit chinois du travail. »²³⁹ Au Japon, la loi sur la sécurité et l'hygiène du travail de 1972 précise qu'il incombe à l'employeur de mettre en place des services de sécurité et de santé au travail. La mise en place de la pluridisciplinarité et la structuration des services sont fonction des moyens dont dispose l'entreprise²⁴⁰. En Russie, l'article 37 de la Constitution de la fédération de Russie dispose que chaque citoyen a le droit de travailler dans un environnement conforme aux exigences établies en matière de sécurité et de santé au travail²⁴¹. Au niveau national, la prévention est de la compétence de l'Inspection fédérale du travail chargée de veiller à la bonne application de la législation du travail. Au niveau de l'entreprise, la prévention relève du bureau de la sécurité et de la santé au travail qui évalue les risques professionnels, recommande des mesures de sécurité, prévient les accidents du travail et met en œuvre les programmes de sécurité. Faisant partie de l'entreprise, mais jouissant d'une indépendance d'action, le bureau peut interrompre un processus de production en cas de danger pour la vie ou la santé des travailleurs. Ce bureau comprend des unités médicales dont l'importance et les moyens sont fonction de la taille de l'entreprise. Dans les plus grandes entreprises, des services hospitaliers ouverts ou fermés sont déployés. Les services ouverts participent d'une approche globale de santé publique. Les petites et moyennes entreprises, quant à elles, ont recours aux compétences des établissements publics de santé ainsi qu'aux services de santé au travail des grandes entreprises. Ce rapide tour d'horizon nous permet d'interroger notre propre système pour envisager des pistes d'évolution, voire une véritable refondation.

27. La refondation de la médecine du travail. Le droit du travail s'est construit comme un droit de protection, pour assurer à la partie faible du contrat de travail - le salarié - une sécurité juridique, mais également pour que sa santé ne soit pas mise en péril par le fait

²³⁸ A. Emane, P. Ossi Okori, La prévention au travail au Gabon, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 142.

²³⁹ A.-Q. Zheng, La prévention au travail en Chine, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 148.

²⁴⁰ K. Takahashi, Les services de santé au travail au Japon : *Safework Bookshelf, International Labour Organization*.

²⁴¹ N. F. Izmerov, I. A. Fedotov, La protection du travail dans la fédération de Russie: Droit et pratique : *Safework Bookshelf, International Labour Organization*.

ou à l'occasion de son travail. Dès lors, dans ce cadre, la médecine du travail, chargée d'assurer la non-altération de la santé des travailleurs, est une institution-clé. Organisation originale fondée sur les principes d'universalité, de gestion patronale contrôlée par l'État et les représentants des salariés, de spécialisation et d'indépendance des médecins du travail et d'orientation exclusivement préventive, cette spécialité médicale fait pourtant l'objet, depuis de nombreuses années, de régulières remises en question. Elle souffre d'un déficit de considération, d'une crise de confiance, et son utilité est parfois contestée. Certes, la confiance ne peut être imposée par le Droit, mais c'est à ce dernier que revient le défi d'en créer les conditions. En matière de médecine du travail, c'est essentiel, comme pour toute pratique médicale. C'est la raison pour laquelle il convient de s'interroger sur l'efficacité et la pertinence des dispositifs juridiques encadrant la médecine du travail²⁴² dans le but que lui assignent les textes, c'est-à-dire la préservation de la santé des travailleurs. Le rôle du médecin du travail dans l'organisation de l'entreprise est très important par ses répercussions possibles à la fois sur la vie de l'entreprise, mais aussi sur la vie du contrat de travail. Mais ces répercussions se produisent-elles réellement ou restent-elles « à l'état de vœu pieux dépourvu d'efficacité »²⁴³ ? Dispose-t-il en effet des pouvoirs nécessaires pour faire passer ses appréciations dans la réalité ?²⁴⁴ À la fois chargé de la protection de la santé des salariés et du conseil de l'employeur en matière d'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise, d'hygiène, d'adaptation des postes, des techniques, des rythmes à la physiologie humaine, le médecin du travail exerce sa mission dans le cadre de rapports sociaux réglementés dont la lourdeur hypothèque parfois ses chances de succès. Il peut y avoir un inconfort dû à cette position, entre l'employeur et le salarié, malgré un texte prévoyant une

²⁴² Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018 (lettre de mission p. 143) ; Il lui est demandé de formuler des propositions visant à organiser l'évaluation de la performance de notre système de prévention des risques professionnels (établir des indicateurs de comparabilité et d'efficacité du système) et d'améliorer l'efficacité et l'efficience de l'ensemble du système de prévention des risques professionnels (millefeuille de préventeurs qu'il faut décompacter pour que chacun s'y retrouve) et de notre système de contrôle et d'appui au bénéfice d'une part des travailleurs, dont la protection doit être assurée et la qualité du travail et de vie au travail soutenue, et d'autre part des entreprises, dont la responsabilité doit être organisée dans un cadre sécurisé et prévisible.

Par ailleurs, une mission sur la traçabilité des risques chimiques a été confiée à Paul Frimat. Notons également qu'un rapport, notamment confié au Pr Soulat, est récemment paru sur l'attractivité et la formation des professions de santé au travail (Rapport « Attractivité et formation des professions de santé au travail », IGAS n° 2017-023R/IGAENR n° 2017-053, établi par X. Chaster, P. Blémont, H. Siahmed, J.-M. Soulat).

Une actualité donc riche en santé au travail... en plus des Lois Touraine, El Khomri et Rebsamen et des décrets qui ont suivis ces textes...

²⁴³ A. Lyon-Caen, *Dr. soc.* n°4, avril 1980, pp. 72-76.

²⁴⁴ J. Lorient, Le rôle du médecin du travail dans l'organisation de l'entreprise, *Dr. soc.* 1987. 592.

mission exclusivement préventive²⁴⁵. L'ambiguïté entre médecine de sélection et médecine de prévention²⁴⁶, entre « médecine d'entreprise »²⁴⁷ et médecine de santé publique, est toujours prégnante et limite la médecine du travail dans son évolution au service de la santé et de la sécurité des salariés, mais également de la société²⁴⁸.

28. Entre prévention et contrôle. Née juridiquement de la confrontation de deux droits reconnus par la Constitution qui sont le droit à la santé et le droit à l'emploi, dans les faits, la médecine du travail peut être amenée à opérer des arbitrages dont les intérêts pour l'employeur et le salarié divergent. Dès lors, il peut paraître tiraillé dans le choix de privilégier tels ou tels intérêts et être contraint de pratiquer de grands écarts. C'est notamment la raison pour laquelle il faut donner à cette institution médicale des fonctions et missions sans équivoque. La vocation première, et exclusive, de la médecine du travail²⁴⁹ a été posée en 1942²⁵⁰ et confirmée en 1946²⁵¹, sans jamais être remise en cause. En effet, selon l'article L. 4622-3 du Code du travail, « le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif ». Cette mission rappelée, il convient de l'analyser au regard des éventuelles interférences, injonctions paradoxales, voire incompatibilités pouvant contrarier ou annihiler tout ou partie de son contenu. La question de la balance entre prévention et contrôle demeure posée au sujet de la médecine du travail. En effet, très vite, a été attribué à la médecine du travail un rôle de contrôle de l'aptitude de la main-d'œuvre par l'avis rendu unilatéralement par le médecin du travail, véritable passeport pour pouvoir travailler (avis d'aptitude), pouvant être retiré autoritairement (avis d'inaptitude), alors que le conseil au service d'une approche préventive était relégué au second plan. En effet, le point de vue duquel on se place est déterminant. La tentation est en effet grande, du côté de l'employeur, de vouloir s'assurer d'une main-d'œuvre exempte de tout « vice », comme une chose. La réification de l'homme au travail n'est pas une nouveauté²⁵². La preuve en est du terme d'emploi, du latin *implicare*, « plier dans », synonyme d'utilisation. L'employabilité n'est autre chose que la capacité physique, mentale et professionnelle d'être utilisé pour satisfaire les conditions de travail d'un poste désigné. On

²⁴⁵ C. trav., art. L. 4622-3.

²⁴⁶ R. Saada, Médecine du travail : la sélection au détriment de la prévention, *Dr. ouvr.* 2017, n° 825, pp. 245-247.

²⁴⁷ P. Marichalar, Médecin du travail, médecin du patron ? L'indépendance médicale en question, 2014, Presses de Sciences Po, coll. « *Nouveaux débats* », 2014, 184 p.

²⁴⁸ Notion de tiers introduite par la loi Rebsamen, C. trav. art. L. 4622-3.

²⁴⁹ J.-C. Devinck, La création de la médecine du travail en France, 1914-1946, Les cahiers du Centre fédéral.

²⁵⁰ L. n° 625, 28 juillet 1942, relative à l'organisation de services sociaux du travail.

²⁵¹ L. n° 46-2195, 11 octobre, 1946 relative à l'organisation de la médecine du travail.

²⁵² A. Supiot, *Critique du droit du travail*, PUF, 2002, p. 45-66.

fait appel ici à la notion de contrôle. Du côté du salarié, l'intérêt est d'assurer la préservation de sa santé, de garantir sa non-altération du fait, ou à l'occasion, de son travail. Ici, on est au cœur de la logique de prévention. Ces deux aspects présentent des divergences d'objectif alors que la mission légale de la médecine du travail est exclusivement préventive. Mais, envisager, par principe, la prévention sans contrôle, n'est pas forcément très pertinent, surtout pour les postes exposant à un danger. La critique que l'on peut formuler cependant est que ces deux fonctions soient concentrées entre les mains d'un seul professionnel de santé, ce qui est d'ailleurs contraire au Code de la Santé publique pour les médecins en général²⁵³ et dénoncé par le Conseil d'Etat pour la médecine du travail en particulier²⁵⁴. C'est donc bien la question de la compatibilité de ces deux fonctions qui se pose au sein d'une même médecine et, *a fortiori*, entre les mains d'un même médecin, ainsi que de leur gradation de l'une par rapport à l'autre et de la relation de causalité de l'une sur l'autre sous le prisme de la préservation de la santé des salariés. Si le contrôle est au service de la prévention, alors le contrôle est envisageable pour peu qu'il n'en entrave pas l'effectivité.

29. De la prévention dans l'aptitude ? La dimension préventive de l'aptitude est très largement contestée. En effet, l'aptitude ne serait pas un « levier de prévention » mais une protection illusoire en matière de risques professionnels. De plus, sa pertinence juridique ne serait qu'hypothétique²⁵⁵. Si la logique du contrôle est autonome vis-à-vis de la prévention, c'est-à-dire concurrente *de facto*, et constitue une autre mission de la médecine du travail, au service notamment des intérêts de l'employeur, alors elle doit être considérée comme nulle et non avenue dans la mesure où elle est en contradiction frontale avec la mission légale préventive. Souvent pointée comme chronophage, l'activité clinique de surveillance de l'état de santé s'est vue indirectement encadrée par la règle du tiers-temps²⁵⁶ dont le but était de favoriser l'action des médecins en milieu de travail, pour limiter la prédominance de l'individuel sur le collectif et du contrôle sur le conseil.

30. Annonce du plan. En réalité, la médecine du travail présente une triple dualité : de mission (contrôle/conseil), d'exercice (suivi individuel/action collective), de cadre d'action²⁵⁷

²⁵³ C. santé pub., art. R. 4127-100.

²⁵⁴ CE, 7 juin 2006, n° 279632, Syndicat national professionnel des médecins du travail, Fédération des syndicats des travailleurs du rail – SUD rail.

²⁵⁵ M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail », mai 2015, pp. 46-50.

²⁵⁶ C. trav., art. R. 4626-20.

²⁵⁷ C. trav., art. L. 4622-5 et D. 4622-1 ; H. Amouroux, Services médicaux d'entreprise ou interentreprises, *Dr. soc.* 1987. 569.

(SSTA/SSTI²⁵⁸). Tantôt opposées, tantôt complémentaires, tantôt contradictoires, ces caractéristiques peuvent rendre incompatibles les deux missions de contrôle et de conseil au regard des conséquences relationnelles et de confiance indispensables entre le médecin et le patient/salarié qui s'inscrivent dans un colloque singulier²⁵⁹ revisité. Or, formés au colloque singulier, les médecins doivent voir les règles qui encadrent ce dernier faciliter leur tâche et non l'entraver. « Le paradigme de l'aptitude les a confinés dans cette approche »²⁶⁰ de contrôle. Réformer le dispositif, en redonnant la priorité à la prévention, participerait de la relégitimation du médecin du travail parce qu'il redonnerait de la lisibilité à sa mission, créerait les conditions de la confiance sans laquelle le colloque singulier ne peut être pertinemment mis à profit pour préserver la santé du travailleur ; également il permettrait de « réintroduire l'homme au cœur du travail »²⁶¹ dans une approche collective, dimension complémentaire indispensable pour favoriser l'efficacité de la médecine du travail. Ainsi, la médecine du travail est partagée entre contrôle et conseil (**partie 1**). Un nouveau paradigme tourné vers une véritable culture de promotion de la santé doit être bâti autour de l'impératif exclusif de prévention. Pour parvenir à un système efficient, les contraintes paradoxales doivent laisser place aux complémentarités qui, pour certaines, existent déjà et méritent d'être développées : l'analyse du poste de travail et l'examen clinique pour un suivi médical individuel pertinent, mais aussi la complémentarité des approches individuelle et collective. Le colloque singulier entre médecin du travail et salarié doit être fondé sur une relation de confiance, condition *sine qua non* de l'efficacité de l'institution. Les conditions doivent donc être créées en privilégiant, par principe, le conseil au détriment de toute logique de contrôle. Ainsi, le « paternalisme médical »²⁶² qui se cristallise dans l'avis autoritaire que donne le médecin du travail en matière d'aptitude et d'inaptitude doit laisser place à une relation de confiance basée sur un conseil avisé au service d'un consentement éclairé. Créer les conditions pour une meilleure évaluation du risque professionnel, pour permettre au

²⁵⁸ La création d'un service de santé autonome est toujours facultative. L'employeur peut opter, dans tous les cas de figure (quel que soit son effectif), pour un SST inter-entreprises, sauf opposition du comité d'entreprise (ou le CSE, le cas échéant) : Circ. DGT n° 13, 9 nov. 2012.

²⁵⁹ Expression de Georges Duhamel, 1935.

²⁶⁰ La santé au travail – Vision nouvelle et professions d'avenir, rapport de Ch. Dellacherie, P. Frimat et G. Leclercq, p. 22.

²⁶¹ *Ibid.*

²⁶² Le paternalisme médical considère qu'au nom de la mission du médecin, le consentement du malade n'est pas une donnée médicalement pertinente et ne doit pas, à cet égard, être considéré comme norme de référence de la décision : A. Jaunait, *Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient*, Raisons politiques, vol. n° 11, n° 3, 2003, pp. 59-79. Pratique ancienne consistant pour le médecin à se substituer à son patient dans la prise de décision au motif que le médecin agit dans l'intérêt de son patient, le médecin agissant avec ses malades comme le père de famille avec ses enfants.

médecin du travail d'avoir un accès privilégié à une meilleure connaissance de l'état réel de santé, en confiance, des salariés apparaît une nécessité. L'action du médecin du travail, déjà teintée de santé publique (vaccination, veille épidémiologique, lutte contre les addictions...), doit davantage s'inscrire dans une approche systémique commune avec cette dernière au service d'une prévention plus efficiente assise sur une double priorité préventive : la préservation de la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel²⁶³ et leur maintien dans l'emploi²⁶⁴. Ainsi, privilégier le conseil en prévention en laissant place à davantage de liberté au travailleur pour lui permettre d'exprimer sa volonté, d'exercer son autodétermination en choisissant de suivre ou non l'avis du médecin du travail, sauf dans les cas de danger du travailleur lui-même et/ou de tiers, est une voie que nous explorerons, d'autant que ces principes gouvernent l'exercice médical selon la lettre et l'esprit de la Loi Kouchner de 2002²⁶⁵. Autrement dit, ne faut-il pas opérer une transition pour favoriser la pleine et totale expression de la volonté du travailleur, aujourd'hui subordonnée à un avis médical unilatéral et contraignant, au profit d'une autodétermination éclairée du travailleur acteur de sa propre santé ? Créer les conditions d'un climat de confiance, indispensable à la réussite du colloque singulier, et propice à une collaboration de qualité, en bannissant les interférences, est le préalable pour une médecine du travail n'apparaissant pas comme une médecine d'entreprise mais comme une médecine de prévention à destination de la préservation de la santé des travailleurs. Egalement, le médecin du travail ne doit-il pas être mieux intégré dans le parcours de santé du travailleur par la mise en place d'une politique globale de santé et de qualité de vie au travail et le développement de la prévention en milieu professionnel 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 santé²⁶⁶ ? L'intérêt est de capitaliser les savoir-faire de la médecine du travail notamment de nature préventive et de détection des pathologies et d'enrichir ainsi le système de santé par le développement des complémentarités médicales en rapprochant ce dernier du système de santé au travail. Dans ces conditions, cette spécialité médicale pourrait s'ouvrir à toutes les formes de travail sans exclusive, permettant de dépasser le seul champ du travail salarié et s'inscrivant ainsi pleinement dans le système de santé sous le prisme de l'expertise en santé-sécurité au travail. Par conséquent, l'on s'interrogera sur les principes et

²⁶³ C. trav., art. L. 4622-2, 1°.

²⁶⁴ C. trav., art. L. 4622-2, 2°.

²⁶⁵ L. n° 2002-303, 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF 5 mars 2002, p. 4118.

²⁶⁶ D. n° 2017-866, I. 2°) b.

moyens nouveaux au service d'une fonction recentrée sur la prévention des risques professionnels (partie 2) dont les bénéfices dépasseraient la seule sphère professionnelle et pourrait ainsi s'inscrire dans une approche préventive systémique, intégrée dans un schéma sanitaire unique offrant une mise en réseau des compétences pluridisciplinaires et des ressources mobilisables.

PARTIE 1.

UNE MÉDECINE PARTAGÉE ENTRE CONTRÔLE ET CONSEIL

PARTIE 2.

POUR UNE MÉDECINE RECENTRÉE SUR LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

PARTIE 1. UNE MÉDECINE PARTAGÉE ENTRE
CONTRÔLE ET CONSEIL

31. Une médecine au service de certains travailleurs. Le champ d'application des dispositions en santé au travail contenues à l'article L. 4111-5 du Code du travail visent les salariés, y compris temporaires et les stagiaires ainsi que toute personne placée à quelque titre que ce soit sous l'autorité d'un employeur. Le salariat est le public d'action privilégié de la spécialité de médecine du travail. En effet, malgré l'utilisation du terme plus large de travailleur, par rapport à celui de salarié, c'est bien aux salariés qu'est destinée cette institution²⁶⁷. « Alors que les textes prévoient que le médecin du travail vérifie l'aptitude des salariés à occuper leur poste sur un plan purement sanitaire, nombre d'employeurs attendent d'eux qu'ils s'assurent surtout de la compétence de ces derniers. »²⁶⁸ Cependant, une confusion règne entre aptitude médicale et aptitude professionnelle. Le remplacement du terme d'aptitude par celui de capacité²⁶⁹ n'est pas de nature à lever cette ambiguïté qui est entretenue notamment par la disposition prévoyant, en matière d'inaptitude, que « le médecin du travail formule également des indications sur la capacité du salarié à bénéficier d'une formation le préparant à occuper un poste adapté »²⁷⁰. « Se posent ainsi plusieurs dilemmes délicats pour ces praticiens : entre leur mission de prévention des risques et de déclaration des maladies professionnelles, et le souci d'éviter de freiner la production ou d'amener des coûts supplémentaires pour les entreprises dont ils font partie, mais aussi entre la préservation de la santé des travailleurs ou celle de leur emploi, qu'ils risquent de perdre s'ils sont déclarés malades ou inaptes. »²⁷¹ Cette spécialité médicale est seulement préventive par la lettre de la loi, s'inscrit dans un environnement vivant qu'est l'entreprise, dont elle doit assurer la protection des travailleurs. Or, la médecine du travail ne s'inscrit pas dans un schéma universel, c'est-à-dire qu'elle ne concerne pas tous les travailleurs. Les fonctionnaires connaissent un médecin de prévention, comme les agents de la SNCF²⁷², les agriculteurs avec le régime spécial de la MSA, les gens de mer²⁷³ notamment. Sur les territoires où les médecins du travail manquent, comme à Saint-Pierre-et-Miquelon, il est possible d'y remédier, par autorisation administrative, grâce à un médecin de ville autorisé à exercer

²⁶⁷ « éviter toute altération de la santé des travailleurs » (L. n° 46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation de la médecine du travail ; C. trav., art. L. 4622-3).

²⁶⁸ P. Marichalar, *Médecin du travail, médecin du patron ? L'indépendance médicale en question*, 2014, Presses de Sciences Po, coll. « Nouveaux débats », 2014, 184 p.

²⁶⁹ C. trav., art. L. 1226-2 et L. 1226-10.

²⁷⁰ C. trav., art. L. 1226-2 et 10.

²⁷¹ P. Marichalar, *Médecin du travail, médecin du patron ? L'indépendance médicale en question*, 2014, Presses de Sciences Po, coll. « Nouveaux débats », 2014, 184 p.

²⁷² CE, 7 juin 2006, n° 279632, Syndicat national professionnel des médecins du travail, Fédération des syndicats des travailleurs du rail – SUD rail.

²⁷³ C. trav., L. 2412-14.

l'activité de médecin du travail²⁷⁴. Les indépendants²⁷⁵, quant à eux, ne sont pas dans le champ d'application de la médecine du travail²⁷⁶.

32. De la médecine du travail aux services de santé au travail. La nouvelle dénomination des services de médecine du travail en « services de santé au travail », consacrée par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002²⁷⁷, a eu pour effet, combinée à la logique de la pluridisciplinarité²⁷⁸, de mettre en avant leur mission préventive, rappelée, si besoin en était, par la loi du 20 juillet 2011²⁷⁹ : « Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. »²⁸⁰ Assisté-t-on à un changement de paradigme, à l'affirmation d'une nouvelle ambition, à une diversification des moyens ou à une simple mise en conformité avec la sémantique juridique européenne²⁸¹ ? Cette mission se décline en quatre activités principales : conduire les actions de santé au travail²⁸² « dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel »²⁸³, conseiller les employeurs, les salariés et les représentants du personnel²⁸⁴ « 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 ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs... »²⁸⁵, surveiller l'état de santé des travailleurs²⁸⁶ « en

²⁷⁴ C. trav., L. 4822-1 et R. 4822-1.

²⁷⁵ C. trav., art. L. 8221-6 et L. 8221-6-1.

²⁷⁶ C. trav., art. L. 4111-1 et L. 4111-5 ; C. Czuba, L'étendue de l'hétérogénéité des protections au sein du système de santé au travail, *RDSS* 2014. 258.

²⁷⁷ L. n° 2002-73, 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

²⁷⁸ N. Dedessus-Le Moustier, La pluridisciplinarité en santé au travail : analyse juridique, *Travail et Emploi*, juillet-septembre 2005, n° 103, p. 65 ; Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels, Rapport pour la direction générale du travail, ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, décembre 2007.

²⁷⁹ L. n° 2011-867, 20 juillet 2011, relative à l'organisation de la médecine du travail (C. trav., art. L. 4622-1 et s.) ; D. n° 2012-135, 30 janvier 2012 (C. trav., art. R. 4621-1 et s.) ; D. n° 2012-137, 30 janvier 2012 (C. trav., art. D. 4622-1 et s.) ; L. n° 2015-994, 17 août 2015.

²⁸⁰ C. trav., art. L. 4622-2.

²⁸¹ M. Véricel, La loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail – Renforcement de la protection des salariés ou renforcement de l'autorité patronale sur les services de santé au travail ?, *RDT* 2011, p. 682.

²⁸² C. trav., art. R. 4624-1.

²⁸³ C. trav., art. L. 4622-2, 1°.

²⁸⁴ On notera ici une large mission de conseil. Au-delà des risques professionnels, les services sont chargés de conseiller notamment sur les dispositions et mesures nécessaires afin de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir ou de réduire la désinsertion professionnelle, de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs.

²⁸⁵ C. trav., art. L. 4622-2, 2°.

²⁸⁶ Adoption des principes directeurs concernant la surveillance de la santé des travailleurs lors de la Réunion d'Expert du BIT qui s'est tenue à Genève du 2 au 9 septembre 1997. L'expression « surveillance de la santé au

fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge... »²⁸⁷ et participer au suivi et contribuer à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire²⁸⁸. Cet élargissement notable du rôle des services participe nécessairement du renforcement de son acteur principal à qui il revient de l'animer et de le coordonner : le médecin du travail. *A contrario*, devant l'ampleur des ambitions²⁸⁹, cela ne revient-il pas à confier une mission impossible à ce dernier et donc *in fine* à dévaloriser la profession ? En effet, dans les textes, les missions des services de santé au travail ont été élargies. Au-delà de la prévention des risques professionnels, et de la pénibilité²⁹⁰, ils doivent s'intéresser aux addictions et à la désinsertion professionnelle, c'est-à-dire à l'emploi. Egalement, et cela nourrit des inquiétudes chez les médecins du travail, ces derniers ont aussi à se préoccuper de la sécurité des tiers²⁹¹. Quelle est la réalité effective de la mission des médecins du travail ? En effet, ils disposent d'une indépendance telle qu'ils sont seuls juges de l'opportunité des actions à mener et de la manière de les mener tout en devant s'inscrire, pour les médecins du travail évoluant dans un service de santé au travail interentreprises, c'est-à-dire la plupart d'entre eux²⁹², dans la politique définie par le service et la commission médico-technique²⁹³.

33. Une médecine préventive et d'aptitude : contradiction ou complémentarité ?

Selon l'article L. 4622-3 du Code du travail, « le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif. Il 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 tout risque manifeste d'atteinte à la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail. » Alors que ce texte rappelle, sans ambiguïté, le rôle exclusivement préventif du médecin du travail, il fait naître une confusion dans la

travail » a été utilisée par les experts pour désigner à la fois la surveillance de la santé des travailleurs et la surveillance du milieu du travail. Les principes directeurs concernant la surveillance de la santé des travailleurs s'adressent également à la promotion de la santé, à des fins épidémiologiques et de santé publique ainsi que dans le cadre de la réadaptation professionnelle et du reclassement.

²⁸⁷ C. trav., art. L. 4622-2, 3°.

²⁸⁸ C. trav., art. L. 4622-2, 4°.

²⁸⁹ C. trav. art. R. 4624-1.

²⁹⁰ D. n° 2017-1768 du 27 décembre 2017 relatif à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention, Journal Officiel du 28 décembre 2017, *JCP G*, 2018, p. 90 ; L. Bensoussan, N. Chenevoy, Non, la prévention de la pénibilité n'a pas disparu !, *Gaz. Pal*, 2018, n° 10, p. 73.

²⁹¹ C. trav., art. L. 4622-2 et L. 4622-3 mod., L. n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi, art. 26 et 32.

²⁹² Rapport « Attractivité et formation des professions de santé au travail », IGAS n° 2017-023R/IGAENR n° 2017-053, établi par X. Chaster, P. Blémont, H. Siahmed, J.-M. Soulat.

²⁹³ C. trav., art. L. 4622-13, L. 4622-14, D. 4622-28 et D. 4622-29.

déclinaison de quelques voies et moyens destinés à ce résultat, par la référence à l'adverbe « notamment ». L'article L. 4622-2 précise qu'afin d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail – mission exclusive –, l'équipe pluridisciplinaire, dans les services de santé au travail interentreprises, animés et coordonnés par les médecins du travail, et les médecins du travail eux-mêmes, dans les services de santé au travail autres²⁹⁴, exercent dans quatre champs d'action. Premièrement, « ils conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ». Deuxièmement, « ils conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants 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 mentionnés à l'article L. 4161-1 et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ». Troisièmement, « ils assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé au travail et leur sécurité et celle des tiers, des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 et de leur âge ». Quatrièmement, « ils participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire. » Ainsi, le rôle du médecin du travail s'inscrit pleinement dans sa mission préventive. En effet, les préventions primaire – « éviter » et « diminuer les risques », « améliorer les conditions de travail » –, secondaire – assurer « la surveillance de l'état de santé des travailleurs » – et tertiaire – « contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs » – sont citées dans le texte. Cette mission préventive s'exerce dans des champs différents dont les deux principaux, souvent présentés comme contradictoires ou concurrents, sont le conseil en prévention des employeurs, des travailleurs et de leurs représentants, et le contrôle de l'aptitude médicale, c'est-à-dire la surveillance de l'état de santé des travailleurs.

34. Une dualité proscrite. En droit de la santé-sécurité au travail, le contrôle est présenté comme un outil au service de la prévention. Pour s'en convaincre, il suffit de décliner les articles L. 4622-2 et L. 4622-3 du Code du travail. Le Code de la Santé

²⁹⁴ Rappelons que la création d'un service de santé autonome est toujours facultative. Ce choix est fait par l'employeur. Le CSE préalablement consulté peut s'opposer à cette décision. C'est alors le directeur de la DIRECCTE qui se prononce après avis du médecin inspecteur du travail : C. trav., art. D. 4622-2, D. 4622-3 ; Circ. DGT n° 13, 9 nov. 2012.

publique²⁹⁵, quant à lui, proscrit la double dimension médecine de contrôle et médecine de prévention, rappelée par le Conseil d'Etat²⁹⁶ qui oppose médecine du travail et médecine d'aptitude. D'ailleurs, les médecins du travail qui se sont opposés à l'inscription dans le Code du travail de la sécurité des tiers se sont appuyés sur son article L. 4622-3 qui énonce très clairement que « le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif ». Bien qu'initiée par la voie règlementaire²⁹⁷, l'aptitude est maintenant d'assise légale. Dans la chronologie des textes du Code du travail, les articles fondamentaux et initiaux prévoient la préservation exclusive. C'est dans les moyens à mettre en œuvre que l'on découvre qu'il y a des missions d'aptitude²⁹⁸ et des missions d'attention à la sécurité des tiers²⁹⁹. L'aptitude est restée comme une séquelle assurantielle destinée selon certains à écarter, non pas les vulnérables, mais surtout les accidentables. La crainte de beaucoup d'employeurs est l'accident, fondé sur les exigences de leur obligation de sécurité, pouvant déboucher sur la faute inexcusable. Officiellement, on veut préserver le salarié de l'accident pour préserver sa santé. L'aptitude est un héritage ambigu aussi parce qu'elle focalise la médecine du travail sur l'approche individuelle qu'elle favorise, même si une dimension collective a été ouverte par les textes récents³⁰⁰ qui ont intégré la surveillance de « tout risque manifeste d'atteinte à la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail »³⁰¹.

35. Une double dimension difficilement conciliable. L'originalité et la contradiction majeure de la « médecine du travail à la française » résident dans la cohabitation de deux dimensions distinctes de la médecine, l'une de contrôle, l'autre de prévention, aspects *a priori* difficilement conciliables dans les faits, parce que participant de deux logiques différentes, par ailleurs déontologiquement incriminées et disciplinairement sanctionnées. En effet, à la fois en charge de la surveillance de l'état de santé des travailleurs, par un suivi individuel, adapté et régulier, pour les postes de droit commun³⁰², et d'un suivi individuel renforcé pour les travailleurs affectés à un poste présentant des risques particuliers³⁰³, et donc empreinte de contrôle de l'(in)aptitude au travail, la médecine du travail est déclarée exclusivement

²⁹⁵ C. santé pub., art. R. 4127-100.

²⁹⁶ CE, 7 juin 2006, n° 279632, Syndicat national professionnel des médecins du travail, Fédération des syndicats des travailleurs du rail – SUD rail.

²⁹⁷ Décr. n° 52-1263, 27 nov. 1952, JO 8 nov.

²⁹⁸ C. trav., art. L. 4622-2, 3°.

²⁹⁹ C. trav., art. L. 4622-2, 3°.

³⁰⁰ L. n° 2016-1088, 8 août 2016, relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

³⁰¹ C. trav., art. L. 4622-3.

³⁰² C. trav., art. L. 4624-1.

³⁰³ C. trav., art. L. 4624-2.

préventive. Le rappel de cette dimension à l'article R. 4623-1 3° présente une certaine équivoque : le médecin du travail « décide du suivi individuel de l'état de santé des travailleurs, qui a une vocation exclusivement préventive ». C'est donc la question de leur articulation, de leur compatibilité, de leur adéquation, de leur congruence qui est posée.

36. Annonce de plan. Caractérisée par son action bidimensionnelle, à la fois individuelle, grâce à la réalisation d'un suivi adapté à l'état de santé réel du travailleur et à ses conditions de travail, et collective, par des actions en milieu de travail profitant, le cas échéant, à l'ensemble de la communauté de travail, grâce notamment aux constatations médicales opérées dans le cadre du colloque singulier, une des caractéristiques essentielles de la médecine du travail est sa dimension exclusivement préventive. Cette mission, théoriquement exclusive de toutes autres, fait de cette spécialité médicale une spécialité hors du champ du soin³⁰⁴, au sens communément admis et traditionnel de médecine curative. Cette spécificité, à l'avant-garde, l'était peut-être trop, de sorte que les médecins qui l'exerçaient étaient peut-être démunis au regard des moyens de l'époque, dès 1946. C'est peut-être une des raisons, au-delà de la nécessité de s'assurer de la robustesse suffisante de la main-d'œuvre pour travailler, étant donné le contexte de sortie de guerre et d'une population fragilisée, qui a fait naître cette mission de contrôle, parfois qualifiée d' « exception » française centrée sur l'aptitude médicale systématique³⁰⁵. « L'influence du système des maladies professionnelles et des décrets spéciaux de 1908 et 1910 visant à protéger les employeurs d'embauches de salariés déjà porteurs d'une pathologie indemnisable »³⁰⁶, « la mise en place pendant la Première Guerre mondiale d'une surveillance médicale dans les usines d'armement face à des conditions de travail extrêmes, une taylorisation récente de la production, une main-d'œuvre inexpérimentée (étrangers, coloniaux, prisonniers) ou diminuée (blessés ou mutilés de guerre) mais surtout des femmes dans des secteurs d'activité qui leur étaient interdits jusque-là »³⁰⁷ sont autant d'influences qui peuvent expliquer la genèse de ce système original. Au final, la logique de contrôle a pris le pas sur l'impératif de prévention. Dire que le contrôle de l'aptitude est totalement déconnecté de la logique de prévention serait exagéré. *A contrario*, amalgamer aptitude et prévention n'est pas davantage une vérité. Dès 1979, le législateur a

³⁰⁴ C. trav., art. L. 4623-3.

³⁰⁵ J.-M. Soulat, S. Fantoni-Quinton, La loi Travail et la santé au travail : évolution ou révolution ?, *SSL*, n° 1765, 18 avril 2017.

³⁰⁶ *Ibid.*

³⁰⁷ *Ibid.*

créé la règle du tiers-temps³⁰⁸ pour contraindre les médecins du travail à agir sur le milieu de travail, prévoyant ainsi que le temps d'exercice médical soit, pour le tiers de l'activité, consacré à la prévention. C'est avec ce texte précisément que la connexion directe s'est faite entre la prévention et la dimension collective. En effet, le législateur faisait coïncider l'action en milieu de travail et la mission préventive. Aujourd'hui, l'objet de la médecine du travail doit être questionné quant à sa pertinence et son efficacité. Tirillée entre deux logiques dont la compatibilité pose question, la médecine du travail est une médecine principalement orientée, par les textes qui l'encadrent et les circonstances pratiques dans lesquelles s'exerce cette spécialité médicale, vers le contrôle de l'aptitude au travail, dans le cadre d'un suivi médical individuel dont le centre de gravité est le concept d'aptitude/inaptitude à exercer un poste de travail (**titre 1**), et secondairement orientée vers le conseil en prévention (**titre 2**).

TITRE 1.

UNE MÉDECINE PRINCIPALEMENT ORIENTÉE VERS LE CONTRÔLE DE L'APTITUDE AU TRAVAIL

TITRE 2.

UNE MÉDECINE SECONDAIREMENT ORIENTÉE VERS LE CONSEIL EN PRÉVENTION

³⁰⁸ C. trav., art. R. 4624-6.

TITRE 1. Une médecine principalement orientée vers le contrôle de l'aptitude au travail

37. Une réforme de plus : la Loi El Khomri. La loi n° 2016-1088 du 8 août 2016³⁰⁹, dite loi Travail, a modifié les règles concernant la surveillance médicale des salariés et les missions du médecin du travail. En effet, elle « reconfigure le suivi des salariés et réforme le régime juridique de l'inaptitude »³¹⁰. Le texte, dont les articles 102, 103 et 104 ambitionnent de « moderniser la médecine du travail », part du postulat de l'obsolescence et de l'archaïsme du système, dans un contexte de démographie qui affiche une baisse inquiétante³¹¹ des médecins du travail et une pyramide des âges très défavorable, qui traduit « la faible attractivité³¹² de la spécialité à la sortie des études de médecine et la crise que traverse la médecine du travail dans un monde du travail en mutation »³¹³. Le rôle exclusivement préventif du médecin du travail, qui 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 santé³¹⁴, est conforté. En matière de surveillance de l'état de santé des travailleurs, est affirmé le « droit pour tous de bénéficier d'un suivi individuel de sa santé désormais complété par l'ambition clairement affichée de mieux « cibler » ce suivi et d'abandonner toute systématisme et toute tentation de standardisation. »³¹⁵ Sur cet aspect, deux lectures sont possibles : « une tentative d'ostraciser ou de « ringardiser » le médecin du travail »³¹⁶ et une « meilleure reconnaissance de ses compétences de spécialiste du travail et du lien entre santé et travail en lui laissant une plus grande marge de manœuvre »³¹⁷, notamment dans son rôle de prescripteur de suivi de santé disposant ainsi d'un pouvoir réel d'initiative laissant davantage de place à l'expression de son expertise médicale. « C'est d'ailleurs la maîtrise de ce lien qui fait le particularisme de la

³⁰⁹ L. n° 2016-1088, 8 août 2016, relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO 9 août 2016.

³¹⁰ S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

³¹¹ Au 1er janvier 2015, 5 264 médecins du travail recensés par le Conseil national de l'Ordre des médecins, soit une diminution de 13% par rapport à 2007 (6 052) (Atlas de la démographie médicale en France, 2015, www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf).

³¹² Rapport « Attractivité et formation des professions de santé au travail », IGAS n° 2017-023R/IGAENR n° 2017-053, établi par X. Chaster, P. Blémont, H. Siahmed, J.-M. Soulat.

³¹³ S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

³¹⁴ C. trav., art. L. 4622-3.

³¹⁵ S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

³¹⁶ *Ibid.*

³¹⁷ *Ibid.*

fonction et qui explique pourquoi de simples visites médicales chez un généraliste ou un spécialiste ne suffiraient pas à garantir la protection de la santé des travailleurs »³¹⁸. Les orientations nouvelles émanant de la loi de 2016 traduisent, dans le contexte donné et au vu des ressources disponibles, une volonté de renouvellement de la profession dans le sens d'un renforcement du rôle de spécialiste du lien santé-travail du médecin du travail, de nature à valoriser la profession. Ainsi, le remplacement de la visite médicale d'embauche par une visite d'information et de prévention qui devient la règle³¹⁹, la suppression de la visite médicale périodique mais corrélativement le renforcement de la surveillance médicale pour les salariés affectés à des postes à risques³²⁰ ou le renforcement de ce suivi pour les salariés présentant une vulnérabilité particulière³²¹, impactent la « notion extrêmement sensible dans la profession qu'est l'(in)aptitude »³²². Par ailleurs, le médecin ne peut proposer des recommandations individuelles qu'après avoir échangé avec le salarié et l'employeur. L'organisation juridique de cet échange³²³ assure la communication entre les acteurs³²⁴. La loi du 8 août 2016 prévoit, notamment, que le médecin du travail, dont le rôle d'expert est réaffirmé, « reçoit le salarié, afin d'échanger sur l'avis et les indications ou les propositions qu'il pourrait adresser à l'employeur »³²⁵.

38. L'accroissement du rôle du salarié. La loi du 8 août 2016 dispose que « tout salarié peut, lorsqu'il anticipe un risque d'inaptitude, solliciter une visite médicale dans l'objectif d'engager une démarche de maintien dans l'emploi »³²⁶. Alors que jusqu'à présent la visite de reprise était d'abord à l'initiative de l'employeur et devait être organisée par lui³²⁷, les nouvelles dispositions renforcent les possibilités du salarié d'anticiper la mise en oeuvre de son retour dans l'entreprise³²⁸. Après le droit d'alerte et de retrait³²⁹ ou l'obligation individuelle

³¹⁸ *Ibid.*

³¹⁹ C. trav., art. L. 4624-1, R. 4624-10.

³²⁰ C. trav., art. L. 4624-2, R. 4624-23.

³²¹ C. trav., art. L. 4624-1, R. 4624-17 à R. 4624-21.

³²² S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

³²³ C. trav., nouv. art. L. 4624-3.

³²⁴ S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

³²⁵ C. trav., nouv. art. L. 4624-5, al. 1er.

³²⁶ C. trav., art. L. 4624-1.

³²⁷ Cass. soc., 28 juin 2006, n° 04-47.746, *Bull. civ.* V, n° 229 ; Cass. soc., 26 janv. 2005, n° 03-40.893, *Bull. civ.* V, n° 24, *Dr. soc.* 2005. 546, note J. Savatier.

³²⁸ Rappelons que le salarié peut déjà solliciter une visite de reprise (C. trav., art. R. 4624-20), prendre l'initiative d'une visite de reprise en informant l'employeur (Soc., 10 mars 1998, n° 95-43.871, *Bull. civ.* V, n° 133 ; *D.* 1998. 99 ; *Dr. soc.* 1998. 504, obs. J. Savatier - Soc., 9 juin 2010, n° 08-42.669, NP) ou demander à tout moment à être examiné par le médecin du travail (C. trav., art. R. 4624-17).

³²⁹ C. trav., art. L. 4131-1.

de sécurité³³⁰, il s'agit d'une nouvelle application du principe de participation équilibrée prévu par la directive-cadre communautaire du 12 juin 1989³³¹, pour la mise en oeuvre des règles de santé au travail. L'implication du salarié dans la démarche d'acteur de sa santé au travail ne doit pas conduire à « occulter l'asymétrie réelle des pouvoirs dans la relation de travail, a fortiori lorsque l'état de santé du salarié est dégradé. »³³²

39. Un système de santé sans (in)aptitude ?³³³ Cette question est un serpent de mer en santé au travail. D'aucuns pensaient que la dernière loi³³⁴ trancherait définitivement le sujet. Or, force est de constater que la réforme n'a pas levé toutes les ambiguïtés de cette notion qui concentre nombre de critiques depuis tant d'années³³⁵. La difficulté est davantage la conciliation de l'aptitude et de la prévention que l'existence d'une médecine s'assurant de l'aptitude des travailleurs ou spécialisée en prévention. Le problème a été le non choix du législateur d'abandonner complètement le concept d'aptitude ou en tout cas de le confier à d'autres comme le Code de la Santé publique³³⁶ et le Conseil d'État³³⁷ l'exigent. Au contraire, la solution retenue est un entre-deux consistant à maintenir le dispositif pour les postes à risques³³⁸ et de l'alléger pour les postes sans risque particulier³³⁹, mais sans renoncer clairement à la logique du contrôle de l'aptitude ni pour les uns ni pour les autres. En réalité, le contexte a fait son œuvre alors que la mission Issindou proposait d'abandonner le concept d'aptitude. En plein débat sur l'abandon complet de l'aptitude, à l'exception de la surveillance

³³⁰ C. trav., art. L. 4122-1.

³³¹ Dir. n° 89/391/CEE du Conseil, 12 juin 1989, concernant la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, JOUE, n° L. 183, 29 juin, p. 1 (spéc. art. 1^{er} et 11).

³³² S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

³³³ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013. 1023.

³³⁴ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

³³⁵ L'exposition aux risques professionnels – Intégrer l'organisation du travail et la prévention, document ANACT, 2000 ; Rapport Toussaint – Stratégies nouvelles de prévention (15/12/2006) ; Rapport Gosselin – Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives (janvier 2007) ; Rapport Frimat-Conso – Le bilan de réforme de la médecine du travail (octobre 2007) ; Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels (DGT) (décembre 2007) ; Rapport Desmarescaux visant à améliorer la santé au travail des salariés et à prévenir les risques professionnels (16 janvier 2008) ; Avis Dellacherie du Conseil Economique et Social du 3 mars 2008 – L'avenir de la médecine du travail ; Rapport Nasse et Légeron sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail (12 mars 2008) ; Rapport Dellacherie, Frimat, Leclercq – La santé au travail – Vision nouvelle et professions d'avenir (avril 2010) ; Rapport Lachmann – Bien-être et efficacité au travail (17/02/2010) ; Rapport de l'Ordre National des Médecins – La réforme de la santé au travail passée au crible de la déontologie médicale (25 juin 2010) ; Rapport Issindou – Aptitude et médecine du travail (Mai 2015).

³³⁶ C. santé publ., art. R. 4127-100.

³³⁷ CE 7 juin 2006, n° 279632, Synd. national professionnel des médecins du travail, concl. Ch. Devys, pp. 4 et 5.

³³⁸ C. trav., art. L. 4624-2.

³³⁹ C. trav., art. L. 4624-1.

des postes susceptibles de porter gravement atteinte à la sûreté, à la santé, à la sécurité qui est confiée à des médecins extérieurs comme à la SNCF – tâches essentielles de sécurité ferroviaire autres que la conduite de trains³⁴⁰ et certification des conducteurs de train³⁴¹ –, mais également les pilotes d’avion, la marine³⁴² ou encore les salariés des entreprises « seveso » ou les armées³⁴³ à un corps de médecins agréés, l’accident de la Germanwings³⁴⁴ a eu lieu le 24 mars 2015. Dès lors, une certaine confusion a régné. En l’espèce, c’est le médecin traitant qui n’avait pas transmis l’information médicale au médecin du travail. C’est dans ce contexte que la référence aux tiers³⁴⁵ a été introduite dans le texte de la loi dite Rebsamen³⁴⁶ de 2015. Ainsi, la question des postes de sécurité a fait l’objet d’une attention particulière et il n’a plus été question d’abandonner complètement la sécurité et l’aptitude, car c’est bien l’aptitude dans sa dimension sécuritaire qui a présidé à l’introduction de la notion de tiers dans le Code. En outre, quand la dualité médecin du travail/médecin agréé a été évoquée, la question immédiate du coût s’est posée. En effet, une double médecine engendrerait un double coût. Il a été considéré par le patronat que le médecin payé pour intervenir en santé-sécurité au travail pouvait bien faire aussi cette tâche-là. Autrement dit, si le médecin du travail ne peut pas faire de la sécurité, alors il n’est pas utile et on peut donc faire sans lui. S’il faut juste un médecin de sécurité chargé de vérifier l’aptitude, alors on paiera un médecin de sécurité. Or, la médecine du travail étant une médecine de prévention, elle nécessite un accès privilégié aux informations de nature médicale que veut bien lui confier le salarié, ce qui n’est possible que dans un climat de confiance. On ne peut pas dire que l’avis d’(in)aptitude contribue à ce climat de confiance, indispensable à un colloque singulier de qualité.

40. Deux écoles. Deux lignes claires se dégagent ici : l’une, minoritaire, dans laquelle s’inscrit Hervé Gosselin³⁴⁷ et l’autre notamment portée par le Professeur Sophie Fantoni-Quinton. L’un considère que l’aptitude est un mode de protection de la personne. Il s’inscrit en antinomie complète avec l’évolution du droit des patients, et même des usagers du système

³⁴⁰ D. n° 2017-527, 12 avril 2017, A.rrêté du 7 mai 2015 pris en application du décret n° 2006-1279.

³⁴¹ D. n° 2010-708, 29 juin 2010 et Arrêté du 6 août 2010.

³⁴² D. n° 2015-1575, 3 décembre 2015 relatif à la santé et à l’aptitude médicale à la navigation.

³⁴³ Instruction n° 2100/DEF/DCSSA/AST/AME relative à la détermination de l’aptitude médicale à servir (SIGYCOP), Arrêté du 20 décembre 2012 relatif à la détermination et au contrôle de l’aptitude médicale à servir du personnel militaire.

³⁴⁴ P.-Y. Verkindt, Le médecin du travail et la sécurité des tiers, *Cah. soc.* avril 2017, n° 295, p. 208.

³⁴⁵ S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

³⁴⁶ L. n° 2015-994, 17 août 2015, relative au dialogue social et à l’emploi.

³⁴⁷ H. Gosselin, Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives, rapport pour le ministre délégué à l’Emploi, au Travail et à l’Insertion professionnelle des jeunes, janv. 2007.

de santé depuis la loi Kouchner³⁴⁸, accentué encore par la loi Touraine³⁴⁹. Si on considère que le salarié, en étant suivi par la santé au travail, n'obéit pas aux règles des usagers du système de santé, alors c'est que la médecine du travail n'appartient pas au système de santé. La seconde interroge le fait de savoir si le système de santé au travail est un système à part³⁵⁰. Il a été montré qu'il existait un cloisonnement trop fort de la santé au travail se différenciant grandement du système de santé dans sa globalité.

41. La dimension sécuritaire de l'aptitude. En matière de sécurité des tiers, l'aptitude, d'abord circonscrite à l'hypothèse d' « un danger immédiat »³⁵¹ pour la santé ou la sécurité de ces derniers, a évolué avec la référence à « tout risque manifeste d'atteinte à la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail »³⁵². Ainsi, le médecin du travail doit en même temps être préventeur et s'assurer que les personnes ne sont pas dangereuses pour les autres. On a clairement basculé dans une dimension sécuritaire alors que le but était de mieux circonscrire les postes à risques, par une définition plus stricte, pour éviter une inflation importante de ces postes. C'est une impasse juridique parce que soit on considère que le médecin du travail ne travaille pas dans le respect des règles déontologiques de base – exercice simultané d'une médecine de contrôle et d'une médecine de prévention – soit on les respecte et le système ne marche pas. C'est toute la difficulté des injonctions paradoxales. Suite à l'inquiétude vive que cet ajout a suscité au sein des médecins du travail qui, pour beaucoup, se sont inquiétés de devoir tout surveiller sans limite, la loi El Khomri est venue édulcorer le texte en intégrant les termes « manifeste » et « environnement immédiat ». Dès lors, nous sommes passés de l'expression « toute atteinte à la sécurité des tiers » sous l'empire de la loi Rebsamen à « tout risque d'atteinte à la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail ». Alors que ces expressions auraient dû servir à mieux appréhender les postes de sécurité en leur donnant une définition adaptée, elles ont été dévoyées. Cependant, on ne peut pas contester que le noyau dur est le rôle « *exclusivement préventif* »³⁵³ du médecin du travail. On peut à cet égard noter qu'il est en quelque sorte érigé en chapeau, c'est-à-dire en principe. Par ailleurs, le contrôle n'est pas le noyau dur et ne fait

³⁴⁸ L. n° 2002-303, 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF 5 mars 2002, p. 4118.

³⁴⁹ L. n° 2016-41, 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n° 0022 du 27 janvier 2016.

³⁵⁰ S. Fantoni-Quinton, J. Saison, Le système de santé au travail est-il une exception au système de santé français ?, *RDSS* 2014, p. 217.

³⁵¹ C. trav., art. R. 4624-31 anc. ; D. n° 2012-135, 30 janvier 2012, art. 1.

³⁵² C. trav., art. L. 4622-3 ; L. n° 2016-1088 du 8 août 2016, art. 102.

³⁵³ C. trav., art. L. 4622-3.

pas l'objet d'un principe. Il est, au contraire, inscrit dans les moyens. Du coup, il faut acter qu'il y a une différence de nature entre les deux, l'un étant censé être un outil au service de l'autre. La surveillance de l'état de santé, autrement dit le contrôle de l'(in)aptitude, est donc un moyen, à la lecture du texte, pour éviter toute altération de la santé du fait du travail. Or, si le contrôle est compris comme une finalité, de façon équivalente à la prévention, c'est que l'on fait une interprétation extensive du texte, que l'on dévoie donc le texte. De plus, les articles L. 4622-2 et 3 du Code du travail explicitent respectivement la mission des services de santé au travail et le rôle du médecin du travail, « exclusivement préventif »³⁵⁴, dans une formulation négative, consistant à « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». Pour définir la mission générale des services de santé au travail et des médecins du travail, les termes de préservation³⁵⁵, de protection³⁵⁶, d'amélioration³⁵⁷, de prévention³⁵⁸ et/ou de promotion³⁵⁹ auraient pu être privilégiés. Ce choix peut apparaître moins ambitieux qu'une formulation positive. Au-delà du principe, on peut relever les termes utilisés, respectivement aux articles L. 4622-2 et L. 4622-3, « à cette fin » et « il consiste à ». On est bien dans l'énoncé des moyens qui, eux ne présentent pas un caractère exclusif mais complémentaire. Parmi ces outils préventifs, on peut citer l'adverbe « *notamment* »³⁶⁰, ce qui indique que la liste ne soit pas limitative, indépendance médicale oblige.

42. La règle du tiers-temps. Si l'on se réfère au décret du 20 mars 1979³⁶¹ qui initie la règle selon laquelle le médecin du travail doit accorder le tiers de son temps à des actions en milieu de travail, on peut en déduire que, parmi les deux-tiers restants, une large part est consacrée, à titre principal donc, à la surveillance médicale individuelle³⁶². En effet, le colloque singulier entre le salarié et le médecin du travail est un aspect essentiel. Or, sa mission, exclusivement préventive, devrait être exercée aussi, et même surtout, sur le milieu de travail, domaine de prédilection de l'exercice préventif. Cette constatation simple conduit à

³⁵⁴ C. trav., art. L. 4622-3.

³⁵⁵ C. trav., art. R. 4435-2 (un travailleur dont l'exposition au bruit dépasse les valeurs bénéficie, à sa demande ou à celle du médecin du travail d'un examen audiométrique préventif qui a pour objectif la « préservation de la fonction auditive »).

³⁵⁶ C. trav., art. R. 4623-1 (le médecin du travail participe « à la protection de la santé des travailleurs »)

³⁵⁷ C. trav., art. R. 4623-1 (le médecin du travail participe à la prévention des risques professionnels et à la protection de la santé des travailleurs par « l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise »)

³⁵⁸ C. trav., R. 4623-1 (le médecin du travail participe « à la prévention des risques professionnels »)

³⁵⁹ C. trav., art. L. 4622-10 (missions des services de santé au travail « en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail »).

³⁶⁰ C. trav., L. 4622-3.

³⁶¹ D. n° 79-230, 20 mars 1979, portant règlement d'administration publique relatif aux substances et préparations dangereuses pour les travailleurs.

³⁶² M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail », mai 2015, p. 10 [29] et p. 33 [146].

déduire une certaine prégnance de la surveillance médicale individuelle sur la prévention. Cette focalisation sur le contrôle de l'aptitude paraît contradictoire avec la lettre et l'esprit de la loi qui prévoient une mission exclusivement préventive du médecin du travail. La Loi Travail a tenté de faire évoluer les choses en supprimant l'aptitude à l'exception des postes à risques. Or, on assiste simplement à une évolution sans disparition de l'aptitude. Ainsi, avant la Loi Travail, l'aptitude devait faire l'objet d'une constatation médicale, quels que soient les postes de travail. En effet, tout salarié devait passer la visite médicale d'embauche qui était suivie de visites périodiques, au cours desquelles, systématiquement, l'aptitude au travail faisait l'objet d'un avis médical, à l'exception de l'examen de préreprise³⁶³. La loi nouvelle a donc mis un terme à la généralisation de ce contrôle mais cantonne ce dernier aux postes à risques³⁶⁴. On est passé du contrôle systématique à une forme de présomption d'aptitude. L'avis délivré par le médecin du travail, qu'il soit systématique pour les postes à risques – d'aptitude ou d'inaptitude –, ou ponctuel – d'inaptitude – pour les postes sans risque particulier, participent bien de cette logique. Preuve supplémentaire en est en matière d'examen de reprise du travail, c'est-à-dire de contrôle destiné à « vérifier si le poste de travail que doit reprendre le travailleur ou le poste de reclassement auquel il doit être affecté est compatible avec son état de santé »³⁶⁵, et d'examen de préreprise, destiné à permettre au médecin du travail de 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 travailleur ou sa réorientation professionnelle³⁶⁶. Ainsi, malgré la suppression de la systématisme du contrôle de l'aptitude, demeure une visite de contrôle de l'aptitude systématique pour les postes à risques et une visite de contrôle destinée à identifier si l'état de santé du travailleur ou les risques auxquels il est exposé nécessitent une orientation vers le médecin du travail³⁶⁷ pour les autres postes. Dans cette hypothèse, le médecin pourra, le cas échéant, et selon les dispositions prévues³⁶⁸, émettre un avis d'inaptitude.

43. Annonce de plan. Dans tous les cas, et bien que ce ne soit pas antinomique *a priori* avec son rôle exclusivement préventif, lorsque le médecin du travail consulte un travailleur, la question de l'aptitude, qu'elle s'exprime positivement par l'aptitude ou négativement par l'inaptitude, reste posée. Ainsi, deux niveaux de surveillance sont opérés : le contrôle de

³⁶³ C. trav., art. R. 4624-47 anc.; D. n° 2014-798 du 11 juillet 2014, art. 4.

³⁶⁴ C. trav., art. R. 4624-2.

³⁶⁵ C. trav., art. R. 4624-32.

³⁶⁶ C. trav., art. R. 4624-30.

³⁶⁷ C. trav., art. R. 4624-11, 4°.

³⁶⁸ C. trav., art. L. 4624-4 et R. 4624-42.

principe de l'aptitude pour les postes à risques (**chapitre 1**), car c'est le médecin du travail qui a le monopole du suivi renforcé des travailleurs concernés, et le contrôle d'exception pour les postes sans risque particulier (**chapitre 2**), car il n'est plus du monopole du médecin du travail, ce dernier n'assurant plus obligatoirement ce suivi. Néanmoins, c'est sous son autorité, et dans le cadre de protocoles³⁶⁹ établis par lui, que ce suivi est effectué.

³⁶⁹ C. trav., art. R. 4623-14.

Chapitre 1. Le principe du contrôle de l'aptitude pour les postes à risques

44. Le périmètre de la médecine du travail. Malgré ses réformes successives, la médecine du travail compte toujours beaucoup de détracteurs. Interroger sa mission, au regard notamment des moyens que le Code du travail lui assigne, est donc essentiel, en son sein et dans l'architecture globale de la santé au travail. Etablir le diagnostic³⁷⁰ de cette spécialité médicale est le préalable avant de mettre en œuvre les leviers destinés à revaloriser non seulement son image mais aussi et surtout sa crédibilité et son efficacité. La surveillance de l'état de santé des travailleurs, dont le centre de gravité est le concept d'aptitude/inaptitude à exercer un poste de travail³⁷¹, moyen dont le recours est prépondérant par rapport aux autres, est une critique souvent portée. Le déséquilibre dans l'exercice de la médecine du travail au profit de l'aptitude est de nature à provoquer un déficit en matière de prévention et d'un point de vue collectif. En conséquence, la question du périmètre de la médecine du travail est essentielle et son redimensionnement doit renforcer la prévention, seule mission légale, non seulement pour respecter la lettre et l'esprit de la Loi mais aussi pour faire en sorte que la médecine du travail constitue une plus-value du système de santé, ce que ses détracteurs récusent aujourd'hui, alors qu'il s'agit de l'argument premier du maintien de cette spécialité médicale.

45. La surveillance médicale des salariés. Le contexte de 1946 était particulier. En effet, au sortir de la Seconde Guerre mondiale, la main-d'œuvre était considérablement affaiblie, de sorte que le législateur a affiché la volonté de faire que le travail ne soit pas un danger pour la santé ni un facteur d'aggravation de situations déjà compliquées. C'est pourquoi une surveillance médicale individuelle a été mise en place. Aujourd'hui, avec la Loi Travail, le législateur a fait le choix de reconfigurer le suivi des travailleurs en distinguant les postes à risques des postes sans risque particulier et en adaptant le suivi de santé des travailleurs qui y sont affectés. Ainsi, le contrôle systématique de l'aptitude pour les postes à risques (**section 1**) est maintenu. L'avis d'aptitude est érigé en sésame, exclu de la volonté du salarié, pour pouvoir prétendre être affecté à un poste à risques³⁷², le médecin du travail

³⁷⁰ H. Gosselin, Aptitude et inaptitude médicales au travail. Diagnostic et perspectives. Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, Janvier 2007.

³⁷¹ Et non une activité professionnelle comme l'a rappelé la Loi Travail.

³⁷² C. trav., art. R. 4624-23.

garantissant ainsi, d'une certaine manière, la bonne santé de la main-d'œuvre. L'aptitude est une notion centrale car elle conditionne l'accès à l'emploi. Le pouvoir donné au médecin du travail est donc important en la matière. En effet, l'évaluation de l'aptitude des salariés est le monopole du médecin du travail à l'exclusion des infirmiers. Cet aspect, ajouté à la centralité de l'aptitude dans le droit du contrat de travail, fait du médecin du travail le pivot de la santé au travail. Les notions d'aptitude et d'inaptitude ont vu leur portée juridique croître au fil des années nourrissant un contentieux abondant. Bien que n'étant pas l'exact revers l'une de l'autre, elles s'inscrivent toutefois dans une dimension binaire faisant de la première, l'aptitude au travail, une condition de l'employabilité (**section 2**).

46. Contexte. Après la loi du 17 août 2015 qui a prévu une surveillance médicale spécifique des salariés affectés à des postes présentant des risques particuliers, la loi du 8 août 2016, dite « loi travail », a réservé le contrôle de l'aptitude aux postes présentant des risques, ou « postes de sécurité ». La logique est donc préservée mais la mission du médecin du travail est recentrée sur les postes à risques autour d'un double postulat : le caractère systématique du contrôle de l'aptitude et le monopole du médecin du travail. La survivance de l'aptitude est ainsi assurée en faveur d'un suivi individuel renforcé des travailleurs affectés à des postes à risques³⁷³.

47. L'extension du champ d'action du médecin du travail à la sécurité des tiers. Des questionnements ont émergé : « changement de paradigme »³⁷⁴, moyen « d'augmenter la sécurité juridique des entreprises et des employeurs »³⁷⁵, caractère « ingérable » de la situation³⁷⁶. « Les entreprises ne sont pas des entités « hors sol ». Elles sont des systèmes d'éléments en interaction ouverts sur leur environnement avec lequel elles entretiennent des relations multiples (techniques, économiques et juridiques) nécessaires à la réalisation de leurs objectifs de production de biens ou de services. »³⁷⁷ Ainsi, « le cercle des personnes susceptibles d'être affectées par un acte volontaire ou involontaire d'un salarié est étendu. L'ensemble de ces tiers, entendu largement, paraît indéfiniment extensible et c'est la raison pour laquelle la formulation retenue par la loi Rebsamen introduisant dans la sphère d'action du médecin du travail les tiers sans autre précision a provoqué des réactions négatives. »³⁷⁸ En effet, cette loi a ajouté la référence aux tiers dans un texte relatif à la surveillance médicale spécifique³⁷⁹. Quant à elle, la loi du 8 août 2016 a modifié l'article L. 4622-3 du Code du travail, faisant ainsi évoluer la formule issue du texte légal précédent : « toute atteinte à la sécurité des tiers » est donc devenu « tout risque manifeste d'atteinte à la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail » et la formulation est réitérée à l'article L. 4624-2, I. Il est clair que le second texte est venu édulcorer le premier car les précisions qui sont apportées revêtent une importance

³⁷³ S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

³⁷⁴ J.-M. Sterdyniak, in *Santé & Travail*, n° 92, 2015. 21.

³⁷⁵ A. Carré, in *Santé & Travail*, n° 92, 2015. 21.

³⁷⁶ S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

³⁷⁷ P.-Y. Verkindt, Le médecin du travail et la sécurité des tiers, *Cah. soc.* avril 2017, n° 295, p. 208.

³⁷⁸ *Ibid.*

³⁷⁹ C. trav., art. L. 4624-4.

juridique relative. De plus, l'article L. 4622-3 du Code du travail concerne les missions générales du médecin du travail. Modifier ce texte en recourant à la notion de tiers comme il est aujourd'hui rédigé revient à confier une dimension sécuritaire à la médecine du travail, actant ainsi, par là-même et *a minima*, son aspect de contrôle, source de « *confusion* »³⁸⁰. Cette évolution, qui a suscité de vives inquiétudes, est opérée dans un contexte de diminution continue de médecins du travail. « La formulation adoptée n'empêche pas une interprétation qui se voudrait extensive mais elle limite néanmoins le périmètre d'investigation »³⁸¹, notamment par les deux premières listes de l'article R. 4624-23 du Code du travail. En revanche, la troisième pourrait se révéler plus complexe car soumise à l'initiative de l'employeur et dépassant des critères physiques, plus faciles à appréhender par exemple que les risques psycho-sociaux. La comparaison des deux textes fait cependant naître une critique. En effet, l'article L. 4624-2, dans sa rédaction, paraît utile pour apporter une précision relativement aux « risques encourus non seulement par le salarié lui-même mais aussi par ses collègues de travail et par tous ceux qui, à un titre ou un autre peuvent être appelés à entrer dans la zone de génération du risque »³⁸². A l'inverse, le maintien de la référence au tiers à l'article L. 4622-3, même dans une formulation édulcorée par l'expression « risque manifeste » paraît surabondante car « portant sur la mission générale du médecin du travail »³⁸³. Or, « tenir compte du rapport au tiers dans l'identification du poste dit de sécurité »³⁸⁴ paraissait être un ressort intéressant, notamment pour opérer la classification des postes à risques (**paragraphe 1**). D'un autre côté, la capacité d'initiative du médecin du travail a été valorisée par la « reconnaissance de sa pleine compétence pour assurer une véritable prescription du suivi de santé »³⁸⁵ dont il assure lui-même les modalités du suivi individuel renforcé (**paragraphe 2**). On peut dès lors espérer que cette plus grande autonomie du médecin du travail améliorera l'attractivité de cette spécialité médicale jouissant d'une image publique encore perfectible.

³⁸⁰ Note du groupe permanent d'orientation relative au suivi des salariés par les services de santé au travail et la médecine du travail, p. 4, Secrétariat général du Conseil d'Orientation des Conditions de travail, 17 mars 2016.

³⁸¹ P.-Y. Verkindt, Le médecin du travail et la sécurité des tiers, *Cah. soc.* avril 2017, n° 295, p. 208.

³⁸² *Ibid.*

³⁸³ *Ibid.*

³⁸⁴ S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

³⁸⁵ *Ibid.*

Paragraphe 1. La classification des postes à risques

48. Suite à la réforme de 2016, qui n'avait d'autre objectif principal que de supprimer l'avis d'aptitude systématique pour faire face à la pénurie de médecins du travail, le médecin du travail, qui demeure le centre du dispositif, a vu son rôle redimensionné au profit d'un renforcement dans la prescription d'un suivi de santé ciblé³⁸⁶ notamment par l'autorité qui lui est conférée sur les autres professionnels de santé composant le service de santé, auxquels il peut déléguer des tâches, dans le cadre de protocoles³⁸⁷ écrits lui permettant de mettre en place une organisation à sa main en fonction des spécificités des travailleurs, des postes de travail et secteurs d'activité. S'agissant des postes « à risques », le Code du travail, contrairement aux postes sans risque particulier, lui en maintient le monopole. Les postes « à risques » visés par le Code (A) ainsi que ceux émanant de la liste complémentaire de l'employeur (B) constituent donc le nouveau centre de gravité de la médecine du travail.

A. Les postes à risques visés par le Code

49. **L'absence de définition générale.** Alors que le rapport Issindou avait proposé une définition des postes de sécurité³⁸⁸ auxquels il entendait circonscrire la pratique de l'aptitude, le Code du travail n'a non seulement pas retenu ce principe mais n'a pas non plus opté pour cette méthode. Sur le principe de procéder à une surveillance accrue d'un nombre restreint de postes, certains pays européens ont fait ce choix. C'est le cas en Belgique, pays dans lequel la notion de « poste de vigilance » a été retenue, et au Luxembourg, où la notion de « poste de sécurité » a été préférée. Le droit belge vise « tout poste de travail pour lequel il y a utilisation d'équipements, la conduite de véhicules à moteur, grues..., ou machines mettant en action des installations ou appareils dangereux, ou encore le port d'armes, lorsque la sécurité ou la santé d'autres salariés de l'entreprise ou d'une autre pourraient être mises en danger. » Cette définition présente des similitudes avec la définition luxembourgeoise qui présente les postes de sécurité comme « ceux qui sont dangereux pour le salarié lui-même, ou qui sont de

³⁸⁶ S. Fantoni-Quinton, Modernisation de la médecine du travail et refonte du suivi de santé : vers une mue salvatrice ?, *Cah. soc.* 2017, n° 295, p. 204.

³⁸⁷ C. trav., art. R. 4623-14.

³⁸⁸ « Le poste de sécurité est celui qui comporte une activité susceptible de mettre gravement et de façon immédiate en danger, du fait de l'opérateur, la santé d'autres travailleurs ou de tiers » (M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail », mai 2015).

potentiels dangers pour d'autres travailleurs ou d'autres personnes. » Dans les faits, il s'agit de tout poste exposant le salarié à un risque de maladie professionnelle, à un risque spécifique d'accident professionnel sur le lieu de travail, à des agents physiques ou biologiques pouvant nuire à sa santé, ou à des agents cancérogènes. De plus, il s'agit de tout poste comportant une activité pouvant mettre gravement en danger la sécurité ou la santé d'autres salariés, ou d'autres personnes. En outre, il s'agit de tout poste contrôlant une installation dont la défaillance peut mettre gravement en danger la sécurité et la santé de salariés ou d'autres personnes. On peut observer que ces postes sont visés pour des considérations sécuritaires. Avec l'introduction de la notion de tiers³⁸⁹, même édulcorée³⁹⁰, c'est cette même logique qui semble prévaloir. Quant à la méthode pour identifier les travailleurs concernés³⁹¹, le droit français a préféré une énumération, une classification ou même une nomenclature à une définition à proprement parler, bien que le Code du travail le qualifie ainsi dans son article R. 4624-22 lorsqu'il indique que tout travailleur « défini à l'article R. 4624-23 » bénéficie d'un suivi individuel renforcé de son état de santé. L'article R. 4624-23 prévoit trois listes distinctes destinées à classer les postes présentant des risques particuliers. Outre la troisième liste qui est celle constituée par l'employeur, deux listes de postes à risques expressément visés figurent à l'article R. 4624-23 du Code du travail³⁹². La première liste établit les postes présentant des risques particuliers (1) tandis que la deuxième fait état des postes nécessitant un examen d'aptitude spécifique (2).

1. Les postes présentant des risques particuliers

50. Une liste réglementaire très courte³⁹³. C'est l'article R. 4624-23 qui dresse la cartographie des postes à risques en établissant trois listes distinctes et autonomes. D'abord, le I fait état de risques particuliers. Figurant auparavant au titre de la surveillance médicale renforcée, à l'exception du bruit et des vibrations, les risques relatifs à

³⁸⁹ Loi Rebsamen : « Les salariés affectés à des postes présentant des risques particuliers pour leur santé ou leur sécurité, celles de leurs collègues ou de tiers et les salariés dont la situation personnelle le justifie bénéficient d'une surveillance médicale spécifique. » (C. trav., art. L. 4624-4)

³⁹⁰ Loi El Khomri : « Tout travailleur affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail bénéficie d'un suivi individuel renforcé de son état de santé. » (C. trav., art. L. 4624-2, I).

³⁹¹ F. Champeaux, Le médecin du travail est au centre du suivi médical des salariés, *SSL*, 2016, n° 1748, pp. 5-7.

³⁹² D. n° 2016-1908, 27 déc. 2016 : JO, 29 déc.

³⁹³ C. trav., art. R. 4624-23 I.

l'amiante, au plomb³⁹⁴, aux agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction de catégorie 1 ou 2³⁹⁵, aux agents biologiques des groupes 3 et 4³⁹⁶, aux rayonnements ionisants et au risque hyperbare, auxquels il faut ajouter le risque de chute de hauteur lors des opérations de montage et de démontage d'échafaudages, sont repris par le décret concerné³⁹⁷. Selon l'article R. 4624-23 in fine, « le Conseil d'orientation des conditions de travail est consulté tous les trois ans sur la mise à jour éventuelle de la liste mentionnée »³⁹⁸. A la lecture de l'article L. 4161-1 du Code du travail, qui liste les facteurs de risques professionnels, on voit que le législateur a fait le choix d'en privilégier certains au détriment d'autres pour qualifier les postes à risques.

2. Les postes nécessitant un examen d'aptitude spécifique

51. Un examen d'aptitude spécifique. Selon l'article R. 4624-23 II, « présente également des risques particuliers tout poste pour lequel l'affectation sur celui-ci est conditionnée à un examen d'aptitude spécifique prévu par le présent code ». Ainsi, à chaque fois que, dans le Code du travail, un examen d'aptitude spécifique est prévu, le salarié passe en surveillance renforcée. Depuis le 1^{er} janvier 2017³⁹⁹, les termes de « suivi individuel renforcé » ont remplacé ceux de « surveillance médicale renforcée ». Il s'agit notamment des jeunes de moins de 18 ans affectés aux travaux interdits bénéficiant d'une dérogation prévus à l'article R. 4153-40 du Code du travail⁴⁰⁰, des travailleurs titulaires d'une autorisation de conduite d'équipements présentant des risques, délivrée par l'employeur⁴⁰¹, des travailleurs habilités à effectuer des opérations sur les installations électriques ou dans leur voisinage⁴⁰². Dans ce nouveau cadre, ne sont plus concernés les femmes enceintes, les travailleurs handicapés ainsi que les salariés exposés au bruit et aux vibrations.

52. Le cas des femmes enceintes. Selon l'article L. 1225-7, « la salariée enceinte peut être affectée temporairement dans un autre emploi, à son initiative ou à celle de l'employeur, si son état de santé médicalement constaté l'exige. En cas de désaccord entre l'employeur et la

³⁹⁴ C. trav., art. R. 4412-160.

³⁹⁵ C. trav., art. R. 4412-60.

³⁹⁶ C. trav., art. R. 4421-3.

³⁹⁷ D. n° 2017-1819, 29 décembre 2017, art. 3.

³⁹⁸ C. trav., art. R. 4624-23 IV.

³⁹⁹ D. n° 2016-1908, 27 déc. 2016, JO, 29 déc.

⁴⁰⁰ C. trav., art. R. 4153-40.

⁴⁰¹ C. trav., art. R. 4323-56.

⁴⁰² C. trav., art. R. 4544-10

salariée ou lorsque le changement intervient à l'initiative de l'employeur, seul le médecin du travail peut établir la nécessité médicale du changement d'emploi et l'aptitude de la salariée à occuper le nouvel emploi envisagé. » Ainsi, le médecin du travail est susceptible d'intervenir à deux reprises, la première pour constater l'état de fragilité commandant un changement d'affectation, et la seconde en cas de désaccord entre la salariée et l'employeur pour médicalement attester de la nécessité du changement de poste et de l'aptitude de la salariée pour le nouveau poste. D'un point de vue purement juridique, il peut paraître curieux que le médecin du travail, susceptible d'être également le salarié de l'employeur, tranche un litige entre l'employeur, qui est aussi le sien, et sa subordonnée. L'article L. 1225-13 précise que la proposition d'emploi prend en compte « les conclusions écrites du médecins du travail et les indications qu'il formule sur l'aptitude de la salariée ». Ainsi, malgré ce qui a pu être indiqué en matière d'aptitude et de capacité, la salariée enceinte demeure sous le régime du contrôle de l'aptitude. De plus, selon l'article L. 4152-1 du Code du travail, « il est interdit d'employer les femmes enceintes, venant d'accoucher ou allaitant à certaines catégories de travaux qui, en raison de leur état, présentent des risques pour leur santé ou leur sécurité. »

53. Les postes dits de sécurité. Bien que ne faisant pas l'objet d'une liste exhaustive, certains postes particulièrement sensibles comme les pilotes d'avion, les conducteurs de train, sont néanmoins cités par référence à l'article L. 4151-1 du Code du travail qui prévoit l'application des dispositions du Code, concernant les dispositions particulières à certaines catégories de travailleurs, comprenant les entreprises de transports dont le personnel est régi par un statut, en plus des établissements mentionnés à l'article L. 4111-1⁴⁰³ et les mines et carrières ainsi que leurs dépendances. Ils sont donc rattachés au II de l'article R. 4624-23 du Code du travail. C'est également, par exemple, le cas pour les grutiers pour lesquels il existe des textes prévoyant des règles spécifiques de vérification de l'aptitude⁴⁰⁴. En outre, bien que

⁴⁰³ C. trav., art. L. 4111-1 : « Sous réserve des exceptions prévues à l'article L. 4111-4, les dispositions de la présente partie sont applicables aux employeurs de droit privé ainsi qu'aux travailleurs. Elles sont également applicables : 1° Aux établissements publics à caractère industriel et commercial ; 2° Aux établissements publics administratifs lorsqu'ils emploient du personnel dans les conditions du droit privé ; 3° Aux établissements de santé, sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ainsi qu'aux groupements de coopération sanitaire de droit public mentionnés au 1° de l'article L. 6133-3 du code de la santé publique. »

⁴⁰⁴ Arrêté du 3 août 2011 abrogeant les arrêtés du 12 février 2004 relatif au titre professionnel de conducteur de grue mobile et du 15 juillet 2004 relatif au titre professionnel d'aide-appareilleur ; Arrêté du 7 juillet 2014 relatif au titre professionnel de conducteur de grue à tour ; Arrêté du 3 mars 2004 relatif aux examens approfondis des grues à tour ; Arrêté du 2 décembre 1998 relatif à la formation à la conduite des équipements de travail mobiles automoteurs et des équipements de levage de charges ou de personnes ; Décret n° 98-1084 du 2 décembre 1998 relatif aux mesures d'organisation, aux conditions de mise en œuvre et aux prescriptions techniques auxquelles est subordonnée l'utilisation des équipements de travail et modifiant le code du travail.

le texte ne fasse pas mention d'aptitude, il est intéressant de relever que, dans le cadre de formation aux risques, l'article L. 4142-3 du Code du travail fait référence aux établissements comprenant au moins une installation figurant sur la liste prévue à l'article L. 515-36 du Code de l'environnement⁴⁰⁵ ou mentionnée à l'article L. 211-2 du Code minier⁴⁰⁶.

54. Les ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne⁴⁰⁷. D'une part, l'accès au corps des ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne est soumis à des conditions d'aptitude physique particulière dont les modalités de vérification sont définies par arrêté⁴⁰⁸. Ces vérifications doivent être réalisées par des médecins habilités dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de l'aviation civile sur proposition du médecin-chef. D'autre part, l'aptitude est appréciée en cours de carrière tous les deux ans par un médecin habilité, ou dans le mois qui suit la reprise de service après un congé de maternité, après une interruption d'activité supérieure à un mois pour cause de maladie ou d'accident ou de six mois pour tout autre motif. Les avis des médecins habilités sont transmis, dans le respect du secret médical, à l'autorité compétente pour prendre les arrêtés de nomination et les décisions d'aptitude et notifiés aux intéressés.

55. Le personnel navigant technique et professionnel de l'aéronautique civile. L'aptitude physique et mentale fait l'objet d'un arrêté⁴⁰⁹ qui prévoit que « tout détenteur d'un certificat médical doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence, des qualifications ou autorisations correspondantes dès qu'il est conscient d'une diminution de son aptitude médicale susceptible de le rendre incapable d'exercer en toute sécurité lesdits privilèges ». Ici, il est question d'une sorte d'autoévaluation de l'aptitude par le personnel navigant technique et professionnel de l'aéronautique civile. C'est de sa responsabilité. En effet, s'il est conscient d'une diminution de son aptitude médicale susceptible de le rendre incapable d'exercer en toute sécurité, il doit en tirer les conséquences quant à sa capacité d'exercice. En outre, « les

⁴⁰⁵ C. env., art. L. 515-36 : « Sans préjudice des dispositions de la sous-section 1, la présente sous-section s'applique aux installations, dont la liste est fixée par décret en Conseil d'Etat, dans lesquelles des substances, préparations ou mélanges dangereux sont présents dans des quantités telles qu'ils engendrent des dangers particulièrement importants pour la sécurité et la santé des populations voisines et pour l'environnement. »

⁴⁰⁶ C. min., art. L. 211-2: « Sont seuls soumis au régime légal prévu par les dispositions du présent livre la recherche, la création, les essais, l'aménagement et l'exploitation de cavités souterraines naturelles ou artificielles ou de formations souterraines naturelles présentant les qualités requises pour constituer des réservoirs étanches ou susceptibles d'être rendus tels, en vue du stockage de gaz naturel, d'hydrocarbures liquides, liquéfiés ou gazeux ou de produits chimiques à destination industrielle. »

⁴⁰⁷ Arrêté du 24 avril 2002 relatif aux conditions médicales particulières requises des ingénieurs de contrôle de la navigation aérienne et aux modalités de contrôle.

⁴⁰⁸ *Ibid.*

⁴⁰⁹ Arrêté du 26 février 2013 modifiant l'arrêté du 27 janvier 2005 relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique de l'aéronautique civile.

détenteurs d'un certificat médical doivent s'abstenir de piloter quand ils prennent un médicament, prescrit ou non, ou une drogue, ou qu'ils suivent tout autre traitement, à moins que le prescripteur de ce médicament, cette drogue ou ce traitement ne leur assurent que cela n'aura pas d'effet sur leur capacité à piloter ». De plus, le candidat ou le détenteur d'un certificat médical doit « remettre au C.E.M.A. [centre d'expertise de médecine aéronautique] une déclaration signée indiquant ses antécédents médicaux personnels, familiaux et héréditaires. Le candidat indique également dans cette déclaration s'il a déjà subi un tel examen et, si c'est le cas, quels en ont été les résultats. Le candidat doit être informé de la nécessité de fournir, pour autant qu'il en ait connaissance, des informations complètes et précises sur son état de santé »⁴¹⁰. « Si le candidat délivre intentionnellement de fausses informations, son certificat médical est privé d'effet dès sa délivrance. Tout C.E.M.A., s'il a connaissance de tels agissements, en informe immédiatement le B.M.P.N. [bureau médical du personnel navigant de l'aéronautique civile] Cette information est transmise, à leur demande, aux autorités médicales des Etats cité à l'article 3 de l'arrêté. »⁴¹¹ Pèse sur le candidat une obligation de déclaration sur laquelle on ne peut exercer que des moyens de contrôle *a posteriori*.

56. La profession de marin. « D'une manière générale, l'aptitude physique à la navigation requiert l'intégrité fonctionnelle et morphologique de l'individu. Constitue une contre-indication médicale à la navigation maritime et entraîne l'inaptitude d'une manière partielle ou totale, temporaire ou permanente sinon définitive, tout état de santé, physique ou psychique, toute affection ou infirmité décelable qui soit susceptible : de créer par son entité morbide, son potentiel évolutif, ses implications thérapeutiques, un risque certain pour un sujet qui peut se trouver dans l'exercice de sa profession hors de portée de tout secours médical approprié ; d'être aggravé par l'exercice professionnel envisagé ; d'entraîner un risque certain pour les autres membres de l'équipage ou des passagers éventuels ; de mettre le sujet dans l'impossibilité d'accomplir normalement ses fonctions à bord, en particulier les états d'assuétude (drogues et/ou alcool). Ces règles s'appliquent aux candidats à la profession de marin et aux marins en cours de carrière. Elles peuvent être nuancées selon la catégorie et le genre de navigation envisagés ou pratiqués, et selon les fonctions postulées ou exercées. »⁴¹² Un état de santé physique ou psychique susceptible d'entraîner un risque certain pour les

⁴¹⁰ Arrêté du 27 janvier 2005 modifié par l'arrêté du 6 juin 2010 relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique et professionnel de l'aéronautique civile.

⁴¹¹ *Ibid.*

⁴¹² D. n° 2015-1574, 3 décembre 2015, JO, 4 déc.

autres membres de l'équipage ou des passages éventuels est une cause d'inaptitude. En outre, une série de pathologies entraînant une inaptitude est prévue. En matière d'addictions, des situations pour lesquelles une recherche biologique de substances psychoactives sont décrites. Par ailleurs, la constatation de l'aptitude médicale à la navigation est réalisée par les médecins des gens de mer ou par des médecins désignés par l'autorité maritime⁴¹³. A l'entrée dans la profession, les candidats sont tenus de déclarer au médecin examinateur leurs antécédents médicaux et chirurgicaux, personnels et familiaux ainsi que les traitements suivis et de fournir toutes pièces médicales qu'ils peuvent détenir pour préciser leurs déclarations. « En cours de carrière, les marins sont soumis à la même obligation concernant tout évènement médical survenu en cours ou hors navigation ». La périodicité de la vérification médicale de l'aptitude est en général annuelle.

57. Le transport ferroviaire. Un arrêté⁴¹⁴ prévoit les conditions d'aptitude physique et professionnelle à remplir par le personnel pour recevoir l'habilitation à exercer des fonctions relatives à la sécurité des usagers, des personnels et des tiers sur le réseau ferré national. La moitié environ du personnel de l'entreprise est concernée par des fonctions de sécurité, des conducteurs des trains et des contrôleurs jusqu'aux agents assurant en atelier la maintenance des organes sensibles des matériels roulants. L'employeur prend les mesures nécessaires pour que le personnel habilité à l'exercice de ces fonctions remplisse en permanence les conditions d'aptitude physique et professionnelle définies par cet arrêté. L'employeur fait réaliser un examen d'aptitude physique par un médecin titulaire d'un diplôme ou d'une autorisation lui permettant d'exercer la médecine du travail. Pour donner un avis sur l'aptitude physique du personnel à l'exercice des fonctions de sécurité, le médecin se réfère notamment aux annexes de l'arrêté qui déclinent les examens médicaux préalables à l'exercice de fonctions de sécurité, les examens médicaux périodiques d'aptitude physique à l'exercice de fonctions de sécurité et les examens médicaux de reprise de l'exercice de fonctions de sécurité.

58. La conduite automobile. Un arrêté⁴¹⁵ fixe les modalités de vérification de l'aptitude en prévoyant une liste et des critères d'affections médicales conditionnant la possibilité de conduire un véhicule léger ou lourd. Sur la même logique, dans un certain

⁴¹³ *Ibid.*

⁴¹⁴ Arrêté du 30 juillet 2003 relatif aux conditions d'aptitude physique et professionnelle et à la formation du personnel habilité à l'exercice de fonctions de sécurité sur le réseau ferré national.

⁴¹⁵ Arrêté du 31 août 2010, modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée.

nombre de situations⁴¹⁶, certains candidats au permis ou titulaires du permis, au regard de leur état de santé ou de leur handicap et de la catégorie du véhicule considéré sont tenus de se soumettre à un contrôle médical, et ce de leur propre initiative auprès d'un médecin de ville agréé par le préfet. C'est le cas par exemple pour des problèmes cardio-vasculaires, altérations visuelles, troubles de l'équilibre, pratiques addictives, diabète, épilepsie... On est clairement ici dans une démarche sécuritaire de contrôle de l'aptitude. En cas de manquement, des sanctions pénales sont prévues en plus d'une absence de couverture de l'assurance en cas d'accident responsable dû à une pathologie considérée comme incompatible avec le fait de conduire. Par ailleurs, d'autres postes sont également susceptibles d'être à l'origine de danger pour d'autres travailleurs ou des tiers. Ainsi, dans certains secteurs d'activité, comme le BTP, cette question est tellement prégnante qu'elle a amené le GNMST BTP (groupement national multidisciplinaire de santé au travail dans le bâtiment et travaux publics) à définir le poste de poste de sécurité comme « un poste de travail susceptible d'être à l'origine d'un risque d'accident collectif, à l'occasion d'une insuffisance d'aptitude ou d'une défaillance subite de l'opérateur. » La directive de 1989 n'évoque pas les postes de sécurité. Mais certains pays, la Belgique avec la notion de « poste de vigilance » ou le Luxembourg avec la notion de poste de sécurité, offrent des perspectives intéressantes. Lorsqu'il ressort d'une analyse des risques qu'un travailleur occupe un poste de vigilance, l'employeur est tenu d'effectuer une surveillance de la santé. Par poste de sécurité, on entend tout poste de travail impliquant l'utilisation d'équipements de travail, la conduite de véhicules à moteur, de grues, de ponts roulants, d'engins de levage quelconques, ou de machines qui mettent en action des installations ou des appareils dangereux, le port d'armes pour autant que la sécurité et la santé d'autres travailleurs de l'entreprise ou d'entreprises extérieures puissent être mises en danger⁴¹⁷.

59. Une volonté de sécurisation du législateur. Ces différents textes témoignent de la volonté du législateur de sécuriser au mieux l'exercice de postes dont on conçoit l'impact

⁴¹⁶ C. route, art. L. 224-1 à L. 224-18, R. 221-4 à R. 221-8 et R. 221-9 à R. 221-13 ; Arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à une validité limitée (JORF n° 301 du 28 décembre 2005, p. 20098, texte n° 113) ; Arrêté du 20 avril 2012 fixant les conditions d'établissement, de délivrance et de validité du permis de conduire (JORF n° 0107 du 6 mai 2012, p. 8050, texte n° 16) ; Arrêté du 31 juillet 2012 relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite (JORF n° 0196 du 24 août 2012, p. 13771, texte n° 17) ; Circulaire du 3 août 2012 relative à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite des conducteurs ; Circulaire du 25 juillet 2013 relative à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite des conducteurs et candidats au permis de conduire.

⁴¹⁷ M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail », mai 2015.

potentiellement grave sur la santé d'autres travailleurs ou de tiers avec pour eux des dommages immédiats ou différés mais quasi certains en cas d'insuffisance d'aptitude. Les cas du personnel navigant technique et professionnel de l'aéronautique civile⁴¹⁸ et des marins⁴¹⁹ offrent des solutions assez proches en matière de conciliation du secret médical avec la nécessité de protection de travailleurs ou de tiers mis en danger du fait d'une insuffisance d'aptitude. Dans les deux cas, c'est à la personne occupant un tel poste qu'il revient d'agir. Cette action porte soit sur la transmission d'informations au médecin du travail relatif à une évolution de l'état de santé, soit sur une cessation d'activité à l'initiative même de la personne occupant le poste si elle considère que son niveau d'aptitude ne lui permet plus d'exercer en sécurité. Selon la mission Issindou⁴²⁰, quand bien même l'impact potentiel d'une insuffisance d'aptitude serait important, il est apparu que le médecin traitant ne peut être, en première intention, le relai d'informations de ce type vers le médecin du travail sans l'accord de la personne concernée. En effet, la relation de confiance entre le médecin et son patient serait mise à mal et engendrerait un risque important que le patient cache au médecin traitant la réalité de son état de santé et évite de le consulter, déplaçant ainsi les difficultés que rencontre le médecin du travail vers le médecin traitant. De surcroît, une telle situation majorerait les risques pour les autres travailleurs et les tiers au lieu de les réduire. C'est pourquoi, le salarié candidat à ce type de poste ou l'occupant est tenu de fournir au médecin qui contrôle l'aptitude les éléments sur sa santé lui permettant une décision éclairée. Il doit déclarer au médecin les antécédents médicaux et chirurgicaux, personnels et familiaux ainsi que les traitements suivis et fournir toutes pièces médicales qu'il peut détenir pour préciser ces déclarations. En cours d'exercice, il est soumis à la même obligation concernant tout événement médical survenu, qu'il soit ou non en lien avec leur travail. En outre, le salarié candidat à ce type de poste ou l'occupant doit s'imposer de cesser de lui-même son activité s'il considère que son aptitude ne lui permet plus d'exercer en sécurité. Cette situation, fruit d'un compromis, n'apparaît pas satisfaisante dans la mesure où la liberté individuelle prend le pas sur la sécurité collective⁴²¹.

⁴¹⁸ Arrêté du 26 février 2013 modifiant l'arrêté du 27 janvier 2005 relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique de l'aéronautique civile.

⁴¹⁹ D. n° 2015-1574, 3 décembre 2015, JO, 4 déc.

⁴²⁰ M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail », mai 2015.

⁴²¹ C. Lenoir, Prévenir, au travail, les conduites addictives, *RDT* 2016. 318.

B. La liste complémentaire de l'employeur

60. Le chef d'entreprise, sur la base de son évaluation des risques et de son document unique⁴²², et le cas échéant de la fiche d'entreprise⁴²³, peut compléter la liste des postes présentant des risques particuliers⁴²⁴, par un écrit motivé et après avis du médecin du travail et du Comité social et économique s'il existe. Cette liste est transmise au service de santé au travail et est tenue à disposition du directeur de la Direccte et est mise à jour tous les ans. Ainsi, la troisième liste est établie à l'initiative de l'employeur (1), après avis du médecin du travail (2).

1. Une initiative de l'employeur

61. Une opportunité pour l'évaluation des risques professionnels. L'intérêt du rajout de ce III dans l'article R. 4624-23 est de laisser à l'initiative de l'employeur, en vertu de son obligation de sécurité, et donc sous sa responsabilité, le soin de signaler les postes à risques dans son entreprise. En l'absence de définition générique, c'est la méthode des listes qui a prévalu. Procéder à une liste limitative stricte, c'est-à-dire sans possibilité de la compléter, aurait eu pour effet soit d'en oublier, soit d'avoir une catégorie trop étendue qui reviendrait à l'inefficacité de la disposition car ayant pour effet de revenir à la situation d'origine, caractérisée par un contrôle de l'aptitude systématique. Dans cette hypothèse, il n'y aurait eu aucune évolution en raison de la remise de l'aptitude au cœur de tout le système. Il fallait donc opérer une limitation soit en élaborant une liste courte réglementaire soit en laissant quelqu'un jouer le rôle de filtre : l'inspecteur du travail, l'employeur, le médecin... L'inspecteur du travail et le médecin, n'ayant pas le pouvoir de décision et la responsabilité subséquente de l'employeur, en vertu de son obligation de sécurité, cela n'est pas apparu pertinent. Certains avaient proposé que ce soit le médecin du travail qui fasse la liste, pour chaque entreprise. Au regard de la logique juridique de l'établissement de la fiche d'entreprise, cela n'aurait pas été totalement incohérent. Or, les moyens humains manquent et le médecin du travail ne peut être présent partout et son temps médical disponible n'est pas illimité. Par ailleurs, on ne pouvait concevoir une délégation de l'évaluation des risques au

⁴²² C. trav., art. L. 4121-3 et R. 4121-1.

⁴²³ C. trav., art. R. 4624-46.

⁴²⁴ C. trav., art. R. 4624-23, I.

médecin car c'est l'employeur qui est responsable. C'est donc l'employeur qui, en fonction de l'évaluation des risques qu'il doit avoir faite et qu'il doit mettre à jour annuellement, est apparu l'acteur le plus pertinent. Cela ne signifie pas pour autant que le médecin du travail soit exclu du processus. En effet, et c'est l'intérêt aussi du dispositif, il est prévu que l'employeur échange avec les IRP et avec le médecin du travail. Il s'agit ici d'une occasion de discuter annuellement tout ce que l'on met dans la liste de sécurité, ce qui relève du suivi individuel renforcé de l'état de santé des travailleurs et de ne plus envisager le document unique d'évaluation des risques et la fiche d'entreprise comme des documents épars élaborés, sans concertation, mais au contraire de se saisir de cette occasion pour faire œuvre commune. Le mérite est de donner davantage de cohérence et de logique au dispositif d'évaluation des risques en sortant de la logique réglementaire stricte au profit d'une logique de réelle et efficiente évaluation des risques au service de la préservation de la santé des travailleurs.

62. La qualification de poste à risques : l'obligation d'évaluation de l'employeur :
Se pose la question de l'obligation de l'employeur de procéder à cette action. Doit-on considérer que l'employeur est parfaitement libre ? S'il n'y consent pas, cela aura-t-il une répercussion en matière de responsabilité. Dans cette hypothèse, le texte ne sera pas appliqué ou très marginalement. A l'inverse, si le juge exerce un contrôle systématique et rigoureux en cas d'accident ou de survenance d'une maladie professionnelle, la tentation sera grande de sur-déclarer en complétant de manière très (trop) extensive cette liste sur la base de laquelle le médecin aurait à adapter un suivi médical au regard des risques qu'il aura pu évaluer et des moyens humains qu'il aura à sa disposition pour opérer le suivi des travailleurs concernés. Finalement, cette possibilité de compléter la liste semble être à la libre discrétion de l'employeur. La pratique sera aussi adaptée selon la jurisprudence qui saura s'appuyer sur ce nouveau texte pour mettre en cause, le cas échéant, l'obligation de sécurité de l'employeur. L'employeur pourra donc vraisemblablement engager sa responsabilité civile et pénale s'il n'a pas identifié un poste à risques, notamment lorsque ce poste aura été révélé par l'évaluation des risques. Pour certains auteurs, cette modalité paraît difficile à envisager. En effet, « l'employeur n'a aucune compétence en ce domaine et toute erreur de classement pourrait avoir des conséquences importantes en cas de déclaration de maladie, d'accident du travail avec recherche en faute inexcusable ou simplement de détérioration de l'état de santé du salarié. Quand on voit l'effectivité du texte issu de la directive de 1991 sur les travailleurs atypiques qui imposait déjà de telles listes pour les salariés précaires, on ne peut qu'être

sceptique. »⁴²⁵ Si le système donne lieu à un renforcement de la collaboration entre l'employeur, le médecin du travail et le service de santé, la préservation de la santé pourra en sortir renforcée.

2. L'avis du médecin du travail

63. Un appui technique d'expert. Que ce soit pour établir la liste complémentaire de l'employeur en matière de postes présentant des risques particuliers pour la santé ou la sécurité des travailleurs, prévue par l'article R. 4624-23, II, ou pour décider du bénéfice d'une formation renforcée à la sécurité pour les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée, les salariés temporaires et les stagiaires en entreprise affectés aux mêmes types de postes⁴²⁶, l'avis du médecin du travail, qui constitue une aide précieuse et experte pour l'employeur, est requis. Ce jalon posé dans le cadre de la coopération nécessaire entre ces deux acteurs clés de la santé et de la sécurité au travail est une pierre essentielle à l'édification d'une réelle relation privilégiée au bénéfice des travailleurs. Mais il ne s'agit que d'un préalable. En effet, la tentation peut être grande de déléguer au médecin cette tâche pour éviter d'assumer une responsabilité. Sur ce point, le texte est clair, c'est l'employeur qui a l'initiative et qui propose et le médecin émet un avis. Malgré quelques avancées, cette construction est imparfaite. Une chose est sûre, la solution ne se trouve pas dans le cloisonnement et l'isolement des acteurs mais au contraire dans le développement des synergies et des collaborations, chacun dans ses compétences. La place de l'avis médical est renforcée avec la loi nouvelle dans une logique de conseil et d'accompagnement. De plus, la place de l'écrit et de l'initiative conférée au médecin du travail sont de nature non seulement à renforcer son rôle d'expert dans le lien santé-travail mais également à accroître son rôle de conseiller. Par ailleurs, lorsque le salarié est en arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois, une visite de préreprise est organisée par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin-conseil des organismes de sécurité sociale ou du salarié⁴²⁷. Or, le Code ne prévoit pas une initiative de l'employeur ni même du médecin du travail. Alors que l'on devrait accroître l'initiative du médecin du travail, il demeure exclu de certains dispositifs, ce qui n'est pas de nature à lui offrir toutes les opportunités que sa mission ambitieuse exigerait.

⁴²⁵ F. Meyer, La loi Travail : aspects concernant la médecine du travail, *RDT* 2016, p. 821.

⁴²⁶ C. trav., art. L. 4154-2.

⁴²⁷ C. trav., art. R. 4624-29 et R. 4624-30.

Paragraphe 2. Les modalités du suivi individuel renforcé

64. Les modalités du suivi individuel renforcé s'inscrivent dans la suite des dispositions relatives à la surveillance médicale renforcée. C'est devenu le cœur de métier du médecin du travail. En effet, on assiste à un recentrage de la mission du médecin du travail sur les risques professionnels et spécifiquement ceux liés aux postes que le Code du travail catégorise comme étant à risques. Ce suivi s'organise autour de deux modalités essentielles : un examen d'aptitude systématique (**A**) et la périodicité de l'examen (**B**).

A. Un examen d'aptitude systématique

65. L'examen médical systématique dédié aux postes présentant des risques particuliers se substitue à la visite d'information et de prévention prévue à l'article L. 4624-1 du Code du travail. L'objet de cet examen (**1**) est notamment de vérifier l'aptitude du travailleur. D'autre part, il relève du monopole du médecin du travail (**2**).

1. L'objet de cet examen

66. Un régime dérogatoire conditionné par le risque : la survivance de l'aptitude. « Résurgence de l'héritage assurantiel au sein des missions des médecins du travail »⁴²⁸, « l'aptitude résulte de la confrontation entre les données recueillies au cours de l'examen médical clinique et paraclinique d'une part et les données technologiques du poste de travail d'autre part. Elle découle donc de l'adéquation entre les contraintes du poste et les astreintes physiologiques qui en résultent. »⁴²⁹ Selon l'article L. 4624-2 I du Code du travail, « tout travailleur affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail bénéficie d'un suivi individuel renforcé⁴³⁰ de son état de santé. » Parmi les modalités de ce suivi, « un examen médical d'aptitude (...) se substitue à la visite d'information et de prévention⁴³¹. Il faut distinguer la définition de l'aptitude qui ne fait l'objet que d'une

⁴²⁸ S. Fantoni, F. Héas, Pour une reconfiguration des principes en santé au travail, *Dr. soc.* 2016, p. 532.

⁴²⁹ J. Lorient, Le rôle du médecin du travail dans l'organisation de l'entreprise, *Dr. soc.* 1987. 592.

⁴³⁰ C. trav., art. R. 4624-22.

⁴³¹ C. trav., art. L. 4624-1.

énumération partielle (recours à l’adverbe « notamment »)⁴³² et l’objet de l’examen médical d’aptitude à l’embauche qui dépasse l’aptitude *strico sensu*⁴³³... En outre, on peut remarquer que l’examen médical d’aptitude a fait l’objet d’une définition⁴³⁴. En effet, il « permet de s’assurer de la compatibilité de l’état de santé du travailleur avec le poste auquel il 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. »⁴³⁵ On le voit, cette définition a des accents essentiellement sécuritaires. L’objet⁴³⁶ de cet examen, du monopole du médecin du travail, outre d’établir un dossier médical en santé au travail⁴³⁷, est de « s’assurer de la compatibilité de l’état de santé du travailleur avec le poste auquel il 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 », mais également « de rechercher si le travailleur n’est pas atteint d’une affection comportant un danger pour les autres travailleurs ; de proposer éventuellement les adaptations du poste ou l’affectation à d’autres postes ; d’informer le travailleur sur les risques des expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire ; de sensibiliser le travailleur sur les moyens de prévention à mettre en œuvre. »⁴³⁸ Il est ainsi établie une priorisation en fonction des risques. Le contrôle de l’aptitude permet d’écarter les salariés dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui en alliant prévention et contrôle en contradiction avec le Code de la Santé publique⁴³⁹.

67. Un colloque singulier malmené. En matière de postes à risques, la survivance de l’aptitude peut générer un défaut de communication des informations médicales de la part du salarié au médecin du travail de peur de voir ces informations utilisées contre lui pour l’écarter de l’emploi convoité. Or, s’il est des postes pour l’exercice desquels l’avis médical est des plus précieux, ce sont bien les postes à risques. Il faut donc que le médecin du travail, qui conserve le monopole du suivi des travailleurs affectés à ces postes, ait une relation de confiance la plus poussée possible au regard, précisément, des risques et des enjeux. Or, mettre, dans les mêmes mains médicales, une mission de prévention couplée à un rôle de surveillance, c’est-à-dire de contrôle, ne peut aboutir à des résultats pleinement satisfaisants.

⁴³² Cf R. 4624-24 1°.

⁴³³ Cf R. 4624-24 1°, 2°, 3°, 4° et 5°.

⁴³⁴ S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

⁴³⁵ C. trav., art. L. 4624-2.

⁴³⁶ C. trav., art. R. 4624-24.

⁴³⁷ C. trav., art. L. 4624-8 et R. 4624-26.

⁴³⁸ C. trav., art. R. 4624-24.

⁴³⁹ C. Santé pub., art. R. 4127-100.

Même si le protocole prévoit la compétence du médecin collaborateur⁴⁴⁰ pour assurer le suivi, le fait que, au sein du service de santé au travail⁴⁴¹, cohabitent mission de prévention et surveillance médicale de l'aptitude, ne présente pas les meilleures garanties d'efficience. En effet, dans ce système mettant en balance emploi et santé, le salarié sait pertinemment que, s'il révèle des problèmes de santé, la question de leur compatibilité avec l'affectation à leur poste de travail se posera et la perspective de la fin d'emploi et du chômage se dessinera. On ne peut, en matière de postes à risques, laisser le salarié dans un tel isolement psychologique le cas échéant, car, à l'évidence, s'il connaît des problèmes de santé, la question de révéler ou non ses difficultés au médecin du travail se posera inéluctablement. Or, la délivrance d'un avis d'aptitude ou d'inaptitude⁴⁴², concluant tout examen médical dédié à ce contrôle, à l'exception de l'examen de préreprise⁴⁴³, n'est pas de nature à favoriser la confiance entre le médecin et le travailleur. En effet, cet avis, dont le formalisme⁴⁴⁴ est encadré, s'impose au travailleur, à l'employeur⁴⁴⁵, tenu d'une obligation de sécurité en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs dans l'entreprise, qui peuvent néanmoins le contester devant le juge⁴⁴⁶. La décision du Conseil de prud'hommes pourra alors, le cas échéant, se substituer à l'avis médical⁴⁴⁷. En conséquence, l'employeur ne peut pas enjoindre à un salarié de reprendre son poste s'il est incompatible avec les restrictions émises par le médecin du travail⁴⁴⁸. Par ailleurs, un exemplaire de la fiche médicale d'aptitude est classé dans le dossier médical en santé au travail du salarié⁴⁴⁹. Dès lors, la visite médicale du travail est toujours empreinte de cette notion d'aptitude alors qu'elle devrait être gouvernée par le seul objectif qui est censé animer l'action du médecin du travail, à savoir la préservation de la santé des travailleurs, et donc la prévention. En envisageant exclusivement cet examen médical sous le prisme de l'aptitude, on en perd l'objectif préventif originel. En effet, ni la pertinence médicale de l'aptitude ni sa pertinence juridique ne sont établies. L'ensemble des visites obligatoires occupe la plus grande partie du temps médical au détriment d'une surveillance de l'état de santé adaptée aux besoins des salariés et des actions du médecin du travail en milieu

⁴⁴⁰ C. trav., art. R. 4623-25-1.

⁴⁴¹ En Italie, ces services portent le nom de services de prévention et de protection, cf décret législatif n° 81/2008, art. 25, al. 1, a.).

⁴⁴² C. trav., art. L. 4624-4 et R. 4624-25.

⁴⁴³ C. trav., art. R. 4626-35.

⁴⁴⁴ Arr. 16 oct. 2017: annexe 2 (avis d'aptitude), annexe 3 (avis d'inaptitude).

⁴⁴⁵ Cass. soc., 10 nov. 2009, n° 08-42.674, *Dr. ouvr.* 2010, p. 265, note A. Mazières.

⁴⁴⁶ C. trav., art. L. 4624-7, I.

⁴⁴⁷ C. trav., art. L. 4624-7, III.

⁴⁴⁸ Cass. soc., 22 juin 2017, n° 16-11.595.

⁴⁴⁹ C. trav., art. R. 4626-22.

de travail. La notion d'aptitude est une notion floue absente de la directive-cadre de 1989, non définie par le Code du travail, qui soulève des interrogations de nature éthique et déontologique et engendre des pratiques hétérogènes des médecins du travail quant au fondement même de leur avis d'aptitude.

68. La visite de reprise. Cet examen a pour objet⁴⁵⁰ d'examiner les propositions d'aménagement, d'adaptation du poste ou de reclassement faites par l'employeur à la suite des préconisations émises par le médecin du travail lors de la visite de préreprise, de préconiser l'aménagement, l'adaptation du poste ou le reclassement du travailleur. Ainsi, son orientation est à visée préventive. Encore, son objet est de vérifier l'aptitude du travailleur à reprendre son poste ou à être affecté à un poste de reclassement et d'émettre le cas échéant un avis d'inaptitude.

2. Le monopole du médecin du travail

69. Le principe. Le médecin du travail est le chef d'orchestre du service de santé au travail dans la mesure où il anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire⁴⁵¹. L'examen médical d'aptitude est « réalisé par le médecin du travail »⁴⁵². Le suivi individuel renforcé « est effectué par le médecin du travail »⁴⁵³. Les examens médicaux des travailleurs affectés à des postes présentant des risques particuliers sont de la compétence du médecin du travail. En outre, « le médecin du travail assure personnellement l'ensemble de ses fonctions »⁴⁵⁴. Rappelons qu' « un diplôme spécial est obligatoire pour l'exercice des fonctions de médecin du travail »⁴⁵⁵. Le nécessaire monopole du médecin du travail notamment dans le recueil des informations de santé, dans le respect du secret médical, participe de la priorité donnée par le législateur aux postes à risques. A ce titre, les dispositions issues de la loi du 29 mars 2018⁴⁵⁶, prévoyant que les travailleurs bénéficiant du dispositif de suivi individuel renforcé sont examinés par le médecin du travail au cours d'une visite médicale avant leur départ à la retraite⁴⁵⁷, sont assez évocatrices.

⁴⁵⁰ C. trav., art. R. 4624-32.

⁴⁵¹ C. trav., art. L. 4622-8.

⁴⁵² C. trav., art. L. 4624-2, II.

⁴⁵³ C. trav., art. R. 4624-24.

⁴⁵⁴ C. trav., art. R. 4626-13, al. 1.

⁴⁵⁵ C ; trav., art. L. 4623-1, al. 1.

⁴⁵⁶ L. n° 2018-217, 29 mars 2018 ratifiant diverses ordonnances 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.

⁴⁵⁷ C. trav., art. L. 4624-2-1.

70. Des exceptions. Après avoir énoncé le principe selon lequel le médecin du travail assure personnellement l'ensemble de ses fonctions⁴⁵⁸, il est précisé « sauf lorsque des dispositions spécifiques le confient à un autre médecin »⁴⁵⁹. D'autre part, le Code du travail prévoit que, « toutefois, le médecin du travail peut confier certaines activités, sous sa responsabilité et dans le cadre de protocoles écrits, notamment aux collaborateurs médecins, aux internes, aux candidats à l'autorisation d'exercice, aux infirmiers, aux assistants de service de santé au travail »⁴⁶⁰. Deux séries de raisons peuvent concerner ce régime dérogatoire. Premièrement, dans le cas de certains travailleurs exerçant des activités régies par des textes spécifiques comme dans le ferroviaire⁴⁶¹, l'aéronautique⁴⁶², la marine⁴⁶³..., une médecine spéciale peut être compétente. En outre, par dérogation à la règle selon laquelle « un diplôme spécial est obligatoire pour l'exercice des fonctions de médecin du travail »⁴⁶⁴, « les services de santé au travail peuvent recruter, après délivrance d'une licence de remplacement et autorisation par les conseils départementaux compétents de l'ordre des médecins, à titre temporaire, un interne de la spécialité qui exerce sous l'autorité d'un médecin du travail du service de santé au travail expérimenté »⁴⁶⁵. De plus, « un collaborateur médecin, médecin non spécialiste en médecine du travail et engagé dans une formation en vue de l'obtention de cette qualification auprès de l'ordre des médecins, exerce, sous l'autorité d'un médecin du travail d'un service de santé au travail et dans le cadre d'un protocole écrit et validé par ce dernier⁴⁶⁶, les fonctions dévolues aux médecins du travail. »⁴⁶⁷ S'agissant des collaborateurs médecins, que « le service de santé au travail ou l'employeur peut recruter »⁴⁶⁸, ils « s'engagent à suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail auprès de l'ordre des médecins »⁴⁶⁹ et « sont encadrés par un médecin qualifié en médecine du travail qu'ils assistent dans ses missions. »⁴⁷⁰

⁴⁵⁸ C. trav., art. L. 4624-2, II et R. 4626-13, al. 1.

⁴⁵⁹ C. trav., art. L. 4624-2 II.

⁴⁶⁰ C. trav., art. R. 4626-13, al. 2.

⁴⁶¹ Arrêté du 30 juillet 2003 relatif aux conditions d'aptitude physique et professionnelle et à la formation du personnel habilité à l'exercice de fonctions de sécurité sur le réseau ferré national.

⁴⁶² Arrêté du 26 février 2013 modifiant l'arrêté du 27 janvier 2005 relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique de l'aéronautique civile.

⁴⁶³ Arrêté du 16 avril 1986 relatif aux conditions d'aptitude physique à la profession de marin à bord des navires de commerce, de pêche et de plaisance.

⁴⁶⁴ C. trav., art. L. 4623-1, al. 1.

⁴⁶⁵ C. trav., art. L. 4623-1, al. 2.

⁴⁶⁶ C. santé pub., art. R. 4312-43.

⁴⁶⁷ C. trav., art. L. 4623-1, al. 3.

⁴⁶⁸ C. trav., art. R. 4623-25, al. 1.

⁴⁶⁹ C. trav., art. R. 4623-25, al. 1.

⁴⁷⁰ C. trav., art. R. 4623-25, al. 1.

Précisons que « le collaborateur médecin remplit les missions que lui confie le médecin du travail qui l'encadre, dans le cadre du protocole écrit prévu par l'article R. 4623-14 et validé par ce dernier, en fonction des compétences et de l'expérience qu'il a acquises. 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. »⁴⁷¹. La question qui se pose ici est de savoir si le collaborateur médecin peut effectuer les examens médicaux d'aptitude dans le cadre du suivi individuel renforcé. En 2015, le Conseil d'Etat⁴⁷² avait refusé cette possibilité, les textes L. 4624-2 II et R. 4626-13 al. 1 du Code du travail prévoyant par principe la compétence exclusive du médecin du travail. Or, il semblerait qu'il faille recourir à une interprétation large de l'article R. 4623-25-1 et ainsi comprendre que l'expression « suivi individuel de santé » soit générique et concerne donc, par extension, le suivi individuel renforcé. S'agissant de l'interne en médecine du travail, il exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins par délégation et sous la responsabilité du médecin du travail, maître de stage dont il relève⁴⁷³. Il peut recevoir délégation, dans le cadre d'un protocole écrit, d'émettre des avis dans le cadre du suivi individuel de santé des travailleurs. Cependant, non encore docteur en médecine ni *a fortiori* inscrit à l'ordre des médecins, les avis émis doivent mentionner le nom du médecin référent. En revanche, en cas d'absence inférieure à trois mois de ce dernier – « lorsque la durée de l'absence excède trois mois, son remplacement est de droit »⁴⁷⁴ – « le médecin du travail peut être remplacé par un médecin du travail, par un collaborateur médecin ou par un interne en médecine du travail. »⁴⁷⁵ Dans cette hypothèse⁴⁷⁶, l'interne doit disposer du niveau d'études requis⁴⁷⁷ et être autorisé par le conseil départemental de l'ordre des médecins⁴⁷⁸. S'agissant de l'interne en médecine du travail, il « peut aussi être autorisé à exercer la médecine du travail dans l'attente de la prise de fonction d'un médecin du travail »⁴⁷⁹.

⁴⁷¹ C. trav., art. R. 4623-25-1.

⁴⁷² CE, 1^{er} juin 2015, n° 368775.

⁴⁷³ C. trav., art. R. 4623-27 et C. santé pub., art. L. 6153-1.

⁴⁷⁴ C. trav., art. R. 4623-15, al. 2.

⁴⁷⁵ C. trav., art. R. 4623-15.

⁴⁷⁶ C. trav., art. R. 4623-28.

⁴⁷⁷ C. santé pub., art. L. 4131-2.

⁴⁷⁸ C. santé pub., art. L. 4131-2.

⁴⁷⁹ C. trav., art., R. 4623-28.

B. La périodicité de l'examen

71. Le travailleur affecté à un emploi à risques faisant partie d'une liste de l'article R. 4624-23 du Code du travail bénéficie toujours d'une visite d'aptitude avant l'embauche (1) et d'un renouvellement périodique (2) assurés par le médecin du travail.

1. Avant l'embauche

72. Le principe. La mention « au plus tard avant l'expiration de la période d'essai » a été supprimée de sorte que « l'examen médical est réalisé avant l'embauche et renouvelé périodiquement. »⁴⁸⁰ Une précision supplémentaire prévoit que cet examen doit être effectué « préalablement à l'affectation sur le poste »⁴⁸¹ contrairement à la visite d'information et de prévention qui doit être « effectuée après l'embauche »⁴⁸² et « dans un délai qui n'excède pas trois mois à compter de la prise effective du poste de travail »⁴⁸³. Sa réalisation avant l'embauche sera-t-elle de nature à remettre en question le contrat de travail, c'est-à-dire constituera-t-elle une condition de validité du contrat ? Selon l'article L. 1221-6 du Code du travail, « les informations demandées, sous quelque forme que ce soit, au candidat à un emploi ne peuvent avoir comme finalité que d'apprécier sa capacité à occuper l'emploi proposé ou ses aptitudes professionnelles. Ces informations doivent présenter un lien direct et nécessaire avec l'emploi proposé ou avec l'évaluation des aptitudes professionnelles. Le candidat est tenu de répondre de bonne foi à ces demandes d'informations. » Si on joint les deux formulations, on est fondé à se demander si le législateur n'est pas en train de créer une quatrième condition de validité du contrat, pour les postes à risques, comme c'est le cas pour le consentement des parties, la capacité de contracter, le contenu licite et certain⁴⁸⁴, visant, en cas de non-satisfaction, à remettre en cause le contrat de travail et d'en obtenir la nullité. Durant l'exécution du contrat de travail, l'aptitude est une condition du maintien de ce dernier. Il convient de procéder périodiquement à une visite médicale⁴⁸⁵ pour s'assurer de la

⁴⁸⁰ C. trav., art. R. 4624-23.

⁴⁸¹ C. trav., art. R. 4624-24.

⁴⁸² C. trav., art. L. 4624-1, al.

⁴⁸³ C. trav., art. R. 4624-10.

⁴⁸⁴ C. civ., art. 1128, modifié par l'ordonnance n° 2016-131 du 10 février 2016, art. 2.

⁴⁸⁵ S. Brissy, L'absence de visite médicale est-elle un motif de rupture du contrat de travail ?, *JDSAM*, 2014, n° 3, pp. 88-89.

non-altération de la santé des salariés. Les examens médicaux⁴⁸⁶ périodiques et de reprise se soldent toujours par le fameux sésame que constitue l'avis médical d'aptitude. L'employabilité à un poste à risques est donc doublement conditionnée par l'obtention d'un avis d'aptitude à chaque examen médical périodique et l'absence de constatation d'inaptitude dans le cadre d'un autre examen médical sollicité par le salarié, l'employeur ou le médecin du travail⁴⁸⁷. Malgré les termes du texte ne traduisant pas son caractère contraignant, il n'en reste pas moins que le salarié affecté aux postes à risques doit être systématiquement déclaré apte. Le salarié bénéficie d'un examen de reprise ou plutôt, devrait-on dire, le salarié doit se soumettre à un examen de reprise. En cas de non-satisfaction à cette obligation, de son fait, le salarié s'expose à une sanction pouvant aller jusqu'au licenciement⁴⁸⁸. La jurisprudence sur ce point est constante⁴⁸⁹. De plus, dans certaines conditions, le refus par le salarié de se soumettre à un examen complémentaire peut justifier l'inaptitude prononcée par le médecin du travail et donc le licenciement du salarié⁴⁹⁰.

73. Quelques exceptions. « Lorsque le travailleur a bénéficié d'une visite médicale d'aptitude dans les deux ans précédant son embauche, l'organisation d'un nouvel examen médical d'aptitude n'est pas requise dès lors que le travailleur est appelé à occuper un emploi identique présentant des risques d'exposition équivalents, le médecin du travail intéressé est en possession du dernier avis d'aptitude ou d'inaptitude du travailleur et qu'aucune mesure d'aménagement du poste formulée au titre de l'article L. 4624-3 ou aucun avis d'inaptitude n'a été émis au cours des deux dernières années »⁴⁹¹. En outre, « les travailleurs saisonniers affectés à des postes à risques ne bénéficient pas d'examen d'aptitude si leur mission est d'une durée inférieure à 45 jours »⁴⁹². En conséquence, on peut déplorer que certains travailleurs précaires ne fassent pas l'objet du même traitement que les autres salariés, rompant ainsi avec les principes d'égalité et d'universalité de la médecine du travail, pourtant censée préserver la santé de l'ensemble des salariés, quel que soit le type de leur contrat de travail.

⁴⁸⁶ C. Ferté, La santé au travail après le 1^{er} janvier 2017, *JCP S* n° 1, 2017. 1001.

⁴⁸⁷ C. trav., art. R. 4624-34.

⁴⁸⁸ Cass. soc., 17 oct. 2000, n° 97-45.286 (licenciement pour faute grave à l'encontre d'un salarié qui, après avoir été déclaré temporairement inapte en raison d'une maladie, ne s'était pas présenté à la visite médicale prévue à la fin de la suspension) ; Cass. soc., 29 mai 1986, n° 83-45.409 (licenciement d'un salarié ayant refusé de présenter à la visite régulière de médecine du travail).

⁴⁸⁹ Cass. soc., 29 mai 1986, n° 83-45.409 : *Bull. civ.* V, n° 262 ; Cass. soc., 30 avr. 2014, n° 13-10.361.

⁴⁹⁰ Cass. soc., 20 mai 1980, n° 78-41.741.

⁴⁹¹ C. trav., art. R. 4624-27.

⁴⁹² C. trav., art. D. 4625-22.

2. Un renouvellement périodique

74. « Tout travailleur affecté à un poste à risques bénéficie, à l'issue de l'examen médical d'embauche, d'un renouvellement de cette visite, effectuée par le médecin du travail selon une périodicité qu'il détermine et qui ne peut être supérieure à quatre ans. Une visite intermédiaire est effectuée par un professionnel de santé au plus tard deux ans après la visite avec le médecin du travail. »⁴⁹³ A l'instar de la visite d'embauche, la visite médicale d'aptitude périodique donne lieu à la délivrance par le médecin du travail d'un avis d'aptitude ou d'inaptitude⁴⁹⁴ et s'impose aux parties⁴⁹⁵. La périodicité des examens médicaux pour les travailleurs affectés à des postes présentant des risques particuliers, comme pour les postes de droit commun en matière de visite d'information et de prévention, est de la compétence du médecin du travail, prescripteur du suivi de santé, dans des délais *maxima* expressément prévus par la loi.

⁴⁹³ C. trav., art. R. 4624-28.

⁴⁹⁴ C. trav., art. R. 4624-25.

⁴⁹⁵ Cass. soc., 22 juin 2017, n° 16-11.595.

75. Éléments de droit comparé. Absente de la directive-cadre de 1989, l'aptitude, non seulement, peut être totalement méconnue pour certains, alors qu'utilisée par d'autres, mais, également, peut connaître un écho différent selon les pays européens, cette notion n'étant pas appréhendée selon le même périmètre. En Allemagne, le médecin compétent en matière d'aptitude, lorsque la visite médicale d'embauche est obligatoire, n'est pas forcément le médecin du travail, mais c'est un médecin conventionné par les caisses d'assurance-maladie. Dûment habilité, ce médecin indique si le candidat est apte ou inapte sur un poste de travail particulier. C'est le régime qui existe dans notre fonction publique⁴⁹⁶ avec la compétence d'un médecin agréé pour ce qui est de l'aptitude à exercer des fonctions. Conventionné par les caisses d'assurance maladie, le médecin allemand tient ainsi compte de la santé physique et psychique du salarié, lui permettant ainsi de considérer les conséquences d'une éventuelle maladie, rendant ce dernier incapable de poursuivre son activité professionnelle dans les conditions contractuellement prévues avec son employeur ou si la poursuite de son activité génère un risque de porter atteinte à son état de santé. En Espagne, ensuite, le médecin du travail, qui est intégré dans le service de prévention des risques au travail relevant de la Sécurité sociale, ne peut déclarer un salarié inapte. C'est à l'employeur qu'il revient de prendre les décisions nécessaires d'adaptation du poste, de reclassement ou de licenciement. Il faut préciser que la visite d'embauche n'est obligatoire que pour les salariés affectés à certains postes à risques. « L'incapacité permanente pour le poste habituel et l'impossibilité d'adapter le poste de travail pour le salarié ouvrent la possibilité d'une procédure administrative destinée à faire reconnaître l'incapacité permanente comme incapacité professionnelle par la sécurité sociale. »⁴⁹⁷ En Italie, Belgique et Luxembourg, le médecin du travail n'a pas le monopole de l'aptitude, qui n'est vérifiée que pour les postes à risques, et de l'inaptitude au travail. La Loi Travail française semble avoir emprunté aux législations de ces pays cette logique. Au Royaume-Uni, l'avis d'incapacité du salarié à travailler repose sur les médecins généralistes. Les employeurs doivent suivre les recommandations raisonnables de ces derniers concernant les mesures à prendre pour permettre aux salariés de reprendre le travail. L'inaptitude n'est

⁴⁹⁶ J. Hardy, F. Morel, La réforme de la médecine du travail va-t-elle s'appliquer à la fonction publique hospitalière, *RDSS* 2014, p. 307 ; C. Czuba, L'étendue de l'hétérogénéité des protections au sein du système de santé au travail : le cas de la fonction publique territoriale, *RDSS* 2014, p. 258.

⁴⁹⁷ M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail », mai 2015 ; *RDS*, n° 67, 2015, pp. 736-739.

pas distinguée de l'arrêt de travail et l'aptitude ne fait l'objet d'une vérification périodique que pour certains postes de sécurité. Jeune spécialité au Québec, la médecine du travail est « délibérément axée sur la prévention et sur l'assainissement des milieux de travail »⁴⁹⁸. « La surveillance périodique de la santé des travailleurs n'est exercée que lorsqu'il existe des preuves suffisantes de sa pertinence et de sa nécessité pour prévenir les atteintes à la santé et infléchir efficacement le cours des maladies. »⁴⁹⁹ Or, malgré la volonté politique à l'origine de ce dispositif, la plupart des travailleurs québécois ne bénéficient pas de l'accès à des services de santé au travail⁵⁰⁰. Ainsi, la notion d'aptitude/inaptitude n'est pas toujours utilisée. Et lorsqu'elle l'est, elle n'a pas les mêmes conséquences selon les pays. Les médecins du travail ne sont pas les seuls à intervenir. Une proximité par rattachement ou conventionnement des médecins avec la sécurité sociale (ou le service national de santé au Royaume-Uni) existe souvent. La cohérence semble mieux assurée entre la vision de la Sécurité sociale et l'aptitude/inaptitude au travail, alors que, en France, il peut y avoir contradiction, par exemple, entre l'invalidité de 2ème catégorie relevant de la sécurité sociale et l'avis du médecin du travail concernant l'aptitude ou l'inaptitude du salarié. Les visites médicales ne concernent jamais l'ensemble des travailleurs et sont généralement centrées sur les salariés devant occuper, ou occupant, des postes dits « de sécurité », ou « à risques ». En France, très tôt, la notion d'aptitude a prédominé dans l'activité du médecin du travail. En effet, à partir des décrets de 1952⁵⁰¹, le médecin du travail devait s'assurer de l'aptitude des salariés. L'établissement d'un avis d'aptitude est d'ailleurs venu « sanctionner » chaque examen médical pratiqué, qu'il soit d'embauche, périodique, de reprise. Dès lors, l'aptitude est venue conditionner l'entrée et le maintien dans l'emploi. Ainsi, aptitude et employabilité (**paragraphe 1**) sont intimement liées. De plus, par sa mission de s'assurer de la non-altération de la santé des salariés, le médecin du travail doit également composer entre aptitude et protection de la santé (**paragraphe 2**).

⁴⁹⁸ R. Plante, L. Bhérer, La médecine du travail au Québec : une pratique de santé publique, Santé, société et solidarité, n° 2, 2006.

⁴⁹⁹ *Ibid.*

⁵⁰⁰ *Ibid.*

⁵⁰¹ D. n° 52-1263, 27 nov. 1952, JO 8 nov.

Paragraphe 1. Aptitude et employabilité

76. Difficultés de définition de l'aptitude⁵⁰². Définir peut se révéler problématique quand le texte proposé n'est pas clair ou apparaît difficile, voire impossible, à appliquer. Ce fut le cas de la pénibilité⁵⁰³, terme⁵⁰⁴ auquel toute référence a purement et simplement été supprimée⁵⁰⁵. Les carences en matière de définition ne sont malheureusement pas exceptionnelles en droit, en général, ni en droit de la santé au travail, en particulier. Les textes, par exemple, ne définissent pas les conditions de travail ou même la charge de travail⁵⁰⁶. Sur ce point, la loi nouvelle ne déroge pas à cette pratique en ne définissant pas le terme de capacité⁵⁰⁷. Dénoncée pendant longtemps, l'absence de définition de l'aptitude, de nature à la rendre « encore plus contestable et objet d'interprétations ambiguës »⁵⁰⁸, a trouvé un écho dans la Loi Travail qui y a remédié. Poussé par la doctrine, et notamment par la voix du Professeur S. Fantoni-Quinton qui voyait l'aptitude comme la « compatibilité entre l'état de santé d'un salarié et les contraintes de son poste de travail »⁵⁰⁹, ou encore, selon le Professeur P. Frimat, « un point d'équilibre entre l'homme et son travail »⁵¹⁰. En 2009, lors de la négociation d'un protocole d'accord sur la modernisation de la médecine du travail, les partenaires sociaux avaient retenu la définition suivante : « l'aptitude se définit comme l'absence de contre-indication physique ou psychique à la tenue, par le salarié, du poste de travail actuel ou envisagé. Elle permet également de rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une infection dangereuse pour les autres salariés. »⁵¹¹ Finalement, l'article L. 4624-2 la définit comme « la compatibilité de l'état de santé du travailleur avec le poste auquel il est affecté ». L'inaptitude, quant à elle, se définit comme « l'existence de contre-indication

⁵⁰² A. Carré, Exposé introductif du colloque e-pairs du 17 juin 2011 : Le consentement éclairé en médecine du travail, <http://www.e-pairs.org/colloque2011/Actes/05-consentement-introduction-a.carre.pdf>

⁵⁰³ L. Bensoussan, N. Chenevoy, Non, la prévention de la pénibilité n'a pas disparu !, *Gaz. Pal.* 2018, n° 10, p. 73 ; B. Lardy-Pélessier, « La pénibilité : au-delà de l'immédiat et du quantifiable », *RDT* 2011, p. 160 ; A. Jolivet et V. Pueyo, « La pénibilité du travail : de quoi parle-t-on ? », *RDT* 2010, p. 686.

⁵⁰⁴ Ord. n° 2017-1389, 22 sept. 2017, relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention, *JO*, 23 sept. 2017.

⁵⁰⁵ M. Véricel, La quasi-disparition du compte de prévention de la pénibilité, *RDT* 2017, n° 10, pp. 649-651.

⁵⁰⁶ S. Fantoni, P.-Y. Verkindt, Charge de travail et qualité de vie au travail, *Dr. soc.* 2015, p. 106.

⁵⁰⁷ S. Brissy, La réforme de la santé au travail par la loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, *JDSAM*, 2016, n° 14, p. 96.

⁵⁰⁸ A. Carré, D. Huez, Vers une médecine de sélection médicale de la main-d'œuvre, *SSL*, 2014, n° 1658.

⁵⁰⁹ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013. 1023.

⁵¹⁰ P. Frimat, Le travail... c'est la santé. La santé au travail... une pratique en question, *Pistes*, vol. 12, n° 1, févr. 2010, 7 p.

⁵¹¹ Protocole d'accord sur la modernisation de la médecine du travail, 11 sept. 2009 ; M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail », mai 2015, p. 14 [40].

physique ou psychique entraînant une restriction pour le salarié de remplir une ou plusieurs tâches liées à son poste de travail »⁵¹². L'aptitude, comme l'inaptitude, sont appréciées au regard du poste de travail occupé. Sur ce point, le Conseil d'État, dans une décision de 2015⁵¹³, a précisé que devaient être considérées « les fonctions occupées effectivement avant l'arrêt de travail », quel que soit l'emploi prévu par le contrat de travail. A la lecture de ces propositions de définition, il apparaît donc essentiel de définir la notion de poste de travail pour mieux en mesurer le périmètre et ainsi mieux appréhender les conditions réelles de travail.

77. Employabilité et aptitude : deux notions imbriquées. L'examen médical⁵¹⁴, sanctionné par le certificat d'aptitude, principal outil, mais ambigu⁵¹⁵, des médecins du travail⁵¹⁶, « permet de s'assurer de la compatibilité de l'état de santé du travailleur avec le poste auquel il est affecté »⁵¹⁷, autrement dit de vérifier l'adéquation de la santé d'un salarié avec les qualités requises pour occuper un poste de travail déterminé, c'est-à-dire celui « auquel l'employeur envisage de l'affecter »⁵¹⁸. Nécessairement, il existe une corrélation entre l'aptitude à un poste déterminé qui s'apprécie donc *in concreto* et l'employabilité, qui peut s'analyser de la même manière que l'on évoque l'employabilité relative⁵¹⁹, qui concerne tout ce qui affecte la productivité de la personne, ou l'employabilité absolue⁵²⁰, qui dépend des conditions et des lois de l'offre et de la demande sur le marché de l'emploi et qui peut donc se dégrader en fonction de la conjoncture économique. En tout état de cause, l'employabilité peut se définir comme la capacité relative que possède chaque individu d'obtenir un emploi satisfaisant compte tenu de l'interaction entre ses caractéristiques propres et le marché de l'emploi. L'aptitude repose sur un avis médical alors que l'employabilité englobe deux dimensions de natures différentes : un état – la situation professionnelle, soit un

⁵¹² Protocole d'accord sur la modernisation de la médecine du travail, 11 sept. 2009 ; M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail », mai 2015, p. 14 [40].

⁵¹³ CE 21 janvier 2015 n° 364783 ; G. Dumortier, De recours contre l'avis d'inaptitude ou d'aptitude, *RDT* 2015. 100.

⁵¹⁴ P.-A. Rosental, L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979.

Rapport de recherche, Centre de recherches Historiques EHESS/CNRS, 2000.

⁵¹⁵ Comité national consultatif d'éthique. Avis n° 80. 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, 2003.

⁵¹⁶ P. Davezies, Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale, *Médecine et Travail*, 183, 38-41, 2000.

⁵¹⁷ C. trav., art. L. 4624-2 II.

⁵¹⁸ C. trav., art. R. 4624-24.

⁵¹⁹ N. Ben Hassen et M. Hofaidhllaoui, « L' « employabilité » des salariés : facteur de la performance des entreprises ? », *Recherches en Sciences de Gestion*, 2012/4, n° 91, pp. 129-150.

⁵²⁰ *Ibid.*

élément perceptible – et une probabilité – les possibilités professionnelles, soit des anticipations et des croyances. Ces deux notions sont bien distinctes. En effet, un salarié inapte peut demeurer employable, à condition que son état de santé soit reconnu compatible avec les qualités requises par le nouveau poste de travail envisagé, de même qu'un invalide. Ainsi, l'invalidité, appréciée par le seul médecin-conseil⁵²¹ de la caisse primaire d'assurance-maladie, lorsqu'elle est prononcée, selon la catégorie retenue, est de nature à qualifier une impossibilité de travailler, mais seulement au sens du Droit de la Sécurité sociale. En effet, la notion d'invalidité n'existant pas en droit du travail, en raison de l'autonomie de ce dernier vis-à-vis du droit de la Sécurité sociale, le régime de l'invalidité ne souffre pas d'incompatibilité théorique avec celui de l'employabilité⁵²². En outre, ni le salarié, ni la CPAM ne sont tenus d'informer l'employeur de la déclaration d'invalidité du salarié. De surcroît, le classement en invalidité n'est pas un motif légitime de licenciement en l'absence d'un avis d'inaptitude prononcé par le médecin du travail⁵²³. Cette dernière est la capacité d'une personne à acquérir et à maintenir les compétences nécessaires pour trouver et conserver un emploi. Pour mesurer cette capacité, au-delà des questions de compétences professionnelles⁵²⁴ qui concernent aussi l'employabilité, l'aptitude médicalement constatée est nécessaire. Malgré les évolutions issues de la Loi Travail, les conséquences juridiques de l'(in)aptitude sur le contrat de travail **(A)** et, par ricochet, sur l'emploi **(B)** demeurent.

A. Les effets sur le contrat de travail

78. Jusqu'à la réforme de la contestation de l'avis d'(in)aptitude par la loi Travail⁵²⁵, ce contentieux était dévolu à la juridiction administrative du fait de la compétence de l'inspecteur du travail en la matière. Était ainsi parfois dénoncée « l'ambiguïté de la situation du médecin du travail intervenant dans la conclusion et dans l'exécution du contrat de travail, rôle situé à la frontière du droit privé et du droit public »⁵²⁶. Avec la réforme, ce contentieux est maintenant de la compétence du Conseil de prud'hommes en sa formation de référé. Ce

⁵²¹ P. Donnou, L'incidence professionnelle dans divers contentieux – Réflexions et témoignage d'un médecin-conseil de victimes, *Dr. soc.* 2015. 307.

⁵²² Cass. soc., 22 févr. 2005, n° 03-11.467.

⁵²³ Cass. soc., 20 déc. 2017, n° 12-19.886.

⁵²⁴ S. Thomas, *La compétence du salarié*, thèse, Toulouse, 2016.

⁵²⁵ L. n° 2016-1088 du 8 août 2016, art. 102.

⁵²⁶ J. Laroque, en conclusion d'un colloque organisé en 1980 sur « La médecine du travail et le droit », *Dr. soc.*, 1980, p. 104.

nouveau contentieux tient à la « pertinence des éléments de nature médicale ayant justifié l'avis émis par le médecin du travail, qui n'est pas partie au contrat, quand bien même ses avis peuvent impacter ce contrat de travail »⁵²⁷. Faut-il y voir une interprétation de la place du médecin du travail dans le contrat de travail ? En effet, le Conseil de prud'hommes étant le juge du contrat de travail, on peut se demander quel rôle le médecin joue en matière de contrat de travail : s'agit-il d'un tiers particulier ? Et quel rôle entend-on lui faire jouer dans la validité du contrat de travail ? On le voit, la question de l'aptitude a des effets à la fois lors de la formation (1) mais également lors de l'exécution et de la rupture (2) du contrat de travail.

1. Lors de la formation

79. L'aptitude et le contrat de travail. Les conséquences du travail sur la santé sont potentiellement telles qu'une obligation d'information⁵²⁸, issue des principes généraux de prévention de l'article L. 4121-1 du Code du travail, pèse sur l'employeur. Le médecin du travail, lui aussi, a un rôle d'information⁵²⁹, vis-à-vis du travailleur et de l'employeur, mise en exergue avec la Loi Travail par l'introduction de la visite d'information et de prévention pour les postes sans risque particulier⁵³⁰ et qui pérennise le contrôle médical de l'aptitude pour les postes à risques. L'article L. 4624-2 prévoit que l'examen médical d'aptitude « est réalisé avant l'embauche ». Les articles R. 4624-24 (SIR) et R. 4624-24 (travailleur de nuit) prévoient, pour le premier, que l'examen médical d'aptitude, et, pour le second, la visite d'information et de prévention, soient réalisés « préalablement à son affectation sur le poste ». Véritable passeport⁵³¹ pour pouvoir travailler, l'avis d'aptitude médicale a occupé, avant la loi Travail⁵³², une place décisive dans le droit du contrat de travail, par son caractère

⁵²⁷ S. Fantoni-Quinton, La contestation des avis du médecin du travail aux prud'hommes. Le mystère s'épaissit et les risques s'accumulent, *SSL*, n° 1776, 3 juillet 2017.

⁵²⁸ C.-F. Pradel, P. Pradel-Boureux, V. Pradel, La pénalisation de l'obligation d'informer le salarié sur les risques professionnels, *JCP S* 2017, n° 4, 1033.

⁵²⁹ C. trav., art. L. 4622-2, 2° (conseil), L. 4624-1 (visite d'information et de prévention), R. 4624-1, 5° (délivrance de conseils en matière d'organisation des secours et des services d'urgence), 8° (animation de campagnes d'information et de sensibilisation aux questions de santé publique en rapport avec l'activité professionnelle), R. 4624-11, 2° (information sur les risques éventuels auxquels l'expose son poste de travail), 3° (sensibilisation sur les moyens de prévention à mettre en œuvre), 5° (information sur les modalités de suivi de l'état de santé du travailleur par le service et sur la possibilité dont il dispose, à tout moment, de bénéficier d'une visite à sa demande avec le médecin du travail).

⁵³⁰ C. trav., art. L. 4624-1.

⁵³¹ P. Frimat, Le travail... c'est la santé. La santé au travail... une pratique en question, *Pistes*, vol. 12, n° 1, févr. 2010, 7 p.

⁵³² L. n° 2016-1088 du 8 août 2016, art. 102.

systématique⁵³³, et continue d'être central, sous l'empire de la loi nouvelle, sous une forme qui a certes un peu évolué, par un champ d'application qui s'est réduit⁵³⁴, mais dont la philosophie demeure. Pour autant, peut-on aller jusqu'à dire, comme c'est le cas pour le consentement des parties, la capacité de contracter, le contenu licite et certain⁵³⁵, qu'il s'agisse d'une condition de validité du contrat de travail ? Dans cette hypothèse, il faudrait l'envisager sous l'angle du consentement. En effet, le contrat de travail étant conclu *intuitu personae*, si l'employeur a connaissance que le candidat à l'emploi n'a pas les capacités requises pour exercer le poste de travail, il ne l'engagera pas. Or, le principe de non-discrimination, énoncé à l'article L. 1132-1 du Code du travail, prévoit qu'« aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement (...) en raison de son état de santé ». Par conséquent, que l'employeur soit informé ou non de l'état de santé du travailleur, ce dernier ne pourrait être pris en compte. Toutefois, selon l'article L. 1133-1, « l'article L. 1132-1 ne fait pas obstacle aux différences de traitement, lorsqu'elles répondent à une exigence professionnelle essentielle et déterminante et pour autant que l'objectif soit légitime et l'exigence proportionnée ». Néanmoins, c'est au médecin du travail d'apprécier puisque l'article L. 1133-3 dispose que « les différences de traitement fondées sur l'inaptitude constatée par le médecin du travail en raison de l'état de santé ou du handicap ne constituent pas une discrimination lorsqu'elles sont objectives, nécessaires et appropriées ». On pourrait se demander si ce texte est applicable à l'embauche car c'est la question de l'aptitude, et non directement de l'inaptitude, qui se pose. Deux possibilités doivent ainsi être envisagées ici : soit l'aptitude est assortie de réserves d'aménagements de poste, auquel cas l'employeur devra s'efforcer de suivre l'avis du médecin du travail ; soit ce dernier émet un avis d'inaptitude⁵³⁶, en première ou seconde intention, et le contrat de travail sera suspendu et pourra être rompu.

80. La réticence du salarié à révéler son réel état de santé. Que penser si le salarié n'a pas les capacités requises et qu'il le dissimule à l'employeur ? On pourrait considérer que cette attitude est constitutive d'un vice du consentement⁵³⁷ de l'employeur sur la base de

⁵³³ C. trav., art. R. 4624-47 anc. (Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012, art. 1)

⁵³⁴ C. trav., art. L. 4624-1 et L. 4624-2.

⁵³⁵ C. civ., art. 1128, modifié par l'ordonnance n° 2016-131 du 10 février 2016, art. 2.

⁵³⁶ Cass. soc., 25 janv. 2011, n° 09-72.834.

⁵³⁷ CA Paris, pôle 6, ch. 4, 13 mai 2014, n° 12/00829 : Un employeur est bien fondé à se prévaloir de la nullité du contrat de travail conclu avec la salariée mannequin, en raison de l'erreur sur la personne et ses qualités déterminantes et substantielles qui en étaient la cause principale. En l'espèce, les photos fournies par la salariée et celles réalisées la première journée de travail sont en effet très différentes et donnent même l'impression de ne pas avoir été réalisées sur la même personne au niveau de la morphologie du corps, passant d'un corps de jeune

l'erreur⁵³⁸ sur les « qualités essentielles du cocontractant »⁵³⁹ ou sur le dol⁵⁴⁰. Or, en matière de renseignements d'ordre médical, leur collecte est du monopole du médecin du travail ou bien d'un membre de l'équipe pluridisciplinaire, dans le cadre des protocoles⁵⁴¹ établis par le médecin du travail et sous son autorité. « Lorsqu'un employeur se voit ainsi interdire de prendre en considération l'état de santé ou le handicap d'un candidat à l'emploi, il est parfaitement justifié qu'il ne puisse pas davantage se prévaloir d'un dol de ce dernier à ce sujet. Ces données étant, par la loi, hors du champ contractuel, l'employeur ne peut légitimement se plaindre d'une dissimulation ou d'un mensonge de son cocontractant ayant vicié son consentement alors qu'il ne pouvait, valablement, se déterminer d'après elles. »⁵⁴² Par ailleurs, l'indifférence du dol du salarié en ce domaine est une constante judiciaire⁵⁴³. Le salarié n'a pas de devoir de délivrer spontanément des renseignements à l'employeur sur les éléments susceptibles de l'intéresser lors de l'embauche. En revanche, aux questions pertinentes posées par l'employeur, et répondant au principe de proportionnalité et d'exigence de respect de la vie privée notamment, le salarié doit répondre de bonne foi. Selon l'article L. 1221-6 du Code du travail, « les informations demandées au salarié, sous quelque forme que ce soit, au candidat à un emploi ne peuvent avoir comme finalité que d'apprécier sa capacité à occuper l'emploi ou ses aptitudes professionnelles. Ces informations doivent présenter un lien direct et nécessaire avec l'emploi proposé ou l'évaluation des aptitudes professionnelles. Le candidat est tenu de répondre de bonne foi à ces demandes. »⁵⁴⁴ Ce devoir de loyauté à l'égard de l'employeur n'induit pas à la charge du candidat à l'embauche une obligation de

femme au corps d'une femme plus mûre ayant perdu sa finesse et son absence d'imperfections. Compte tenu de la nature du contrat et de la prestation qui devait être accomplie par le mannequin, le contrat était nécessairement 'intuitu personae' et avait pour cause les qualités physiques et l'aspect général du corps de la salariée, tels qu'ils résultaient des photos que l'employeur lui avait demandé de lui transmettre après avoir consulté son book.

⁵³⁸ C. civ., art. 1130 à 1134.

⁵³⁹ C. civ., art. 1134. En droit matrimonial, l'époux qui se voit privé de la connaissance d'un élément essentiel, c'est-à-dire de nature à vicier son consentement au contrat de mariage est susceptible d'engendrer la nullité de ce dernier. En effet, l'attitude, empreinte de déloyauté, d'une partie, aurait été de nature à ne pas permettre un consentement éclairé de l'autre. C'est le cas aussi en ce qui concerne l'état de santé des époux. Ce qui est vrai en droit matrimonial n'est pas transposable en droit du travail. Un salarié n'a pas d'obligation de révéler son exact état de santé à son employeur même s'il est évident que la connaissance non révélée de l'information aurait à l'évidence contrarié la conclusion du contrat.

⁵⁴⁰ C. civ., art. 1130 et 1137 ; F. Labarthe, note sous Cass. civ., 1^{ère}, 15 mai 2002, *JCP* 2002, I, 184 ; J. Ghestin, Réticence, dol et erreur sur les qualités substantielles, *D.* 1971, Chron. p. 247.

⁵⁴¹ C. trav., art. R. 4623-14.

⁵⁴² G. Loiseau, La neutralisation du dol du salarié, *D.* 2006. 204.

⁵⁴³ Réticence ou mensonge du salarié sur son état de santé lors de l'embauche et nullité du contrat de travail, *JCP E* 2006. 1262.

⁵⁴⁴ C. Puigelier, Le mensonge du salarié, *JCP E* 2003, n° 5, p. 214.

renseignement. L'employeur doit⁵⁴⁵ se renseigner lui-même⁵⁴⁶. Ainsi, la réticence du salarié, même intentionnelle, n'est pas en principe constitutive d'un dol. La réticence de la salariée, dissimulant le handicap dont elle était atteinte et qui était incompatible avec l'exécution des tâches qu'elle s'engageait à accomplir, même intentionnelle, n'est donc pas en principe constitutive d'un dol. Dans cette décision de la Chambre sociale rendue le 21 septembre 2005⁵⁴⁷, la salariée avait certifié que rien ne s'opposait à l'accomplissement du travail pour lequel elle s'engageait, affirmation constitutive d'un véritable mensonge. L'employeur, ici, n'avait pas fait procéder à la visite médicale d'embauche avant la prise de fonctions de la salariée, ce qui pourrait attester que l'état de santé n'était pas un élément déterminant de la conclusion du contrat. On peut alors parler de dol indifférent. D'aucuns ont conclu que le dol était « neutralisé par la propre carence de l'employeur »⁵⁴⁸. L'obligation de loyauté est ainsi allégée par le principe de non-discrimination. On peut alors se demander si, dans cette hypothèse, l'employeur peut se voir reprocher une faute inexcusable alors que cette dernière est conditionnée par un manquement à une obligation de sécurité, la conscience du danger et la faute, cause nécessaire mais non déterminante de l'accident. L'employeur peut-il invoquer l'existence d'une pathologie préexistante du salarié⁵⁴⁹, à l'origine, totalement ou en partie, de la survenance de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle ? D'abord, on peut douter de la possibilité technique du recours à ce type d'argument dans la mesure où l'employeur n'a pas accès à l'expertise médicale au regard du secret médical, de protection absolue, et est écarté par le Code du travail de toute considération relative à l'état de santé du travailleur⁵⁵⁰. Mais, l'employeur peut, sans avoir accès aux données médicales, solliciter des avis médicaux⁵⁵¹ pour faire la démonstration de la cause de l'état de santé préexistant dans la survenance de l'accident ou de la maladie. Deux jurisprudences méritent d'être citées ici. Pour la première, alors qu'il s'appuyait sur une pathologie antérieure à l'accident, signalé par le

⁵⁴⁵ J. Mouly, Des rapports entre la réticence dolosive et l'erreur inexcusable (l'opinion dissidente d'un travailliste), *D.* 2003, chr. P. 2023 ; J. Mestre, *RTD civ.* 1988, p. 336 ; Rolland et Boyer, sur Starck, 6e éd., n° 533 ; P. Jourdain, Le devoir de « se » renseigner, *D.* 1983, Chron. p. 139.

⁵⁴⁶ Cass. soc., 25 avr. 1990 : *D.* 1991, p. 507, note J. Mouly.

⁵⁴⁷ Cass. soc., 21 sept. 2005, n° 03-44.855 : J. Mouly, *JCP E* 2006, n° 6, pp. 324-326 ; J. Savatier, *Dr. soc.* 2006, 106 ; C. Charbonneau, L'impossible dol du salarié, l'embauche d'un salarié déjà inapte, *Cah. soc.* 2006, n° 176, pp. 15-16 ; P.-Y. Verkindt, Examen médical d'embauche : de l'importance pratique de la visite médicale d'embauche, *JCP S* 2005, n° 21, pp. 23-24

⁵⁴⁸ G. Loiseau, La neutralisation du dol du salarié, *D.* 2006, 204.

⁵⁴⁹ D. Asquinazi-Bailleux, De quelques moyens de défense en cas de faute inexcusable : questions de fond et de procédure, *Cah. soc.* 2016, n° 285, p. 276.

⁵⁵⁰ C. trav., art. L. 1132-1 et L. 1133-3.

⁵⁵¹ C. trav., art. R. 4624-34.

salarié, le juge retient que l'employeur a correctement motivé ses réserves⁵⁵². Néanmoins, une seconde précise que n'est pas recevable la signalisation d'une pathologie antérieure lorsque les circonstances de l'accident ne sont pas contestables⁵⁵³. En pratique, la caisse primaire vérifiera le caractère « motivé » des réserves qui rend obligatoire l'ouverture d'une instruction. En effet, selon l'article R. 441-11, III du Code de la Sécurité sociale, en l'absence de cette dernière, la prise en charge du risque professionnel est inopposable à l'employeur. Son interprétation est stricte : en cas de réserves motivées de la part de l'employeur et si la société n'a pas été contactée par l'inspectrice de la caisse pour recueillir ses observations – que ce soit de vive voix ou par questionnaire – la décision de prise en charge de l'accident du travail n'était pas opposable à la société⁵⁵⁴. À l'inverse, lorsque la déclaration n'a été assortie d'aucune réserve et lorsqu'elle a pris en charge l'accident sans procéder à une instruction complémentaire, la caisse n'est pas tenue à communiquer le dossier à l'employeur qui en fait la demande⁵⁵⁵.

81. La visite médicale avant l'embauche. Que penser de l'hypothèse d'une visite médicale avant l'embauche, c'est-à-dire avant la prise effective de poste, dans l'intervalle entre cette dernière et la fin du recrutement⁵⁵⁶, dans la mesure où la Cour de cassation indique que « lorsque l'employeur décide que le salarié recruté avec une période d'essai, prendra ses fonctions avant l'accomplissement de cet acte médical, il ne peut se prévaloir d'un prétendu dol du salarié quant à son état de santé ou à son handicap, que ce dernier n'a pas à lui révéler »⁵⁵⁷ ? *A contrario*, l'employeur retrouverait-il alors le droit de se prévaloir de la déloyauté du salarié s'agissant de son état de santé ? La question de l'état de santé⁵⁵⁸ et du handicap, comme tous les autres critères de discrimination énoncés à l'article L. 1132-1, sont autant de questions interdites. Par conséquent, le salarié est en droit de se taire et même de mentir. Il s'agit, en quelque sorte, d'un droit de riposte à l'irrégularité de l'employeur. L'état de santé est de la compétence du médecin du travail qui aura, dans cette hypothèse,

⁵⁵² Cass. civ., 2^{ème}, 17 déc. 2015, n° 14-28.312 : *JCP S* 2016, 1051, note E. Jeansen.

⁵⁵³ Cass. civ., 2^{ème}, 10 oct. 2013, n° 12-25.782 : *Bull. civ.* II, n° 192 ; *JCP S* 2013, 1493, note P. Baby.

⁵⁵⁴ Cass. civ., 2^{ème}, 10 mars 2016, n° 15-16669 : M. Michalletz, Renforcement du caractère contradictoire de l'instruction à l'égard de l'employeur, *JCP S* 2016, 1145.

⁵⁵⁵ Cass. civ., 2^{ème}, 10 juill. 2014, n° 13-20820 : *JCP S* 2014, 1430, note T. Tauran.

⁵⁵⁶ La promesse unilatérale de contrat est le contrat par lequel l'employeur accorde au candidat le droit d'opter pour la conclusion d'un contrat de travail. L'émission de cette promesse engage l'employeur car le contrat est formé par celle-ci : Cass. soc., 21 sept. 2017, n° 16-20.103.

⁵⁵⁷ Cass. soc., 21 sept. 2005, n° 03-44.855 : J. Mouly, Réticence ou mensonge du salarié sur son état de santé lors de l'embauche et nullité du contrat de travail, *JCP E* 2006. 1262.

⁵⁵⁸ Cass. soc., 21 mars 2018, n° 16-22.568 : La cour d'appel, qui a constaté que le salarié était fragilisé depuis quelques mois par des problèmes de santé et que la décision de rompre son contrat de travail était déjà prise au moment de son retour d'arrêt de travail pour maladie, a pu en déduire que ces éléments laissaient présumer l'existence d'une discrimination fondée sur l'état de santé.

certainement découvert le handicap et ainsi conclu à l'inaptitude du salarié. La question qui se pose alors est l'obligation de reclassement⁵⁵⁹ qui est d'ordre public. Mais, notre hypothèse se situe avant le commencement d'exécution du contrat. Sur ce point, l'article 4.4 de l'accord collectif national du 29 novembre 2007 relatif aux salariés employés sous contrat de travail à durée déterminée d'usage offre une certaine ambiguïté : « Ce contrat précise également autant que de besoin : (...) l'obligation de présentation de l'attestation d'aptitude au travail par le médecin du travail, comme condition de validité du contrat⁵⁶⁰ ». Ceci est en contradiction avec le droit positif, les textes et la jurisprudence n'ayant jamais accordé à l'avis d'aptitude de telles conséquences juridiques. L'aptitude n'étant pas une condition de validité du contrat, en cas d'inaptitude, l'obligation de reclassement pèsera sur l'employeur, même dans l'hypothèse d'un examen médical avant l'embauche.

82. Cas particulier : visite médicale avant l'embauche du sportif professionnel. La Cour de cassation admet la validité de clauses instaurant une condition suspensive dans le contrat de travail du sportif professionnel qui nécessite un agrément ou d'une homologation conditionné à l'obtention d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport considéré. Ainsi, le contrat de travail à durée déterminée peut prévoir une condition suspensive permettant de mettre fin au contrat par le régime juridique de la caducité⁵⁶¹ si cette condition n'est pas remplie. Selon la Cour de cassation⁵⁶², cette possibilité n'est pas contradictoire avec l'interdiction de rompre le CDD de manière anticipée hors les cas légaux. On pourrait envisager que si le CDD prévoit une clause de cette nature, c'est-à-dire que le contrat ne serait définitif qu'après la déclaration d'aptitude par le médecin du travail lors de la visite d'embauche, alors le CDD serait privé d'effet en cas d'inaptitude en application de cette clause suspensive. Or, il convient de limiter la portée de cette décision à cette espèce dans laquelle la joueuse concernée n'avait pas encore pris ses fonctions. Le contrat n'avait pas commencé à être exécuté contrairement à une décision de 2009⁵⁶³, dans laquelle le contrat avait reçu un commencement d'exécution, raison pour laquelle la solution adoptée fut

⁵⁵⁹ F. Héas, *Le reclassement du salarié en droit du travail*, LGDJ, 2000.

⁵⁶⁰ J. Savatier, *Dr. soc.* 1977, p. 47, sous Cass. crim., 4 mai 1967 : « La visite d'embauchage constitue une condition résolutoire de la validité du contrat. »

⁵⁶¹ C. civ., art. 1186 et 1187.

⁵⁶² Cass. soc., 15 mars 2017, n° 15-24.028 : J. Mouly, « Validité des conditions suspensives dans les contrats de travail à durée déterminée », *Dr. soc.*, n° 1, 2017, pp. 568-570.

⁵⁶³ Cass. soc., 1er juillet 2009, Bull. V, n° 165, 08-40.023 : F. Lagarde, Inopposabilité d'une condition suspensive après commencement d'exécution d'un contrat de travail à durée déterminée, *D.* 2010. 871.

différente. Seule existait une promesse d'embauche⁵⁶⁴ à la condition suspensive de satisfaire à un examen d'aptitude. Par conséquent, ce type de clause est valide à la double condition de sa licéité et de l'absence de commencement d'exécution du contrat. Il est ainsi possible de remettre en cause un contrat autrement que par une procédure d'inaptitude. Certains auteurs se sont demandé s'il ne fallait pas rompre avec le droit civil⁵⁶⁵ qui est gouverné par le principe de la liberté contractuelle contrairement au droit du travail qui, lui, est animé par le souci de protection de la partie faible du contrat. Le recours aux techniques civilistes, notamment pour la rédaction des contrats de travail des sportifs professionnels, est utilisé comme instrument de flexibilité⁵⁶⁶ pour mieux préserver les intérêts des clubs⁵⁶⁷. Cependant, il convient de les adapter au droit social⁵⁶⁸ pour protéger la santé des sportifs salariés⁵⁶⁹. L'intérêt du recours à une condition suspensive est l'application du régime de la caducité⁵⁷⁰ en cas de défaillance de la condition. Ainsi, le contrat est censé ne jamais avoir pris naissance. L'application de cet instrument juridique répond à la logique du droit du sport⁵⁷¹. La qualification de condition suspensive est discutable dans cette affaire⁵⁷² dans la mesure où le sportif s'étant entraîné avant l'examen médical et après la signature du contrat, ce dernier avait reçu commencement d'exécution. Or, en pareille hypothèse, c'est la qualification de condition résolutoire qui aurait dû être appliquée, et par voie de conséquence être frappée de nullité car contraire à l'article L.

⁵⁶⁴ La promesse d'embauche est un avant-contrat de travail par lequel l'employeur s'engage à conclure un contrat, dont certains éléments essentiels sont déjà fixés. Cet engagement peut être assorti d'une condition, conformément à l'article 1176 du Code civil qui dispose en cas de non réalisation de celle-ci : « lorsqu'une obligation est contractée sous la condition qu'un événement arrivera dans un temps fixe, cette condition est censée défaillie lorsque le temps est expiré sans que l'événement soit arrivé » (CA Lyon, 7 janv. 2015, n° 14/01153, 2015-000162) ; S. Tournaux, La promesse d'embauche vaut contrat de travail... si le salarié l'accepte !, *RDT* 2016. 700.

⁵⁶⁵ G. Lyon-Caen, « Rôle des principes généraux du droit civil en droit du travail », *RTD civ.* 1974. 229 ; G. Couturier, « Les techniques civilistes et le droit du travail : chronique d'humeur à partir de quelques idées reçues », *D.* 1975. Chron. 151.

⁵⁶⁶ D. Jacotot, « Renouvellement, condition suspensive : l'allongement de la durée du contrat à durée déterminée des sportifs professionnels », *JCP S* 2006. 1401.

⁵⁶⁷ D. Jacotot, Santé du sportif, conditions suspensives et contrat de travail à durée déterminée, *RDT*, 2008, p. 173. G. Singer, Le contrat de travail du sportif professionnel : contribution à l'adaptation du droit du travail aux spécificités du sport professionnel, thèse, Toulouse, 2016.

⁵⁶⁸ A. Supiot, « Pourquoi un droit du travail », *Dr. soc.* 1990. 485.

⁵⁶⁹ X. Aumeran, Surveillance médicale des sportifs salariés : un arrêté, mais peut mieux faire !, *Jurisport* 2018, n° 183, p. 6.

⁵⁷⁰ C. civ., art. 1187.

⁵⁷¹ Les juges se réfèrent à la convention collective du basket professionnel. Dans son article 9.1, il est stipulé : « le contrat n'entrera en vigueur (...) que si les conditions suivantes sont remplies : passage d'un examen médical approfondi [sous la responsabilité du médecin habilité du club] démontrant l'absence de contre-indication à la pratique du basket ». Aux termes de l'article 12 du contrat de travail, « le contrat n'est valable qu'à une [triple] condition à savoir : le passage d'un examen médical approfondi (...) la révélation de résultats démontrant une inaptitude physique déliant eux aussi les parties signataires de toute obligation ».

⁵⁷² Cass. soc., 15 mars 2017, n° 15-24.028.

1243-1⁵⁷³. En outre, une condition suspensive dont l'objet porte sur l'état de santé du sportif est prohibée par la loi car discriminatoire⁵⁷⁴ et est donc nulle de plein droit. Selon l'article L. 1133-3 du Code du travail, « les différences de traitement fondées sur l'inaptitude constatée par le médecin du travail en raison de l'état de santé ou du handicap ne constituent pas une discrimination lorsqu'elles sont objectives, nécessaires et appropriées ». Certains considèrent que les exigences de la pratique sportive professionnelle de haut niveau sont telles que l'assurance d'un état de santé optimal du sportif doit être observée, y compris pour la préservation de la santé de ce dernier. D'autre part, le médecin du travail n'est pas compétent pour apprécier l'aptitude du joueur. On peut s'interroger par analogie sur le cas des postes susceptibles de porter gravement atteinte à la sûreté, à la santé, à la sécurité (aéronautique...) pour lesquels un impératif de sécurité pourrait supplanter la liberté individuelle⁵⁷⁵. D'autres proposent que le sportif subisse deux examens successifs, l'un pratiqué par le médecin du sport, l'autre effectué par le médecin du travail sur la base de l'avis du précédent médecin consigné dans le livret médical⁵⁷⁶ dûment rempli. Or, le médecin n'a pas accès à ce document en raison du secret médical⁵⁷⁷. Par conséquent, le système actuel n'est pas satisfaisant.

83. La visite après l'embauche. Si l'inaptitude intervient pendant la période d'essai⁵⁷⁸, l'employeur ne peut licencier le salarié car « ces dispositions ne sont pas applicables pendant la période d'essai »⁵⁷⁹. Dans cette hypothèse, le licenciement est frappé de nullité⁵⁸⁰. Sur le fondement de l'article L. 1133-3, l'employeur semble pouvoir mettre un terme à l'essai à l'appui d'un avis d'inaptitude émanant du médecin du travail⁵⁸¹. La procédure de licenciement n'étant pas applicable, la question se pose alors pour l'employeur de savoir s'il doit chercher à reclasser le salarié dans l'entreprise. Selon l'article L. 1226-10, « lorsque le salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est déclaré inapte par le médecin du travail, en application de l'article L. 4624-4, à reprendre l'emploi qu'il occupait précédemment, l'employeur lui propose un autre emploi approprié à ses capacités, au sein de

⁵⁷³ cf. J.-P. Karaquillo, obs. sous Soc. 6 mai 1998, *Dr. soc.* 1998. 835.

⁵⁷⁴ C. trav., art. L. 1132-1.

⁵⁷⁵ C. Radé, colloque Lille, Entre secret et mensonge, face aux obligations de prévention et de sécurité au travail, Regards croisés franco-québécois, 3-4 nov. 2016.

⁵⁷⁶ C. sport, L. 231-7.

⁵⁷⁷ C. santé pub., art. L. 1110-4.

⁵⁷⁸ Y. Struillou, Conditions d'appréciation et de contestation de l'inaptitude du salarié pendant la période d'essai, *Dr. soc.* 2009. 941 (CE, Crédit Lyonnais, 17 juin 2009).

⁵⁷⁹ C. trav., art. L. 1231-1.

⁵⁸⁰ Cass. Soc., 16 févr. 2005, *JCP*, 2005, II, 10.098, note J. Colonna ; Cass. soc., 21 sept. 2005, *Dr. soc.*, 2006, p. 106, obs. J. Savatier.

⁵⁸¹ C. trav., art. L. 4624-4, S. Fantoni-Quinton et P.-Y. Verkindt, Le nouvel encadrement de la décision d'inaptitude, *Sem. soc. Lamy* 2017, n° 1752, p. 7 ; Jeansen, *JCP S* 2017. 1318.

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. » De plus, l'article L. 1226-12 dispose que « l'employeur ne peut rompre le contrat de travail que s'il justifie soit de son impossibilité de proposer un emploi dans les conditions prévues à l'article L. 1226-10, soit du refus par le salarié de l'emploi proposé dans ces conditions, soit de la mention expresse dans l'avis du médecin du travail 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. » Or, cet article, *in fine*, précise que « s'il prononce le licenciement, l'employeur respecte la procédure applicable au licenciement pour motif personnel prévue au chapitre II du titre III. » Les règles du licenciement n'étant pas applicables pendant la période d'essai, la question se pose de l'applicabilité des articles L. 1226-10 à L. 1226-12, et symétriquement des articles L. 1226-2 à L. 1226-4 pour une inaptitude consécutive à une maladie ou un accident non professionnel, dans leur intégralité pendant la période d'essai. Il paraît raisonnable d'admettre que l'employeur doit chercher à reclasser⁵⁸² le salarié. Seule une impossibilité de reclassement lui permettra de rompre l'essai⁵⁸³. En effet, « les dispositions des articles L. 122-32-5, L. 122-32-6 et L. 122-32-7 [L. 1226-10, L. 1226-11 et L. 1226-12] du Code du travail sont applicables au cas du salarié victime d'un accident du travail pendant la période d'essai ». L'inaptitude physique génère dans tous les cas une obligation de reclassement⁵⁸⁴. Les règles relatives au reclassement sont d'ordre public⁵⁸⁵. « Ainsi, un accident du travail survenant au cours d'une période d'essai a pour conséquence de faire bénéficier la victime d'une protection identique à celle dont bénéficient les salariés titulaires d'un CDD ou d'un CDI et impose à l'employeur le respect d'une obligation de reclassement. »⁵⁸⁶

84. Du droit de se taire à l'autorisation de mentir⁵⁸⁷. Même si l'état de santé relève de la vie privée de l'intéressé, pour autant, conférer au respect de ce droit une dimension

⁵⁸² Y. Struillou, Conditions d'appréciation et de contestation de l'inaptitude du salarié pendant la période d'essai, *Dr. soc.* 2009. 941 (CE, 17 juin 2009, Crédit Lyonnais) ; M. Véricel, L'étendue de l'obligation de sécurité de l'employeur en matière de reclassement des salariés inaptes, *RDT* 2010. 30.

⁵⁸³ Cass. soc., 25 févr. 1997, n° 93-40.185 ; G. Lachaise, *JCP E*, 1997, n° 38, pp. 193-195.

⁵⁸⁴ Cass. soc., 12 juill. 1999, n° 97-41.131 ; G. Lachaise, Les incidences de l'inaptitude physique sur le CDD, *JCP E*, n° 9, p. 372 ; Liaisons soc., 7 oct. 1999, jurispr. N° 644, p. 9 ; *Dr. soc.*, 1999, p. 952, obs. J. Savatier.

⁵⁸⁵ Cass. soc., 29 juin 1999, n° 96-44.160 ; J. Savatier, *JCP G*, 2000, n° 3, pp. 90-92.

⁵⁸⁶ G. Lachaise, Les incidences de l'inaptitude physique sur le CDD, *JCP E*, n° 9, p. 372.

⁵⁸⁷ J. Mouly, Réticence ou mensonge du salarié sur son état de santé lors de l'embauche et nullité du contrat de travail, *JCE E*, 2006, p. 1262 ; C. Puigelier, Le mensonge du salarié, *JCP E* 2003, n° 5, p. 214 ; F.-J. Pansier, Liberté de mentir, droit au mensonge du salarié lors de l'embauche, *Cah. soc.* août 2002, p. 17 ; J. Mouly, Des rapports entre la réticence dolosive et l'erreur inexcusable (l'opinion dissidente d'un travailleur), *D.* 2003, chr. P. 2023.

absolue, même exercé dans des circonstances très contestables et de nature à compromettre la protection des intérêts légitimes de l'entreprise ainsi qu'à la santé-sécurité du travailleur concerné et des tiers, collègues inclus, on peut s'interroger sur l'obligation faite à l'employeur de procéder à une recherche de reclassement pour une personne qui lui a dissimulé le fait qu'elle ne pouvait exercer les fonctions pour lesquelles elle a candidaté. Que le salarié dissimule un état de santé qui n'a pas de conséquences importantes sur sa capacité à exercer ses tâches est une chose. Taire une incompatibilité, c'est autre chose⁵⁸⁸. Assurer du contraire, en certifiant que rien ne s'oppose à l'accomplissement du travail convoité, c'est encore un degré supérieur dans le mensonge. « Une telle impunité fait alors désormais la singularité de ce vice en droit du travail »⁵⁸⁹. En matière de santé, la reconnaissance de ce vice semble ne souffrir aucune exception alors que sa « nocivité »⁵⁹⁰ varie fortement selon qu'il perturbe, ou non, la relation contractuelle. Ainsi, d'une part, « le droit commande de s'abstraire de toute donnée personnelle susceptible, lors d'un recrutement, de conduire à un traitement discriminatoire entre des candidats à un emploi. »⁵⁹¹ Dans le but d'une plus grande exigence d'égalité devant l'emploi, il s'agit d'assurer au travailleur un « droit à l'indifférence de sa personne »⁵⁹². Par ailleurs, excluant la considération de qualités personnelles sans lien direct avec l'emploi, il n'admet que celles qui se rapportent objectivement à l'objet du contrat⁵⁹³, c'est-à-dire qui ont trait à l'aptitude à exercer la prestation de travail confiée au salarié. On assiste ainsi à une forme de « glissement de l'*intuitu personae*, dont est empreint le contrat de travail au contact des parties qui s'obligent à un *intuitu professionis* concentré sur l'aptitude objectivement perçue à exécuter l'objet du contrat »⁵⁹⁴.

85. Sauf inaptitude médicalement constatée, l'employeur ne peut rompre le contrat de travail, même en cas d'incompatibilité entre l'état de santé et les exigences du poste. Dans l'hypothèse d'un mensonge avéré et dangereux pour la santé ou la sécurité du salarié ou de celles des autres travailleurs, la montée en puissance de l'obligation de sécurité du salarié⁵⁹⁵

⁵⁸⁸ C. Radé, L'obligation de sécurité du salarié, *Dr. ouvr.* 2012, pp. 578-582 ; colloque Lille, Entre secret et mensonge, face aux obligations de prévention et de sécurité au travail, Regards croisés franco-québécois, 3-4 nov. 2016, cf § Du droit de se taire à l'autorisation de mentir (Partie 1, Titre 1, Chapitre 1, Section 2, §1, A., 1. Lors de la formation).

⁵⁸⁹ G. Loiseau, La neutralisation du dol du salarié, *D.* 2006. 204.

⁵⁹⁰ *Ibid.*

⁵⁹¹ M.-A. Peano, L'intuitus personae dans le contrat de travail, *Dr. soc.* 1995, p. 136.

⁵⁹² *Ibid.*

⁵⁹³ C. trav., art. L. 1221-6.

⁵⁹⁴ G. Loiseau, La neutralisation du dol du salarié, *D.* 2006. 204.

⁵⁹⁵ C. Radé, L'obligation de sécurité du salarié, *Dr. ouvr.* 2012, pp. 578-582 ; C. Radé, Le manquement grave du salarié à son obligation de sécurité, *Lexbase hebdo éd. Sociale* 2015, n° 630 ; A. Coeuret, « La responsabilité du

pourrait être de nature à inquiéter ce dernier. Ainsi, le devoir de loyauté pourrait obliger la partie qui a connaissance de l'existence d'un empêchement à l'exécution du contrat à en informer l'autre, à plus forte raison si cette information est de nature à compromettre sa sécurité ou celle de tiers⁵⁹⁶. Le principe de non-discrimination et le rôle exclusif du médecin du travail d'apprécier les éléments relatifs à la santé des travailleurs protègent le droit au silence du travailleur vis-à-vis de l'employeur. « Cette protection ne consacre pourtant pas un droit général au mensonge, notamment vis-à-vis du médecin du travail »⁵⁹⁷. En effet, si les textes sont silencieux sur l'existence ou non d'un droit au mensonge vis-à-vis du médecin du travail, pour autant, l'obligation de sécurité qui pèse sur le salarié pourrait constituer une limite à ce droit de se taire, voire de mentir. Egalement, outre l'interdiction de rompre le contrat, l'employeur a également l'obligation de financer le régime d'indemnisation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, en plus de l'obligation d'adaptation du poste de travail, le cas échéant. Il est comptable d'une obligation de sécurité concernant la préservation de la santé du salarié, et ce « indépendamment de ce droit à la dissimulation »⁵⁹⁸. La montée en puissance de l'obligation de sécurité du salarié⁵⁹⁹ contribuera peut-être à nuancer ce droit implicite de ne rien révéler sur son état de santé, au moins vis-à-vis du médecin du travail... »⁶⁰⁰ En premier lieu, « rien ne doit briser la confiance indispensable à la relation médecin/patient qui fonde la possibilité d'une rencontre singulière⁶⁰¹ »⁶⁰². Selon l'article R. 4127-2 du Code de la Santé publique, « le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité ». La primauté de l'individu⁶⁰³ s'inscrit donc dans la tradition française. A l'inverse, l'article 1 de l'« American medical association » de 1847 prévoit que « le premier objectif de la profession médicale est de rendre service à l'humanité

salarié en matière de sécurité et de prévention des risques professionnels », Rapport 2002 de la Cour de cassation, Etudes sur la responsabilité, p. 87.

⁵⁹⁶ 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 », *Dr. soc.*, n° 1, 2016, pp. 19-26.

⁵⁹⁷ *Ibid.*

⁵⁹⁸ *Ibid.*

⁵⁹⁹ C. Radé, S. Fantoni-Quinton, La disputatio : secret, mensonges, conséquences pour le salarié au regard de son obligation de sécurité et de loyauté, Colloque Lille, Entre secret et mensonge, face aux obligations de prévention et de sécurité au travail, Regards croisés franco-québécois, 3-4 nov. 2016.

⁶⁰⁰ 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 », *Dr. soc.*, n° 1, 2016, pp. 19-26.

⁶⁰¹ Expression de Paul Ricoeur, 1996.

⁶⁰² Introduction au Code de déontologie médicale.

⁶⁰³ C. civ., art. 16 (loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain).

en respectant pleinement la dignité de l'homme et les droits des patients ». Selon une stricte application des règles du Code de la Santé publique, allant dans le sens d'une logique tout aussi exigeante de prévention, doivent être observés le libre choix du praticien mais également le libre choix du moment de la consultation, le devoir fait au médecin de délivrer une information loyale, claire et appropriée⁶⁰⁴ pour éclairer le patient et ainsi le mettre en situation de décider ce qui est bon pour lui en toute autonomie⁶⁰⁵. Le travailleur ne peut choisir son médecin du travail⁶⁰⁶. En revanche, il est obligé de le rencontrer périodiquement sous peine de sanctions disciplinaires⁶⁰⁷. De plus, la liberté de décider ce que le travailleur veut faire vis-à-vis du fait qu'il continue ou non à occuper son poste de travail n'est pas prévue non plus car l'avis du médecin prévaut. Ce n'est pas tant la crainte de violation du secret médical du médecin du travail révélant la pathologie du salarié à l'employeur qui effraie le salarié mais c'est la décision même du médecin du travail et le risque de se voir écarté de son poste de travail et donc, *in fine*, de l'emploi, 95% des inaptitudes se soldant par un licenciement. Les lois Rebsamen et El Khomri n'ont pas remis en cause la nature même de la décision du médecin. Si on supprime la référence à l'aptitude systématique, le médecin du travail reste juge de la compatibilité entre la santé du salarié et son poste de travail par le régime de l'inaptitude. Et même si les examens médicaux sont remplacés par des entretiens infirmiers, le salarié peut être orienté sans délai. Cette dynamique-là n'est pas remise en question par les textes. Malgré cette vigilance organisée, les limites du système sont réelles, notamment en cas de lésions pour le salarié. En effet, un salarié qui aura pris la liberté de continuer à travailler en dissimulant son état pourra quand même réclamer des dommages-intérêts, y compris peut-être par la faute inexcusable.

86. La sécurité des tiers. En cas de conflit entre les intérêts des tiers et ceux de la personne, entre intérêts individuels et collectifs, la question qui se pose est de savoir lesquels vont prévaloir. Un conflit entre droit au travail du salarié et droit à la santé⁶⁰⁸ et à la sécurité des tiers est en jeu. Cela renvoie à l'échelle de valeurs de la société. En France, la primauté est donnée à la liberté individuelle sauf dans le cas où un individu fait peser une menace avérée sur la collectivité⁶⁰⁹. Quelqu'un qui a un problème de santé mais qui veut continuer à tout prix

⁶⁰⁴ C. santé pub., art. R. 4127-35.

⁶⁰⁵ Loi Kouchner de 2002.

⁶⁰⁶ C. santé pub., art. R. 4127-6.

⁶⁰⁷ Or, la directive de 1989 prévoit un seul droit d'accès libre au médecin pour le salarié doit être systématiquement prévu pour les entreprises.

⁶⁰⁸ L. Casaux-Labrunée, « Le droit à la santé », in *Libertés et droits fondamentaux*, 19^e éd., Paris, Dalloz, 2013, pp. 895-926.

⁶⁰⁹ Introduction au Code de déontologie médicale.

à travailler ou qui va le cacher est un vrai dilemme pour le médecin du travail. Quand il en est saisi. Est-ce que l'intérêt du salarié doit systématiquement prévaloir ? On peut ici faire le parallèle avec les dérogations obligatoires et les dérogations facultatives au secret médical. Toutes ces questions ont nécessairement une influence sur les confidences que le salarié peut être amené à faire au médecin du travail ainsi, bien sûr, que sur les conséquences de ces dernières. Le salarié se livre totalement au médecin quand il attend de lui les meilleurs soins⁶¹⁰, lorsqu'il a un problème pour lequel il espère que le médecin puisse faire quelque chose, quand il pense que c'est une obligation. L'effectivité d'une obligation de cette nature sera très hypothétique, car dépendant singulièrement du rapport de chacun à cette obligation, de sa connaissance réelle de la situation, des risques juridiques, mais également de santé, encourus... Par exemple, pour certaines professions, dans la marine notamment, il y a une obligation pour le travailleur⁶¹¹ de révéler ses antécédents médicaux. S'il n'observe pas cette obligation, il faudra non seulement être informé de ces éléments en cas de comportement mutique de l'intéressé mais également en rapporter la preuve. S'il ne dit rien, c'est lorsque le problème aura eu lieu que l'on pourra rechercher les responsabilités. Qu'en est-il de sa responsabilité disciplinaire⁶¹² ? Un salarié ayant mis en danger, délibérément ou pas, ses collègues parce qu'il n'a pas révélé un état de santé, il a manqué à son obligation de veiller sur sa santé et sa sécurité mais également sur celles des autres. Si on décortique ça, pour pouvoir prouver qu'un salarié a manqué à son obligation de sécurité, il faudrait prouver que le salarié avait bien la connaissance antérieure de son état de santé (qui va avoir cette information... ? et donc aux données médicales). Ensuite, même en ayant connaissance de son état de santé antérieur, il faut qu'il ait eu conscience de la gravité potentielle (il n'est pas médecin). Cela veut dire qu'il faudrait qu'on ait la trace d'une information claire et précise donnée par un médecin. Même en ayant conscience de sa pathologie et des dangers potentiels qu'on aurait pu lui indiquer de façon générique, il peut penser pouvoir compenser. Dans ces conditions, il est très difficile d'avoir une prévention efficace sur ces sujets dans notre système plaçant l'individu avant la société, en plaçant la liberté avant la sécurité. En outre, plus le salarié occupe un poste de sécurité, moins il en dit au médecin⁶¹³ car, conscient de la sensibilité de son poste et des exigences qu'il induit, notamment en termes de santé, il fera

⁶¹⁰ Nous utilisons, par commodité, le terme de soin dans son acception la plus large, de manière à y intégrer tous les actes du médecin du travail dont la mission est par nature préventive.

⁶¹¹ C. Radé, L'obligation de sécurité du salarié, *Dr. ouvr.* 2012, pp. 578-582.

⁶¹² C. Radé, L'obligation de sécurité du salarié, *Dr. ouvr.* 2012, pp. 578-582.

⁶¹³ Colloque Lille, Entre secret et mensonge, face aux obligations de prévention et de sécurité au travail, Regards croisés franco-québécois, 4 novembre 2016.

souvent le choix de privilégier avant tout la protection de son emploi, parfois au détriment de la protection de sa santé. La conséquence est donc une méfiance vis-à-vis du médecin qui est le rédacteur de l'avis d'aptitude, véritable passeport du travailleur. En ce qui concerne les données de santé, le salarié ne doit aucune explication à l'employeur. La question se pose alors d'une véritable entrave à l'exercice médical du travail. Or, les dispositions sont clairement du côté du travailleur qui fait le choix de la discrétion. Ainsi, la révélation de son statut de travailleur handicapé, même au médecin du travail, serait attentatoire au principe de respect de la vie privée⁶¹⁴. D'autre part, on peut se demander si l'on pourrait déduire de l'obligation de loyauté pesant sur le salarié une obligation d'information du salarié vis-à-vis de son employeur sur son statut de travailleur handicapé. Tel n'est pas le choix de la Cour de cassation qui, soucieuse de préserver le secret médical, conforte le droit au silence du salarié reconnu handicapé en rappelant que ce dernier ne peut être privé des droits attachés à ce statut pour ne pas avoir révélé son statut de travailleur handicapé à l'employeur. En effet, la qualité de travailleur handicapé bénéficiaire de l'obligation d'emploi « résulte d'une démarche personnelle et volontaire de l'intéressé, de même que sa décision de porter à la connaissance de l'employeur ou du médecin du travail sa condition de bénéficiaire de cette obligation et qu'en décider autrement, serait de nature à porter une atteinte au principe du respect de la vie privée issu de l'article 9 du Code civil »⁶¹⁵. Les juges sont attentifs à préserver ces droits. Par exemple, il aura fallu attendre une décision du Conseil constitutionnel suite à une question prioritaire de constitutionnalité, pour que la Chambre sociale accepte pour la première fois, de subordonner le bénéfice du statut protecteur lié à un mandat extérieur à l'entreprise à l'obligation pour le salarié d'en avoir informé l'employeur au plus tard lors de l'entretien préalable⁶¹⁶. Le premier désavantage, lorsque l'on ne dit pas ce que l'on a au médecin du travail, est de prendre le risque de ne pas bénéficier d'aménagements adéquats. Or, c'est sa mission principale. Ne va-t-on pas sur une mise en échec de la santé au travail si l'on s'inscrit dans un jeu de dupes et si personne ne dit rien à personne ? L'employeur pourrait sanctionner une faute qui serait en fait la conséquence d'un mauvais état de santé (non su et non démontré) pour lequel aucun aménagement n'aurait pu être fait.

⁶¹⁴ Cass, soc, 21 septembre 2005, n° 03-44.855 ; Cass. soc., 18 sept. 2013, n° 12-17.159 ; Cass, soc, 7 novembre 2006, n° 05-41.380 ; Cass, soc, 6 mai 2003, n° 01-41.370

⁶¹⁵ Rép.min. n°11415, JO Sénat 14 avri 2011, v. *Bref social* n° 15842 du 21 avril 2011.

⁶¹⁶ Cass, soc, 14 septembre 2012, n° 11-21.307.

87. Vers un changement paradigmatique⁶¹⁷ : de la liberté d'expression du salarié à la sécurité au travail. Traditionnellement, la salariée enceinte a le droit de ne pas révéler son état à l'employeur. Cette liberté absolue correspond à l'approche classique sur laquelle on se fonde pour considérer que le salarié peut ne pas révéler les informations. Cette approche classique s'est enrichie dans un premier temps du concept de non-discrimination. C'est le passage de la liberté au concept de non-discrimination qui constitue la première étape de l'évolution⁶¹⁸. La non-discrimination correspond à l'interdiction de prendre en considération un élément de la vie privée du salarié pour lui infliger un traitement défavorable. Il n'y a pas de discrimination positive. Le Code du travail fait état de différences de traitement autorisées⁶¹⁹ et non de discrimination positive⁶²⁰. Le passage de la liberté de la personne à la non-discrimination introduit le droit de prendre en considération les éléments protégés à condition que ce soit dans l'optique de protéger le salarié et de prendre à son égard des mesures plus favorables⁶²¹. Prises sur la considération d'éléments en principe prohibés, ces mesures de faveur, destinées à assurer un traitement préférentiel visant à rétablir une égalité de fait, participe de l'impératif de santé et de sécurité au travail. Ainsi, en passant de la liberté à la non-discrimination, on accepte l'idée qu'une différence de traitement puisse être plus favorable à la personne et on admet conceptuellement que l'on puisse prendre en considération la santé du salarié pour assurer sa protection et ainsi que celle des autres salariés⁶²². Lorsqu'il exécute son obligation de sécurité, l'employeur peut prendre en considération la santé du salarié, non pas pour le sanctionner mais pour assurer la protection de ses intérêts. C'est le troisième temps (après la liberté et la non-discrimination) : la prise en compte de la sécurité comme objectif permettant de requalifier la différence de traitement en traitement plus favorable et non en discrimination. Le dernier élément de ce glissement paradigmatique est l'idée que la sécurité n'est pas que l'affaire de l'employeur mais aussi celle des salariés⁶²³. L'article 13 de la directive de 1989 précise qu' « il incombe à chaque travailleur de prendre soin, selon ses possibilités, de sa sécurité et de sa santé ainsi que de celles des autres personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions au travail,

⁶¹⁷ C. Radé, colloque Lille, Entre secret et mensonge, face aux obligations de prévention et de sécurité au travail, Regards croisés franco-québécois, 3-4 nov. 2016.

⁶¹⁸ *Ibid.*

⁶¹⁹ C. trav., art. L. 1133-1 à L. 1133-6 (Chapitre III : Différences de traitement autorisées).

⁶²⁰ C. trav., art. L. 1133-4 à L. 1133-6.

⁶²¹ C. Radé, colloque Lille, Entre secret et mensonge, face aux obligations de prévention et de sécurité au travail, Regards croisés franco-québécois, 3-4 nov. 2016.

⁶²² *Ibid.*

⁶²³ *Ibid.*

conformément à sa formation et aux instructions de son employeur ». La sécurité devient la valeur suprême et supplante ainsi la liberté. Le changement paradigmatique est là : le passage d'une échelle de valeurs dans laquelle la liberté est tout en haut de la pyramide à une autre échelle dans laquelle la sécurité devient la valeur commune suprême, quand bien même la liberté serait un peu limitée pour assurer la sécurité de la personne. Au moment où la directive de 1989, dans son article 13, prévoit la participation du salarié à hauteur de ses moyens à la sécurité, en France est consacrée la conception fondée sur la liberté individuelle. En 1992, la loi sur les libertés dans l'entreprise, suivant le rapport Lyon-Caen⁶²⁴ exhale la liberté du salarié dans la relation de travail au moment même où, au niveau de la Communauté européenne, on place les questions de sécurité parmi les questions les plus importantes. La jurisprudence de la Cour de cassation est assez régulière en matière d'obligation de sécurité du salarié⁶²⁵ et s'oriente même depuis quelques années dans le sens d'un durcissement⁶²⁶. Cependant, il n'y a rien qui relie la question de sécurité du salarié à la question du mensonge dans le cadre du recrutement. Néanmoins, le cadre conceptuel est là. Le salarié doit contribuer à sa propre sécurité et il doit contribuer à la sécurité des autres. Le régime de sanction existe. Ce n'est ni la responsabilité civile ni la responsabilité pénale mais c'est la responsabilité disciplinaire⁶²⁷. Lorsqu'une entreprise est confrontée à un salarié qui a menti sur ses aptitudes réelles, elle pourra être tentée de l'écarter. Or, les entreprises nourrissent une crainte forte en matière de discrimination fondée sur l'état de santé. On neutralisera l'argument disciplinaire en visant simplement le manquement à l'obligation professionnelle et en faisant l'impasse sur la cause médicale. Or, il existe les outils juridiques dans le droit du travail pour dire que le salarié ne peut pas mentir sur son état de santé lorsque cet état de santé est susceptible de l'exposer ou d'exposer les tiers à un risque pour la santé physique ou la santé mentale. C'est la suite logique de la montée en puissance de l'obligation de sécurité, le Code du travail et la directive de 1989 prévoyant que le salarié participe de la sécurité au travail. Donc on ne peut pas à la fois dire que le salarié doit contribuer à la sécurité et dire qu'il a le droit de mentir dès lors que le mensonge aurait une incidence sur la sécurité. Cela veut dire concrètement, et cela renvoie aux exigences professionnelles déterminantes, que le droit au mensonge ne porte que

⁶²⁴ G. Lyon-Caen, Les libertés publiques et l'emploi : rapport au ministre du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, janvier 1992, 174 p.

⁶²⁵ Cass. soc., 28 févr. 2002, n° 00-41.220 ; Cass. soc., 6 juin 2007, n° 05-45.984 ; Cass. soc., 30 sept. 2005, n° 04-40.625 ; Cass. soc., 20 nov. 2012, n° 12-21.941 ; Cass. soc., 7 oct. 2015, n° 14-12.403.

⁶²⁶ Cass. soc., 31 janv. 2012, n° 10-21.472.

⁶²⁷ C. Radé, colloque Lille, Entre secret et mensonge, face aux obligations de prévention et de sécurité au travail, Regards croisés franco-québécois, 3-4 nov. 2016.

sur des éléments qui ne sont déterminants ni pour l'emploi ni pour la sécurité au travail. Pour toutes les questions sur les antécédents, dès lors que cela ne remet pas en cause l'aptitude réelle du salarié à assurer sa sécurité et celle des autres, il a le droit de mentir. En revanche, on ne peut pas dire qu'il a le droit de mentir sur des éléments qui l'exposent ou qui exposent autrui à un risque de santé au travail. S'il ment, il commet une faute, le dol n'étant pas recevable en droit du travail⁶²⁸. Mais comme la faute continue d'exister dans le cadre de l'exécution du contrat puisque le mensonge perdure elle constitue la violation d'une obligation professionnelle⁶²⁹. Il serait donc susceptible d'être licencié pour motif disciplinaire. C'est précisément ce qui a été jugé le 12 octobre 2017 par la Cour de cassation. En l'espèce, un cariste a été licencié pour faute grave pour avoir continué à travailler sachant qu'il n'était pas en état de le faire. En effet, il lui a été reproché de mettre en danger sa sécurité et celle de ses collègues en renversant deux palettes en raison d'un état de léthargie provoquée par la prise régulière d'un traitement médical dont il connaissait pourtant les effets de somnolence⁶³⁰.

88. La bonne foi dans la sécurité⁶³¹. Longtemps dévoyée, l'obligation de bonne foi remonte en puissance en droit du travail contemporain. La Cour de cassation a consacré un principe général de protection fondé sur la liberté d'expression pour protéger les lanceurs d'alerte en général au-delà des applications particulières. Notamment avec l'obligation de révéler à l'employeur l'existence des mandats de protection qui sont extérieurs à l'entreprise pour pouvoir revendiquer le bénéfice de cette protection (après la réserve faite par le Conseil constitutionnel). Elle est pertinente à condition d'être combinée avec l'obligation de sécurité. C'est l'obligation de bonne foi dans la sécurité. Le salarié doit de bonne foi révéler les informations qui sont déterminantes pour sa santé et celle de ses collègues. On ne peut pas séparer les deux. La bonne foi et la sécurité doivent pouvoir fonctionner ensemble et elles doivent pouvoir servir de fondement toutes les deux à cette idée que le salarié doit participer à l'établissement de sa sécurité et de celle des autres. Concernant les postes à risques, le salarié qui y est affecté peut mentir mais il doit en supporter les conséquences. Parmi les critères retenus par la jurisprudence pour déterminer s'il y a manquement ou non à l'obligation de

⁶²⁸ Cf § Du droit de se taire à l'autorisation de mentir (Partie 1, Titre 1, Chapitre 1, Section 2, §1, A., 1. Lors de la formation).

⁶²⁹ Un parallèle peut être fait avec le mariage : les mensonges d'avant le mariage deviennent les fautes d'après le mariage, cacher son passé peut mener au divorce pour faute. Là, c'est la même chose. Le salarié commet une faute à faire perdurer un mensonge sur sa capacité réelle à assurer sa propre sécurité et celle des autres.

⁶³⁰ Cass. soc., 12 oct. 2017, n° 16-18.836.

⁶³¹ C. Radé, colloque Lille, Entre secret et mensonge, face aux obligations de prévention et de sécurité au travail, Regards croisés franco-québécois, 3-4 nov. 2016.

sécurité du salarié, il y a notamment la nature des fonctions et les risques auxquels les fonctions exposent les tiers. La manière d'apprécier la gravité de la faute tient compte notamment des missions particulières et de la dangerosité. Ceci aura un impact sur l'appréciation de la faute⁶³².

89. Exemple du droit québécois⁶³³. En France, l'employeur ne peut questionner le salarié sur son état de santé, contrairement au droit québécois par exemple qui apporte d'intéressants éléments de comparaison⁶³⁴. L'employeur y est autorisé à questionner le salarié⁶³⁵ dans le cadre du processus de sélection lorsque les questions sont nécessaires afin d'évaluer s'il possède les aptitudes ou qualités requises par l'emploi⁶³⁶, et vérifier si le candidat possède les exigences professionnelles justifiées (EPJ). Si l'employeur démontre qu'une EPJ peut être modifiée pour répondre aux besoins d'adaptation d'un employé, alors il pourra être exempté de l'obligation d'adaptation. De plus, avant de pouvoir invoquer une EPJ, l'employeur doit prouver qu'il ne peut pas prendre des mesures d'adaptation sans s'imposer une contrainte excessive⁶³⁷. Par ailleurs, en principe, le candidat ne devrait pas être tenu de répondre à une question discriminatoire. Or, s'il est démontré que le salarié a menti sur son état de santé, alors les fausses déclarations peuvent entraîner « le congédiement administratif pour vice du consentement ou le congédiement pour faute grave »⁶³⁸. Les trois éléments essentiels pris en compte par la jurisprudence sont la relation entre la fausse déclaration et les fonctions, le caractère volontaire et l'effet sur la décision d'embaucher⁶³⁹. Un seul de ces éléments suffira parfois à justifier le congédiement. Et même si un postulant, de bonne foi, affirme ne pas être atteint d'une maladie l'empêchant d'occuper un poste, le consentement de

⁶³² *Ibid.*

⁶³³ 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 », *Dr. soc.*, n° 1, 2016, pp. 19-26.

⁶³⁴ A.-M. Laflamme, colloque Lille, Entre secret et mensonge, face aux obligations de prévention et de sécurité au travail, Regards croisés franco-québécois, 3-4 nov. 2016.

⁶³⁵ 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 », *Dr. soc.*, n° 1, 2016, pp. 19-26.

⁶³⁶ L'article 18.1 de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec prévoit que « Nul ne peut, dans un formulaire de demande d'emploi ou lors d'une entrevue relative à un emploi, requérir d'une personne des renseignements [sur l'état de santé] sauf si ces renseignements sont utiles à l'application de [la défense d'exigence professionnelle justifiée] ».

⁶³⁷ Arrêt Meiorin, Cour suprême, 1999.

⁶³⁸ Société de transport de Montréal, [2011] R.J.D.T. 818 ; Institut universitaire en santé mentale de Québec, 2016 QCTA 350.

⁶³⁹ Wabush Mines et Métallurgistes unis d'Amérique, local 6254, [1982] T.A. 102; Syndicat des chauffeurs d'autobus, opérateurs de métro et employés des services connexes au transport de la STM, section locale 1983, SCFP et Société de transport de Montréal (Mme A), [2011] R.J.D.T. 818 (T.A.), paragr. 146.

l'employeur pourra être vicié si cela se révèle inexact⁶⁴⁰. La Cour d'appel s'exonère donc du principe des exigences professionnelles justifiées, nécessairement limitées, en confirmant le congédiement d'un salarié malgré l'utilisation d'un questionnaire discriminatoire au spectre particulièrement large⁶⁴¹. Ces questions ne répondent à un quelconque principe de proportionnalité, de pertinence, ou d'exigences particulières au regard d'un poste sensible ou exposé à des risques identifiés. La volonté de limiter au maximum les risques fait perdre toute logique à certains questionnaires, de sorte que ces derniers puissent se révéler dépourvus de tout objet légitime⁶⁴². En outre, si l'emploi nécessite des aptitudes physiques ou psychologiques particulières, l'employeur pourra requérir un examen médical de pré-emploi. Il fera appel à une clinique médicale privée qui offre ses services aux entreprises. Au Québec, le médecin qui procède à l'examen de pré-emploi est engagé et rémunéré par l'employeur, à qui il transmet son rapport. Cette relation privilégiée peut soulever des questionnements quant à l'impartialité du médecin expert. Selon le Code de déontologie des médecins, l'examen de pré-emploi doit se limiter à la recherche des informations pertinentes afin d'évaluer l'aptitude à exécuter le travail. Le médecin ne devrait fournir à l'employeur qu'un avis portant sur l'aptitude, l'inaptitude ou l'aptitude avec limitations/adaptation. La commission des droits de la personne du Québec estime qu'un examen médical de pré-emploi ne devrait avoir lieu qu'après une offre conditionnelle d'emploi. Dans une décision rendue en 2015, le Tribunal des droits de la personne a affirmé qu'une telle exigence était sans fondement⁶⁴³. Le fait de soumettre le candidat à un questionnaire médical ou à un examen avant une offre formelle d'emploi augmente la marge de manœuvre de l'employeur. En principe, le candidat bénéficie d'une protection contre la discrimination fondée sur son état de santé et du droit à un accommodement raisonnable⁶⁴⁴. L'employeur peut toutefois obtenir des informations médicales et/ou faire effectuer un examen de pré-emploi afin de vérifier s'il possède les exigences professionnelles justifiées. Puisque l'employeur n'a pas l'obligation de justifier un refus d'emploi, il peut s'avérer difficile, voire impossible, pour le candidat évincé, de démontrer que son état de santé a

⁶⁴⁰ Association des policières et policiers provinciaux du Québec et Sûreté du Québec (K.T.), D.T.E. 2011T-731 (T.A.), paragr. 69.

⁶⁴¹ Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, 2012 QCCA 1867.

⁶⁴² Denis et al., 2015. Selon une étude récente effectuée auprès de 112 PME québécoises, 25,7 % s'enquêtent de l'état de santé du candidat dans le cadre de l'entrevue et 33,9 % recueillent de l'information médicale de manière indirecte. 12,5 % exigent que les candidats remplissent un questionnaire de santé et 10,6 % imposent un examen médical. Seules 18,2 % ont proposé un accommodement au candidat qui avait des limitations. Dans 45,5 % des cas, l'examen médical est exigé avant l'offre d'emploi.

⁶⁴³ Bathium, 2015, QCTDP 13.

⁶⁴⁴ Arrêt Meiorin, Cour suprême, 1999.

influencé la décision. En pratique, l'employeur québécois jouit d'une marge de manœuvre importante dans la sélection des candidats. Face à cette situation, le candidat peut être tenté de cacher son état de santé. Or, en droit québécois, le mensonge, une fois découvert, peut justifier la rupture du lien d'emploi. En effet, le salarié a l'obligation d'agir de bonne foi. Cette obligation existe tant au moment de la naissance de l'obligation contractuelle que pendant son exécution. Afin de donner un consentement libre et éclairé lors de la conclusion du contrat de travail, les parties doivent divulguer tous les renseignements pertinents au regard de l'obligation contractuelle. Ainsi, le postulant qui fait de fausses déclarations à son futur employeur et lui cache des faits susceptibles d'influencer sa capacité de travailler se rend coupable d'un manque de transparence qui ébranle le lien de confiance entre le salarié et l'employeur, lien nécessaire à la continuité de la relation d'emploi⁶⁴⁵ et risque l'annulation de son contrat de travail puisque l'erreur porte alors sur un élément essentiel ayant déterminé le consentement. Il en est de même en matière de dol. Le consentement de l'employeur est alors vicié et le contrat de travail nul *ab initio*⁶⁴⁶. Ainsi, le droit québécois, sur le fondement des vices du consentement, place le salarié dans une situation délicate : soit celui-ci répond, de bonne foi, à toutes les questions, fussent-elles discriminatoires, et il s'expose au risque de ne pas être embauché, soit il conteste le questionnaire et il s'engage dans un processus judiciaire qu'il ne maîtrise pas, soit enfin il ment et, dans cette dernière hypothèse, il pourra voir son contrat de travail remis en cause, même longtemps après avoir commencé à travailler. La différence avec le droit français est claire. En effet, là où c dernier établit une règle d'ordre public – le principe de non-discrimination – à laquelle on ne peut déroger, le droit québécois prévoit des possibilités pour l'employeur de s'en émanciper, pour autant que l'emploi requière des aptitudes ou qualités dont le travailleur serait dépourvu, et que l'employeur ait respecté son obligation d'accommodement raisonnable. En droit français, cette exception est prévue par le Code dans son article L. 1133-3, lequel dispose que « les différences de traitement fondées sur l'inaptitude constatée par le médecin du travail en raison de l'état de santé ou du handicap ne constituent pas une discrimination lorsqu'elles sont objectives, nécessaires et appropriées. » Cependant, cette exception ne peut être mise en œuvre directement par l'employeur. Elle exige l'intervention du médecin du travail dans une sorte de

⁶⁴⁵ Voir par exemple Syndicat des chauffeurs d'autobus, opérateurs de métro et employés des services connexes au transport de la STM, section locale 1983 (SCFP) et Société de transport de Montréal (Pierre Brien), [2009] R.J.D.T. 720 (T.A.), paragr. 189.

⁶⁴⁶ Au sujet du fondement du consentement en matière de contrat de travail, voir Fernand Morin, Jean-Yves Brière, Dominic Roux et Jean-Pierre Villaggi, *Le droit de l'emploi au Québec*, 4 e éd, Montréal, Wilson & Lafleur, 2010, n° II-30, p. 237. Pour ce qui est du vice de consentement, n° II-32, p. 239- 240.

« délégation forcée du pouvoir d'appréciation de l'aptitude du travailleur au regard de son état de santé ou d'un éventuel handicap. »⁶⁴⁷. Ainsi, les discriminations visées par l'article L. 1132-1 entraînent la nullité de toute disposition ou de tout acte pris en méconnaissance de ce principe d'ordre public. En revanche, selon l'article L. 1133-1, « l'article L. 1132-1 ne fait pas obstacle aux différences de traitement, lorsqu'elles répondent à une exigence professionnelle essentielle et déterminante et pour autant que l'objectif soit légitime et l'exigence proportionnée ». En droit québécois, il existe une limite à l'obligation d'accommodement raisonnable : c'est la contrainte excessive⁶⁴⁸. L'employeur n'est pas obligé d'embaucher un candidat handicapé si les mesures d'accommodement qu'il serait tenu de mettre en place entraînent une telle contrainte. La contrainte excessive comporte quatre critères : les coûts financiers, les effets sur les collègues ou les tiers, l'impact sur le bon fonctionnement et les risques pour la santé et la sécurité⁶⁴⁹.

90. Après la constatation de l'inaptitude. En droit français, lorsque l'inaptitude est constatée, des aménagements de poste sont envisagés ainsi qu'un reclassement. Un parallèle peut être fait, même s'il apparaît moins contraignant, avec l'accommodement raisonnable. L'hypothèse du reclassement, lorsqu'il est possible, et, dans certaines circonstances, celle de l'aménagement du poste, sont de nature à affecter le contrat de travail par la modification de ce dernier qui doit être acceptée par le salarié. A défaut, le contrat est rompu par un licenciement pour inaptitude⁶⁵⁰, pour impossibilité de reclassement⁶⁵¹ ou refus par le salarié de l'emploi proposé⁶⁵². L'intervention du médecin du travail, par son « monopole dans la collecte des renseignements d'ordre médical sur les candidats à un emploi dans

⁶⁴⁷ G. Loiseau, La neutralisation du dol du salarié, *D.* 2006, p. 204.

⁶⁴⁸ 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 », *Dr. soc.*, n° 1, 2016, pp. 19-26.

⁶⁴⁹ Un service de police ne peut rejeter la candidature d'une personne épileptique, malgré les exigences de sécurité accrues liées à la fonction de patrouilleur. Compte tenu du long délai écoulé depuis le dernier épisode, de la faible dose de médication prescrite et du pronostic favorable, l'employeur peut composer avec le risque d'une crise (Sûreté du Québec, 2007, QCTDP 13) ; Le refus d'embaucher une éducatrice en garderie incapable de soulever des poids supérieurs à 20 livres (9 kg) en raison de limitations fonctionnelles fut considéré justifié. Le fait de ne pouvoir soulever les enfants constitue un danger pour leur sécurité et pour celle de l'éducatrice, et aucun accommodement n'est possible (Garderie Youpi, D.T.E., 2000, T-641 (T.A.)).

⁶⁵⁰ C. trav., art. L. 1226-2-1 et L. 1226-12.

⁶⁵¹ Cass. soc., 1^{er} mars 2017, n° 15-24.710 (« refus du salarié d'une autre affectation conforme aux préconisations du médecin du travail et l'absence de tout autre poste disponible ») ; Cass. soc., 30 avr. 2014, n° 12-28.374 (avant la réforme de l'inaptitude applicable au 1^{er} janvier 2017, le seul motif légitime de licencier le salarié inapte était l'impossibilité de reclassement).

⁶⁵² Selon la Loi Travail, « l'obligation de reclassement est réputée satisfaite lorsque l'employeur a proposé un emploi, dans les conditions prévues à l'article L. 1226-2, en prenant en compte l'avis et les indications du médecin du travail ». On peut ainsi en déduire que le refus d'un tel poste suffit à motiver le licenciement pour inaptitude, sans avoir besoin de rechercher et de proposer d'autres postes.

l'entreprise »⁶⁵³ est seul habilité à exclure de l'emploi un salarié pour protéger sa santé, permet d'éluder la question de la discrimination en tolérant une différence de traitement fondée sur la santé à partir du moment où intervient une constatation du médecin du travail. Ce montage juridique révèle que notre droit est relativement mal à l'aise sur la question de la prise en compte de la santé au travail. En effet, il est impossible de ne pas tenir compte des capacités physiques d'un travailleur pour que ce dernier exerce les tâches souhaitées. Parallèlement, on ne veut pas opérer de « sélection » des salariés à leur poste sur des critères de santé. Donc la solution est une sorte d'entre deux selon lequel on ne peut en principe tenir compte de la santé du salarié. Cependant, l'employeur dispose de la possibilité de saisir le médecin du travail aux fins de voir constater l'inaptitude du salarié ou de solliciter les conseils du médecin pour aménager le poste de travail et ainsi le rendre compatible avec l'état de santé du salarié. Ainsi, le médecin est le seul habilité à ouvrir la possibilité d'une rupture du contrat de travail pour raison de santé. L'employeur peut, dans le cas d'absences répétées ou prolongées perturbant le bon fonctionnement de l'entreprise, licencier un salarié pour pourvoir à son remplacement définitif⁶⁵⁴. Dans ce cas, ce n'est pas l'état de santé du salarié qui est en cause en raison de l'interdiction de licencier un salarié notamment en raison de son état de santé ou de son handicap⁶⁵⁵, mais la situation objective de l'entreprise, induite par l'état de santé du salarié. L'aptitude étant une condition de l'employabilité, le médecin du travail, en charge de la constater, ou de ne pas constater l'inaptitude, occupe une place centrale, une sorte de tiers privilégié à la relation de travail, chargé de s'assurer, préventivement, pour le compte de l'employeur, de l'absence d'incompatibilité entre le poste de travail et l'état de santé du salarié.

2. Lors de l'exécution et la rupture

91. Une remise en cause potentielle du contrat de travail. Par hypothèse, l'aptitude est une situation fragile susceptible d'évolution. Par les réserves que le médecin du travail peut émettre, elle peut avoir un impact sur le travail du salarié. En effet, le médecin du travail

⁶⁵³ J. Mouly, Réticence ou mensonge du salarié sur son état de santé lors de l'embauche et nullité du contrat de travail, *JCP E*, n° 6-7, 9 févr. 2006, 1262.

⁶⁵⁴ Cass. Soc., 16 juill. 1998, n° 97-43.484, *Bull. civ. V*, n° 394; Cass. soc., 10 nov. 1998, n° 98-40.493, *Bull. civ. V*, n° 485; Cass. Soc., 13 mars 2001, n° 99-40.110, *Bull. civ. V*, n° 84; Cass. soc., 21 sept. 2005, n° 03-45.820; Cass. soc., 13 juill. 2005, n° 13-26.771; Cass. soc., 10 févr. 2016, n° 14-16.316; Cass. soc., 23 nov. 2016, n° 15-13.068.

⁶⁵⁵ C. trav., art. L. 1132-1.

peut proposer des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation, de transformation du poste de travail. Lorsque les propositions d'aménagement du poste de travail du médecin du travail ne sont pas réalisables et qu'en réalité ce qui est demandé est un changement de poste, c'est-à-dire un reclassement, l'employeur va solliciter du médecin du travail un avis d'inaptitude (temporaire ou définitive) au poste, et de reclassement, de manière à pouvoir bénéficier du « régime de l'inaptitude » *id est* de pouvoir s'en séparer. Quand l'entreprise est confrontée à un avis d'aptitude avec des réserves dépassant les possibilités de l'employeur en matière d'aménagement de poste, sur le plan ergonomique notamment, le régime juridique de l'avis d'aptitude avec réserves ne lui permet pas de trouver une solution autre que de proposer, dans le meilleur des cas, une modification du contrat⁶⁵⁶ du salarié, comme une mutation par exemple⁶⁵⁷. C'est la raison pour laquelle, pour pouvoir reclasser le salarié, ou le licencier, l'employeur sera en attente d'un avis d'inaptitude, dont le régime juridique permet le reclassement. Selon les articles L. 1226-2 et L. 1226-10, « l'emploi proposé est aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé, au besoin par la mise en œuvre de mesures telles que mutations, aménagements, adaptations ou transformations de postes existants ou aménagement du temps de travail ». Ces propositions pouvant être de nature à modifier le contrat de travail, le salarié est libre d'accepter ou de refuser un poste aussi comparable que possible⁶⁵⁸. De manière générale, le médecin doit se méfier des sollicitations de l'employeur ou du salarié et doit conserver l'entière indépendance. Le Conseil disciplinaire de l'Ordre des médecins est particulièrement vigilant aux avis médicaux dits de complaisance⁶⁵⁹. En effet, selon l'article R. 4127-102, le médecin du travail « doit être parfaitement objectif dans ses conclusions » et, d'autre part, selon l'article R. 4127-24 du Code de la Santé publique, « sont interdits au médecin tout acte de nature à procurer au patient un avantage matériel injustifié ou illicite ».

92. La suspension du contrat de travail. Le principe de la suspension du contrat de travail consécutive à une absence du salarié pour cause d'accident ou de maladie sans lien avec l'exécution du contrat de travail a été légalisé en 1992⁶⁶⁰. C'est l'arrêt de travail délivré par le médecin traitant qui est le point de départ de la suspension du contrat de travail. Cette dernière prend fin avec la reprise effective du travail lorsque le salarié n'est pas assujéti à

⁶⁵⁶ K. Adom, La modification du contrat de travail du fait de l'état de santé du salarié, *Dr. soc.* 1995. 461.

⁶⁵⁷ C. trav., art. L. 4624-1 anc.

⁶⁵⁸ C. trav., art. L. 1226-2 et L. 1226-10.

⁶⁵⁹ CE, 10 févr. 2016, n° 384299 ; CE 6 juin 2018, n° 405453 (confirmation d'un avertissement à l'encontre d'un médecin du travail pour avoir certifié de faits qu'il n'a pas constatés).

⁶⁶⁰ L. n° 92-1446, 31 déc. 1992.

l'obligation d'un examen médical de reprise ou à la suite de celui-ci le cas échéant. Par conséquent, si l'arrêt de travail correspond aux exigences de l'article R. 4624-31 du Code du travail, à savoir un congé de maternité (1°), une absence pour maladie professionnelle (2°) ou une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel (3°), alors le médecin du travail vérifiera si le poste que doit reprendre le travailleur est compatible avec son état de santé⁶⁶¹. Contrairement aux règles précédant la Loi Travail et ses décrets d'application qui prévoyaient la délivrance d'un avis d'aptitude médicale du salarié à reprendre son poste⁶⁶², l'article R. 4624-32 ne prévoit plus d'examen d'aptitude, même pour les salariés affectés à des risques particuliers, mais un régime général prévoyant la possibilité d'émettre, le cas échéant, un avis d'inaptitude. Sur le fond, cela ne change pas grand-chose dans la mesure où le médecin du travail pourra préconiser l'aménagement, l'adaptation du poste ou le reclassement du travailleur ou émettre un avis d'inaptitude. Cet article est bien la démonstration que la dimension de contrôle n'a évolué que d'un point de vue formel. En revanche, sur le fond, la logique du contrôle demeure. Ainsi, le pouvoir du médecin du travail sur le contrat de travail est très important dans la mesure où il est juge de la fin de sa suspension suite à un arrêt de travail nécessitant un examen de reprise. Par ailleurs, il est informé par l'employeur de tout arrêt de travail d'une durée inférieure à trente jours pour cause d'accident du travail afin de pouvoir apprécier, notamment, l'opportunité d'un nouvel examen médical⁶⁶³. En outre, selon l'article R. 4624-34, indépendamment des examens d'aptitude à l'embauche et périodiques ainsi que des visites d'information et de prévention, le travailleur bénéficie, à sa demande ou à celle de l'employeur, d'un examen par le médecin du travail. Le médecin du travail peut également organiser une visite médicale pour tout travailleur le nécessitant. Là encore, il pourra émettre un avis d'inaptitude, sous réserve de respecter les dispositions combinées des articles L. 4624-4 et R. 4624-42. Il devra avoir réalisé au moins un examen médical de l'intéressé, une étude de ce poste, une étude des conditions de travail dans l'établissement et avoir procédé à un échange avec l'employeur. Ainsi, on le voit, le caractère « paternaliste » et « autoritaire », par son aspect unilatéral et contraignant, de la médecine du travail, relativement à la dimension de contrôle, n'a nullement été remis en cause sur le fond.

⁶⁶¹ C. trav., art. R. 4624-32, 1°.

⁶⁶² C. trav., art. R. 4624-23 anc. (Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 – art. 1).

⁶⁶³ C. trav., art. R. 4624-33.

B. Les effets sur l'emploi

93. Parce que la médecine du travail est liée à la question de l'aptitude et donc à celle de l'employabilité, on ne peut lui appliquer toutes les règles prévues pour la médecine de ville. Pour autant, il convient de procéder à un rapprochement pour deux raisons principales : susciter une plus grande adhésion à la médecine du travail en offrant toutes les garanties de sa réussite notamment basée sur une relation de confiance privilégiée, entre le travailleur et le médecin, et favoriser l'inscription du médecin du travail dans le schéma sanitaire et le parcours de santé de chacun. L'aptitude est une notion centrale car elle conditionne l'accès à l'emploi ou permet son maintien. Le pouvoir donné au médecin du travail est exorbitant. En effet, l'évaluation de l'aptitude des salariés⁶⁶⁴ est le monopole du médecin du travail à l'exclusion des infirmiers. Cet aspect, ajouté à la centralité de l'aptitude dans le droit du contrat de travail⁶⁶⁵, fait du médecin du travail le pivot de la santé au travail. L'aptitude, à travers l'employabilité qu'elle induit, est une condition d'emploi **(1)**. *A contrario*, l'inaptitude – revers de l'aptitude –, comme les autres dispositifs juridiques liés à la capacité de travailler **(2)** impacte l'employabilité du travailleur concerné.

1. Une condition d'emploi

94. Un effet indirect. Malgré sa circonscription au poste de travail⁶⁶⁶, l'(in)aptitude a nécessairement une répercussion sur l'emploi sous le prisme du maintien dans l'emploi⁶⁶⁷. La Loi Travail du 8 août 2016⁶⁶⁸ rappelle le rôle que doit jouer le médecin du travail dans ce domaine. Dans ce sens, le champ disciplinaire du médecin du travail dépasse le strict cadre du contrat de travail pour s'inscrire dans celui de l'emploi qui prend en compte parcours professionnel, lequel doit être fidèlement retracé dans le dossier médical en santé au travail (DMST), « mémoire de l'état de santé du travailleur et des expositions auxquelles il a été soumis »⁶⁶⁹. La question de l'employabilité est centrale. Le travail ne doit pas altérer la santé des salariés, et, par là-même, leur employabilité. La médecine du travail a pour objet d'éviter

⁶⁶⁴ Art. R. 4623-31, C. trav.

⁶⁶⁵ J. Savatier, Le médecin du travail et le sort du salarié, *Dr. soc.*, 1987, n° 7-8.

⁶⁶⁶ C. trav., art. L. 4624-2; R. 4624-24; R. 4624-35.

⁶⁶⁷ C. trav., art. L. 4624- al. 61; L. 1226-2-1 ; L. 1226-12 ; L. 1226-20 ; R. 4624-24 3° ; R. 4624-42 ; R. 4624-34.

⁶⁶⁸ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO 9 août 2016.

⁶⁶⁹ M. Caron, P.-Y. Verkindt, « L'effort humain » – Regards sur la pénibilité, *D.* 2011. 1582.

toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail⁶⁷⁰. En qualité de médecin du travail, ce dernier, selon l'article L. 4624-1 est « habilité à proposer des 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. Il peut proposer à l'employeur l'appui de l'équipe pluridisciplinaire du service de santé au travail ou celui d'un organisme compétent en matière de maintien dans l'emploi. L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. » La parole du médecin a une portée importante, par l'expertise qui est la sienne, mais aussi par l'incidence juridique, voire judiciaire⁶⁷¹, de la portée que confère ce texte à ses avis. L'employeur a tout intérêt à suivre l'avis du médecin plutôt que d'aller à son encontre, ce qui pourrait lui être reproché, à plus forte raison, s'il n'est pas capable de donner une explication convaincante suite au refus de suivre les préconisations du médecin. Tout ceci étant consigné par écrit, il est préférable pour l'employeur de suivre le médecin dans ses recommandations. « En cas de difficulté ou de désaccord, l'employeur ou le salarié peut exercer un recours devant l'inspecteur du travail. Il en informe l'autre partie. L'inspecteur du travail prend sa décision après avis du médecin inspecteur du travail. » La question de l'aptitude impacte le contrat de travail, mais également l'emploi. La confusion parfois rencontrée dans les textes entre inaptitude au poste et à l'emploi est assez révélatrice⁶⁷². Le rôle du médecin du travail est de vérifier si les capacités du salarié sont compatibles avec un poste de travail donné, sinon on se déplace sur le terrain de l'invalidité⁶⁷³ et de l'incapacité⁶⁷⁴.

2. Les autres dispositifs juridiques liés à la capacité de travailler

95. Invalidité et incapacité. Il n'est pas rare que le salarié frappé d'inaptitude⁶⁷⁵ intègre l'un ou l'autre des régimes selon l'origine professionnelle ou non de la réduction de sa

⁶⁷⁰ C. trav., art. L. 4622-3.

⁶⁷¹ Cass. Soc., 27 sept. 2017, n° 15-28.605.

⁶⁷² C. trav., art. L. 1226-2; L. 1226-10; L. 1226-4; L. 1226-11

⁶⁷³ C. Séc. soc., art. L. 341-1 et R. 341-2 ; « *L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmer les concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque* », Bilan et préconisations du rapport IGAS n° RM2012-059P de mai 2012.

⁶⁷⁴ C. Séc. soc., art. L. 411-1, L. 434-2, L. 461-1 et R. 461-8.

⁶⁷⁵ M. Del Sol, F. Héas, Variations sur et autour de l'inaptitude en santé-travail, éd. Octavès, 2016, 246 p. ; sp. M. Del Sol, « L'analyse croisée des cadres juridiques de l'inaptitude, de l'invalidité et de l'incapacité permanente », chap. 3.

capacité de travailler⁶⁷⁶. Tout d'abord, l'état d'invalidité du salarié fait l'objet d'une appréciation médicale⁶⁷⁷ par le médecin-conseil de la caisse d'assurance maladie qui, à la suite d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle, voit la capacité de travail de l'assuré réduite d'au moins deux tiers. Il s'agit donc d'un dispositif destiné à assurer au salarié invalide une pension destinée à compenser la perte de salaires résultant de la réduction de sa capacité de travail, selon la catégorie dont il dépendra, suite à l'évaluation des effets de l'altération de l'état de santé sur sa capacité de travail ou de gain (au moins les deux tiers) en vue d'une compensation financière. Il ne s'agit ni d'évaluer l'altération elle-même, ni de réparer la perte de gains occasionnée mais bien de prendre en considération, pour l'avenir, les effets que l'altération grave et stabilisée de l'état de santé emporte sur la capacité de travail ou de gain de l'assuré⁶⁷⁸. Si le droit à pension au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles n'a pas été reconnu, l'intéressé peut prétendre à l'attribution d'une pension d'invalidité. « Sorte de voie générale »⁶⁷⁹, l'invalidité renvoie à une incapacité de travail – définitive ou « stabilisée » – d'origine non professionnelle ou, plus exactement, non susceptible d'être prise en charge par la branche « accidents du travail – maladies professionnelles. Quant à l'incapacité, voie dédiée aux problèmes de santé dont un accident du travail ou une maladie professionnelle est la cause, qualifiée de permanente, elle correspond à une diminution durable de la capacité physique ou mentale par suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Toute personne exerçant une activité salariée est protégée par la législation des accidents du travail⁶⁸⁰. L'incapacité permanente fait l'objet d'une évaluation de l'altération stabilisée de l'état de santé du salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. L'appréciation médicale et son évaluation⁶⁸¹ sont de la compétence de la caisse d'assurance maladie, voire du Tribunal des affaires de la Sécurité sociale (TASS) ou du Tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI). Le retentissement professionnel⁶⁸² que peut avoir une maladie qui est stabilisée sans séquelles, voire guérie, est totalement ignoré de la branche AT/MP. Si elle ne subit aucune incapacité permanente, la victime de la maladie professionnelle ne peut obtenir une réparation au titre de

⁶⁷⁶ M. Del Sol, La mise en perspective de l'évaluation de l'invalidité et de l'incapacité permanente, *regards*, n° 51, juin 2017.

⁶⁷⁷ C. Séc. soc., art. L. 341-1 et R. 341-2.

⁶⁷⁸ C. Séc. soc., art. L. 341-1.

⁶⁷⁹ M. Del Sol, La mise en perspective de l'évaluation de l'invalidité et de l'incapacité permanente, *regards*, n° 51, juin 2017.

⁶⁸⁰ C. Séc. soc., art. L. 411-1.

⁶⁸¹ C. Séc. soc., art. L. 434-2, L. 461-1 et R. 461-8.

⁶⁸² M. Del Sol, La prise en considération du retentissement professionnel, parent pauvre de la réparation ATMP, *Dr. soc.* 2015, p. 300.

son incapacité, alors même que son employabilité peut être sérieusement gagée. Préférer la voie de l'invalidité peut alors se révéler plus judicieux. Cependant, en raison des modalités de recours au barème issu d'un décret du 17 juillet 1985, l'appréciation de l'incapacité permanente est sujette à moins de variabilité que celle de l'invalidité. En effet, la fixation du taux médical se fait surtout *in abstracto* à partir d'un barème dont les médecins-conseils font un usage systématique alors même qu'il est présenté comme étant indicatif. Dans certains cas, il est préférable d'orienter la victime d'une maladie professionnelle vers le régime de l'invalidité plutôt que vers celui des AT/MP⁶⁸³. Le médecin du travail peut conseiller le salarié sur ce point, pour autant qu'il soit consulté. Le médecin du travail, dans l'articulation de ces notions, est très effacé. Le nombre et l'intercurrence des dispositifs posent question. Il convient de rationaliser l'existant pour aboutir à un système plus intelligible et mieux axé sur le maintien dans l'emploi et la réinsertion professionnelle quand les capacités restantes du salarié ne sont pas trop altérées. Pour ce faire, l'acteur idoine est le médecin du travail. Il convient donc de réfléchir au dépassement du travail au profit d'un suivi professionnel, pour faire de la médecine du travail davantage une médecine des travailleurs, *id est* une médecine tournée vers la personne au travail avec comme objectif de s'assurer de la non-altération de sa santé, de son employabilité et de son maintien au poste de travail avec les aménagements nécessaires. Plus largement, le maintien dans l'emploi doit dépasser les obstacles juridiques, contreproductifs en matière de santé, en favorisant les changements de poste et des parcours professionnels plus souples dans l'intérêt de la personne au travail. Cet intérêt de la personne au travail n'est bien entendu pas à décorrélérer de celui de l'entreprise. En effet, un travailleur bien dans son travail, physiquement et mentalement, non seulement verra sa santé non altérée mais aura une productivité renforcée comparée à un travailleur qui sera maintenu à son poste malgré les conséquences difficiles sur sa santé et son bien-être.

⁶⁸³ M. Del Sol, La prise en considération du retentissement professionnel, parent pauvre de la réparation ATMP, *Dr. soc.* 2015, p. 300 : « en matière de maladies professionnelles, les taux d'incapacité permanente sont souvent faibles parce que déterminés presque exclusivement sur la base des séquelles physiques et emportent un niveau de réparation peu élevé. Or, en fonction de la nature des séquelles, le salarié peut être confronté à un licenciement pour inaptitude à son poste antérieur qu'il n'est plus en capacité d'occuper. Pour un salarié âgé, les perspectives de retour à l'emploi se trouvent fortement diminuées, a fortiori s'il a une faible qualification. Et le niveau de prise en charge par la branche ATMP ne lui accorde pas une réparation en rapport avec la perte d'employabilité qui est la sienne. Il peut donc être plus judicieux de ne pas solliciter la reconnaissance de la maladie professionnelle pour se placer dans le champ de l'invalidité ».

Paragraphe 2. Aptitude et protection de la santé

96. Une dimension binaire. Le premier élément qui structure l'exercice de la médecine du travail, dont elle a la compétence exclusive⁶⁸⁴, mais qui le pervertit à la fois, est la notion d'aptitude au poste de travail⁶⁸⁵. Longtemps décrite comme « le déterminant principal de l'activité du médecin »⁶⁸⁶, l'aptitude a vu ses modalités évoluer, mais le principe demeure. Ne pas être apte à exercer des fonctions, est-ce forcément être inapte ? Déclarer un salarié inapte, est-ce le protéger ? Si l'on répond par l'affirmative, c'est dénier au travail sa dimension sociale favorisant la santé en général et la santé mentale⁶⁸⁷ en particulier. Pourtant, le médecin du travail, qui reçoit un salarié en consultation, devra nécessairement se poser la question de son aptitude, fût-ce sous le prisme de l'inaptitude depuis la fin de la généralisation de ce certificat médical venant conclure chaque examen médical du travail depuis la Loi Travail⁶⁸⁸. En tout état de cause, se posera la question de la compatibilité de l'état de santé du salarié avec le poste de travail occupé. C'est la dualité aptitude-sanction / aptitude prévention qui se cristallise ainsi⁶⁸⁹ et permet de dépasser la manière binaire de voir les choses et de laisser au salarié, dans le sens du mouvement opéré par la Loi Kouchner de 2002⁶⁹⁰, de devenir le véritable décisionnaire et donc d'être véritablement acteur de sa santé. Or, ici, le médecin pourra conclure à une aptitude avec réserves ou à une inaptitude partielle. Cette dualité aptitude/inaptitude pose problème d'autant que « l'aptitude et l'inaptitude ne sont pas les deux faces d'une même pièce »⁶⁹¹. L'inaptitude, contrairement à l'aptitude qui est née avec les décrets d'application⁶⁹² de la loi de 1946⁶⁹³, a été introduite dans le Code du travail⁶⁹⁴ dans les années 1980 – pour ce qui est de l'inaptitude consécutive à un accident du travail ou à une

⁶⁸⁴ A l'exclusion du médecin traitant ou d'un médecin désigné par l'employeur.

⁶⁸⁵ A. Carré, Un état des lieux – une réforme destinée à en finir avec la médecine du travail, *Les Cahiers S.M.T.*, n° 26 – Mai 2012, p. 67.

⁶⁸⁶ M. Bonnechère, Santé-sécurité dans l'entreprise et dignité de la personne au travail, *Dr. ouvr.* 2003. 453.

⁶⁸⁷ Depuis le 1^{er} juillet 2012, L. n° 2011-867 du 20 juillet 2011, art. 1 (V).

⁶⁸⁸ La Loi Travail de 2016 a institué une visite d'information et de prévention en lieu et place de la visite médicale d'embauche, désormais dépourvue d'avis d'aptitude, hors les postes à risques et les salariés bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée. Par conséquent, le champ de l'aptitude a été réduit mais cette réduction de périmètre est à relativiser à l'aune de ce même texte en ce qu'il vise à anticiper, lors de cette visite, toute inaptitude, pour laquelle on doit commencer à prévoir des aménagements en vue du reclassement, ou d'aptitude avec réserves nécessitant des aménagements conseillés par le médecin du travail.

⁶⁸⁹ Voir les développements en Titre 2 sur le sujet.

⁶⁹⁰ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

⁶⁹¹ N. Queruel, Santé et travail, avr. 2007, n° 58.

⁶⁹² D. n° 52-1263, 27 nov. 1952, JO 8 nov.

⁶⁹³ L. n° 46-2195, 11 oct. 1946, organisation des services médicaux du travail, JO 12 oct.

⁶⁹⁴ L. 1226-2 pour une inaptitude consécutive à une maladie ou un accident non professionnel ; L. 1226-10 pour une inaptitude consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

maladie professionnelle – dans le but de protéger la santé et l’emploi des salariés déclarés incapables par le médecin du travail de continuer à occuper leur poste de travail⁶⁹⁵. Il est alors légitime de s’interroger sur la pertinence de cette notion d’aptitude (A) ainsi que sur son application (B).

A. *Interrogation sur la pertinence de la notion d’aptitude*

97. L’aptitude, depuis l’origine⁶⁹⁶, et malgré la réforme issue de la loi El Khomri, demeure l’épicentre du système de santé au travail (1). Sa contestation est toujours inspirée de la critique historique liée à la logique assurantielle (2).

1. **L’épicentre du système de santé au travail**

98. Centre de gravité de la médecine du travail. Selon l’article L. 4622-3 du Code du travail, au titre de son rôle exclusivement préventif consistant à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, le médecin du travail surveille notamment « 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 ». La surveillance de l’état de santé des travailleurs est exercée essentiellement au moyen d’examens médicaux obligatoires. Depuis le 1^{er} janvier 2017, ces derniers sont effectués à l’embauche par une visite d’information et de prévention⁶⁹⁷ ou, s’il s’agit d’un poste à risques, par une visite d’aptitude⁶⁹⁸ dans le cadre d’un suivi médical renforcé. De plus, selon la nature du poste de travail et l’état de santé du salarié, une périodicité est prescrite par le médecin du travail⁶⁹⁹. En outre, « le travailleur bénéficie, à sa demande ou à celle de l’employeur, d’un examen par le médecin du travail »⁷⁰⁰. Ce dernier peut « organiser une visite médicale pour tout travailleur le nécessitant »⁷⁰¹. Egalement, lors d’un arrêt de travail

⁶⁹⁵ C. Omnes, A.-S. Bruno, *Les mains utiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*, éd. Belin, 2004, 470 p.

⁶⁹⁶ J. Bertrand, P. Barre, G. Petiet, « Historique de la notion d’aptitude en médecine du travail », *archives des maladies professionnelles*, 52, 2, 78-79, 1991.

⁶⁹⁷ C. trav., art. R. 4624-10.

⁶⁹⁸ C. trav., art. R. 4624-24.

⁶⁹⁹ C. trav., art. R. 4624-16 et R. 4624-28.

⁷⁰⁰ C. trav., art. R. 4624-34, al. 1.

⁷⁰¹ C. trav., art. R. 4624-34, al. 4 ; S. Fantoni-Quinton, *Visite médicale en cours d’arrêt de travail*, *Sem. soc. Lamy*, n° 1772, p. 10.

supérieur à trois mois⁷⁰² et à la reprise du travail après une maladie ou un accident professionnel ou non qui a nécessité un arrêt de travail d'au moins trente jours ou après un congé de maternité⁷⁰³, un examen médical est organisé. Enfin, des examens complémentaires peuvent être pratiqués dans certains cas à l'appréciation du médecin du travail⁷⁰⁴. Selon la nature des postes de travail, c'est-à-dire qu'ils soient à risques ou sans risque particulier, les examens médicaux ou visites donnent lieu à des avis d'(in)aptitude ou à des attestations de suivi et sont intégrés dans le dossier médical en santé au travail⁷⁰⁵. L'ensemble des examens et visites cités doivent obligatoirement être organisés par l'employeur, ce dernier étant tenu d'une obligation de sécurité dont il doit assurer l'effectivité⁷⁰⁶, le manquement à son obligation d'organiser de tels examens ou visites causant nécessairement un préjudice au salarié ouvrant droit à des dommages-intérêts⁷⁰⁷, constituant un manquement grave pouvant empêcher la poursuite du contrat et permettant la prise d'acte de la rupture du contrat aux torts de l'employeur⁷⁰⁸, par ailleurs, passible d'une sanction pénale⁷⁰⁹. Le salarié, quant à lui, doit se tenir à la disposition de l'employeur à l'issue de son arrêt de travail⁷¹⁰ et se soumettre à la visite médicale⁷¹¹. Enfin, en cas de défaillance dans la mise en œuvre des examens médicaux, le service de santé au travail peut mettre en jeu sa responsabilité du fait du préjudice subi⁷¹².

99. Contexte historique particulier. La médecine du travail a vu le jour⁷¹³, pendant le Régime de Vichy, avec la loi du 28 juillet 1942⁷¹⁴ qui a officialisé la création des services

⁷⁰² C. trav., art. R. 4624-29.

⁷⁰³ C. trav., art. R. 4624-31.

⁷⁰⁴ C. trav., art. R. 4624-35.

⁷⁰⁵ C. trav., art. R. 4624-46.

⁷⁰⁶ Cass. crim., 12 janv. 2016, n° 14-87.696 ; Cass. crim., 12 janv. 2016, n° 14-87.695, n° 5888 F - P + B ; E. Lafuma, Effectivité de l'obligation de sécurité et atteinte effective à la santé : quelle conception juridique de la prévention ?, *RJS* 2016, n° 8, pp. 565-569.

⁷⁰⁷ Cass. soc., 6 nov. 2013, n° 12-16.529 ; Cass. soc., 12 févr. 2014, n° 12-26.241 ; Cass. soc., 9 déc. 2015, n° 14-20.377.

⁷⁰⁸ Cass. soc., 8 févr. 2017, n° 15-14.874.

⁷⁰⁹ C. trav., art. R. 4745-3 : amende de 5^e classe.

⁷¹⁰ Cass. soc., 8 févr. 2017, n° 15-18.231.

⁷¹¹ Cass. soc., 29 mai 1986, n° 83.45.409, n° 1401 P : *Bull. civ.* V, n° 262) ; Cass. soc., 18 oct. 1989, n° 87-42.280).

⁷¹² Cass. civ, 1^{ère}, 19 déc. 2013, n° 12-25.056, n° 1499 FS - P + B + I.

⁷¹³ P. Davezies, L'aptitude médicale dans le système français de santé au travail : origine, interrogations et débats, *Médecine du travail & ergonomie*, Volume XLIV, 2007, 73-82.

⁷¹⁴ L. n° 625 du 28 juillet 1942 relative à l'organisation de services sociaux du travail, JORF 29 juillet 1942, p. 2607 : « Les médecins du travail veillent au maintien et à l'amélioration de l'état de santé des travailleurs (...). A cet effet, ils doivent notamment procéder lors de l'embauchage et, par la suite, à intervalles réguliers, à un examen médical complet de chaque salarié, exercer une surveillance constante sur les jeunes ouvriers et les apprentis, s'assurer que chaque travailleur reçoit un emploi à la mesure de ses forces et de ses facultés et contrôler les conditions de travail et d'hygiène dans les ateliers. Ils peuvent, au siège du service médical, donner leurs soins aux salariés atteints d'affections qui n'entraînent pas la cessation du travail. » (article 8)

médicosociaux dans les entreprises, généralisée par la loi de 1946⁷¹⁵. Elle s'inscrit dans le sens de l'encadrement social et médical des travailleurs. En 1946, le projet de loi initial poursuivait l'objectif de « donner et conserver à toute entreprise une main-d'œuvre qui puisse fournir le meilleur rendement aux emplois auxquels elle est attachée et de maintenir cette main-d'œuvre dans un état sanitaire »⁷¹⁶. A cette époque, l'entreprise apparaît comme « le foyer de rayonnement privilégié de la politique de santé publique »⁷¹⁷, dans une période où la main-d'œuvre est affaiblie et les moyens de prévention limités, période dans laquelle la prédominance de l'aptitude ne paraît pas illégitime. C'est ainsi que le dessein biologiste de l'organisation sociétale, incarné notamment par Charles Richet⁷¹⁸ et Edouard Toulouse⁷¹⁹, fit irruption dans la sphère privée et intime en frappant le mariage ainsi que la reproduction pour en assurer un contrôle par le biais notamment d'un examen pré-nuptial, défendu activement par Jules Leclercq⁷²⁰, destiné « à éviter, dans la mesure du possible, les unions et les conceptions indésirables qu'engendrent la déchéance, la misère et la délinquance »⁷²¹. Les partisans du certificat pré-nuptial souhaitent qu'il soit au mariage civil ce que le certificat d'aptitude est au travail. Le mouvement nataliste s'étant élevé contre le caractère autoritaire de la régulation médicale, cet examen pré-nuptial a finalement été limité à une visite d'information et de conseil. Cette résistance n'a pas opéré dans le domaine de la santé au travail dont le principal outil reste le certificat d'aptitude⁷²². En revanche, les évolutions culturelles et sociales transforment les conceptions de la santé au travail. Ainsi, la physiologie du travail connaît un renversement important passant d'une adaptation de l'homme au travail à l'adaptation du travail à l'homme. La création de la Société d'Ergonomie de Langue Française, en 1963, cristallise ce mouvement qui sera avorté par un dispositif légal visant davantage l'individu que les conditions de travail. Privée de sa cohérence générale par une doctrine de l'aptitude dorénavant assise sur des fragments partiels des discours antérieurs, le fonctionnement de l'institution médicale du travail est « voué au formalisme et à la répétition ». Dès lors, les médecins du travail eux-mêmes perdent de vue l'objet qui structure leur mission et chacun compose alors avec ce qu'il croit comprendre du sens à donner à son rôle sur la base de ses ressources propres.

⁷¹⁵ L. n° 46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation de la médecine du travail.

⁷¹⁶ V. Viet, M. Ruffat, *Le choix de la prévention*, Economica, 1999, pp. 60 sq.

⁷¹⁷ V. Viet, M. Ruffat, *Le choix de la prévention*, Economica, 1999.

⁷¹⁸ C. Richet, *L'homme stupide*, Flammarion, 1919.

⁷¹⁹ A. Carrol, *Histoire de l'Eugénisme en France*, Editions du Seuil, 1998.

⁷²⁰ A. Carrol, *Histoire de l'Eugénisme en France*, Editions du Seuil, 1998.

⁷²¹ J. Leclercq, *L'écho médical du Nord*. 1935. Tome IV, n° 34, 266 – 276.

⁷²² Sur ce point, la Loi Travail constitue une révolution.

100. Le périmètre de l'aptitude. Cette désorientation des médecins vis-à-vis de leurs responsabilités en matière d'aptitude est exprimée dans le rapport introductif du Congrès national de médecine du travail en 1990 : « Nous n'avons donc jamais su si cette détermination de l'aptitude devait porter uniquement sur la possibilité physique pour les travailleurs de résister aux conditions de travail qui pourrait altérer leur santé, aussi, plus largement, on demandait aux médecins de dire si le sujet présentait les aptitudes convenables pour exercer ses fonctions sur le plan physique, y compris sensoriel, voire psychique. »⁷²³ Le rapport annuel de l'IGAS en 2003 confirme ces questionnements⁷²⁴ après plus de quarante années de fonctionnement : « Dans sa pratique quotidienne, la médecine du travail reste focalisée sur l'examen général périodique systématique, dont l'efficacité en santé publique est aujourd'hui remise en cause de façon générale. En réalité, la préoccupation de la vérification de l'aptitude continue à prédominer et à justifier aux yeux des acteurs de l'organisation du travail, employeur, médecin, salarié, le maintien de l'examen individuel systématique comme mission primordiale de la médecine du travail. »⁷²⁵ Accusé d'être devenu l'épicentre du système de santé au travail au détriment de ses autres missions⁷²⁶, « le contrôle de l'aptitude médicale au poste de travail ou à l'emploi n'apporte aucun résultat significativement différent de ceux obtenus dans d'autres pays par des systèmes de surveillance de la santé des salariés quelquefois très éloignés du nôtre »⁷²⁷. En tout état de cause, ce contrôle n'a été en mesure ni de prévenir les drames de l'amiante, ni de contenir l'explosion des troubles musculo-squelettiques, ni d'empêcher l'émergence et l'emballement des troubles psychosociaux.

101. Les principales critiques portées contre l'aptitude. Le rapport Gosselin⁷²⁸ pointe l'inadaptation de l'aptitude du fait de l'évolution du tissu économique, des nouvelles organisations du travail et de l'apparition de nouvelles formes d'emploi, l'absence de définition dans le Code du travail entraînant une confusion de la notion, son utilisation

⁷²³ J. Bertran, P. Barré, G. Petiet : Historique de la notion d'aptitude en médecine du travail. *Archives des maladies professionnelles*, 52, 2, 78-79, 1991.

⁷²⁴ C. Aubin, R. Péliissier, P. de Saintignon, J. Veyret, F. Conso et P. Frimat, Rapport sur le bilan de la réforme de la médecine du travail : IGAENR/IGAS, oct. 2007 – H. Gosselin, Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives, rapport pour le ministre délégué à l'Emploi, au Travail et à l'Insertion professionnelle des jeunes, janv. 2007.

⁷²⁵ M. Huteau, Édouard Toulouse et les débuts de la psychotechnique en France. *Psychologie et histoire*, vol 3, 29-50, 2002.

⁷²⁶ S. Fantoni-Quinton, G. Leclercq, P.-Y. Verkindt et P. Frimat, Un avenir pour la santé au travail sans « aptitude périodique » est possible, *JCP S* 2011, n° 48, pp. 10-14.

⁷²⁷ H. Gosselin, Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives, rapport pour le ministre délégué à l'Emploi, au Travail et à l'Insertion professionnelle des jeunes, janv. 2007, p. 85.

⁷²⁸ H. Gosselin, Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes – aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives, 2007.

comme un outil non pertinent de sélection de la main-d'œuvre⁷²⁹, l'intérêt contesté en raison des conditions dans lesquelles elle est prononcée par les médecins du travail, les problèmes éthiques et déontologiques qu'elle soulève et l'effet, selon certains, de décharger la responsabilité de l'employeur. A ces faiblesses s'ajoutent celles relatives à l'insécurité juridique engendrée par l'aptitude au regard du temps médical disponible insuffisant pour faire face aux obligations réglementaires, des difficultés soulevées par les modalités de constatation de l'inaptitude, de la procédure de reclassement et la reprise du paiement du salaire, de la portée des propositions d'adaptation et de reclassement, de la voie de recours insatisfaisante et de l'impasse de la constatation de l'inaptitude d'un salarié en CDD. Elles sont l'illustration du dévoiement de cette pratique de la médecine du travail qui est chargée par la loi de s'assurer de la non-altération de la santé des salariés du fait ou à l'occasion de leur travail.

2. La vocation assurantielle de la médecine du travail

102. Le dévoiement du système. C'est la loi sur l'indemnisation automatique des accidents du travail de 1898⁷³⁰ et son pendant en 1919 pour les maladies professionnelles⁷³¹ qui ont inspiré le modèle assurantiel et induit une aspiration libérale pour une médecine d'entreprise, dont la volonté de sécuriser juridiquement l'employeur par la « sélection » des salariés aptes à travailler. Cette logique protectrice de l'employeur est contreproductive en matière de prise de conscience sanitaire et de préservation de la santé des travailleurs. L'objectif était de réaliser un état des lieux sur la santé des salariés à l'entrée de l'entreprise pour ne pas risquer une mise en cause relativement à une maladie contractée ou un accident survenu antérieurement et ainsi vérifier *a priori* l'état de la main-d'œuvre comme on contrôlerait une machine à l'achat pour se prémunir de l'existence de vices cachés. Ce système pousse à l'exclusion de ceux qui connaissent manifestement des problèmes de santé ou une situation de handicap mais ne protège pas. La loi de 2016 n'a pas vraiment rompu avec cette logique, supprimant l'aptitude mais confirmant l'inaptitude, nonobstant l'accent formel porté sur la non-altération de la santé du salarié. Ainsi, « le système de santé au travail dans

⁷²⁹ R. Saada, Médecine du travail : la sélection au détriment de la prévention, *Dr. ouvr.* 2017, n° 825, pp. 245-247.

⁷³⁰ Loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

⁷³¹ Loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles.

son ensemble a été corrompu et s'est parfois détourné de ses missions princeps »⁷³². De plus, les droits supranationaux, juridiquement fondateurs en matière de santé et de sécurité au travail en France, ne font pas mention d'aptitude⁷³³. Dans une perspective historique de la santé au travail, privilégier une dimension assurantielle de la santé au travail est une constante : « sélectionner les salariés sur des critères de santé. Il s'agit là d'un pur calcul de probabilité. »⁷³⁴ Cette critique a été reprise par l'IGAS, qui a vu dans la déclaration d'aptitude la marque d'un système guidé par un objectif de réparation⁷³⁵ qui a longtemps inhibé le rôle de prévention primaire⁷³⁶ que confère la loi aux médecins du travail : « L'aptitude que le médecin évalue s'apparente à l'estimation de la prédisposition à l'indemnisation. Elle est davantage un vestige de la médecine légale qu'un outil de prévention et correspond à la vocation « assurantielle » de la médecine du travail. La visite d'aptitude systématique peut être contestée pour deux raisons : sa pertinence sur le plan de la prévention reste à établir et, de manière plus conjoncturelle, la démographie de la profession laissant peu d'espoir à son maintien. Il faudrait véritablement s'interroger sur la pertinence du concept d'aptitude en tant qu'outil de prévention, a fortiori sur le concept récent de non contre-indication. Tous les « intoxiqués » de l'amiante ont en effet été déclarés aptes. Le certificat d'aptitude est vécu comme un permis de travail pour le salarié, comme un blanc-seing « assurantiel » pour l'employeur. »⁷³⁷ En outre, la sécurisation juridique de l'employeur est assez illusoire dans la mesure où il est comptable d'une obligation de sécurité de résultat⁷³⁸ dont il ne peut s'exonérer⁷³⁹, devenue obligation de prévention⁷⁴⁰. Corsetée dans la dialectique opposant protection de la santé du travailleur et sélection de la main-d'œuvre, l'aptitude souffre ainsi

⁷³² S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude?, *Dr. soc.* 2013, p. 1023.

⁷³³ Convention n° 161 de l'OIT sur les services de santé au travail, 1985 ; Dir. CEE n° 89/391/CEE, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir la santé et la sécurité des travailleurs au travail, JOCE 29 juin 1989, L. 183, art. 7 et 14 ; Charte sociale du Conseil de l'Europe, art. 3.

⁷³⁴ <http://www.e-pairs.org/colloque2011/actes-2011-06-17.html>

⁷³⁵ « La prévention sanitaire en milieu de travail », rapport présenté par Mme Hayet Zeggag, M. Jacques Roux et M. Pierre de Saintignon, membres de l'Inspection générale des affaires sociales (Rapport n° 2003 015 - Février 2003)

⁷³⁶ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, pp. 52-53.

⁷³⁷ Rapport fait au nom de la mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante, n° 2884, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 février 2006.

⁷³⁸ Art. L. 4121-1, C. trav.

⁷³⁹ C. Radé, De l'obligation de sécurité de résultat à la garantie des risques professionnels, *Lexbase hebdo*, édition sociale, 2013, n° 530.

⁷⁴⁰ M. Babin, Certificat et obligations déontologiques du médecin du travail, *JCP S* 2018, n° 35, p. 4 ; Cass. soc. 10 févr. 2016, n° 14-26.909 à n° 14-26.914 : *JCP S*, 1011, note M. Babin ; Cass. soc., 6 déc. 2017, n° 16-10.885 : *JCP S* 2018, 1051, note G. Loiseau.

d'une ambiguïté originelle⁷⁴¹ et son utilité sociale pose également question⁷⁴² car elle offre une dualité nuisible dans les missions de conseil et d'expertise du médecin du travail contribuant à expliquer l'échec patent de ce dernier dans son rôle de conseiller. En effet, la prédominance de l'individuel sur le collectif, en raison notamment de la pratique très chronophage des examens médicaux, considérés par certains comme d'ordre public social le plus dur⁷⁴³, ne permet pas au médecin du travail d'honorer son obligation du tiers-temps sur le lieu de travail. C'est la raison pour laquelle la Loi Travail est revenue partiellement sur ce dispositif historique. La détermination de l'aptitude, au service de la sélection de la main-d'œuvre, ne repose sur aucune fiabilité réelle puisque la médecine ne permet dans ce domaine que des prédictions. Cette logique de sélection des travailleurs est donc purement assurantielle, permettant de diminuer les coûts en jouant uniquement sur les probabilités⁷⁴⁴.

103. La garantie supposée de la protection de la santé des salariés. Non seulement la protection de la santé des salariés n'est pas démontrée théoriquement mais elle est aussi contredite par la pratique dont il ressort, avant la Loi Travail, que le médecin du travail n'était autre que le poinçonneur de l'avis d'aptitude reposant sur un examen clinique rapide et surtout trop rarement pratiqué à l'épreuve du poste, dans les conditions réelles de travail⁷⁴⁵, ne permettant pas d'établir le lien éventuel entre santé et travail. Dénoncée comme un outil de sélection, qui plus est non pertinent⁷⁴⁶, les médecins eux-mêmes critiquent la déclaration d'aptitude qu'ils analysent comme une action trop limitée pour permettre une véritable protection des travailleurs offrant « des garanties trompeuses (...) qui heurtent les principes déontologiques régissant l'exercice de la médecine »⁷⁴⁷. Dès lors, cet examen « hors-sol » médical n'est élaboré que dans une logique purement réglementaire, pour respecter la règle de droit éloignée des considérations médicales préventives. « Cette pratique s'est déployée au

⁷⁴¹ P. Davezies, L'aptitude médicale dans le système de santé au travail : origine, interrogations et débats. *Médecine du travail et ergonomie*, vol. 94, 2007. 73-82 – J. Leclercq, P. Mazel et R. Dujarric de la Rivière, Le rôle du médecin dans l'industrie après la guerre. Orientations et utilisations physiologiques de l'ouvrier. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, vol. 27, n° 6, 1917. 369-390.

⁷⁴² Art. R. 4624-11, C. trav. : « l'examen médical d'embauche a pour finalité : 1° De s'assurer que le salarié est médicalement apte au poste de travail auquel l'employeur envisage de l'affecter ; (...) 3° De rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs ; 4° D'informer le salarié sur les risques des expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire ; 5° De sensibiliser le salarié sur les moyens de prévention à mettre en œuvre »

⁷⁴³ Hubert Seillan, *Les services de santé au travail – quel avenir ?* Éditions préventive que, p. 42.

⁷⁴⁴ A. Carré, Un état des lieux – une réforme destinée à en finir avec la médecine du travail, *Les Cahiers S.M.T.*, n° 26 – Mai 2012, p. 67.

⁷⁴⁵ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude?, *Dr. soc.* 2013, p. 1023.

⁷⁴⁶ *SSL* 2014, n° 1658.

⁷⁴⁷ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013. 1023.

détriment de l'action en milieu de travail, éloignant ces praticiens de deux principes qui fondent leur professionnalité : la mise en lumière du lien entre le travail et la santé du travailleur et l'adaptation du travail à l'Homme, dans le but d'éviter toute altération de la santé du fait de son travail. Cet abord vicieux de la prévention réduit toute réflexion et sature la pensée empêchant ainsi le déploiement d'une clinique médicale du travail. »⁷⁴⁸ L'activité des médecins du travail a été accaparée par le poids d'actes médico-administratifs sans pertinence médicale significative. La Loi Travail a voulu remettre en question cette situation en redimensionnant l'aptitude au profit exclusif de certains travaux et travailleurs. Or, la notion de postes à risques reste une vraie nébuleuse. On pourrait envisager une utilité *a minima*, comme l'envisage H. Gosselin⁷⁴⁹, pour déceler les incompatibilités manifestes entre l'état de santé du salarié et les caractéristiques du poste de travail. Selon le Professeur Fantoni-Quinton⁷⁵⁰, cette analyse est assez discutable dans la mesure où la durée de validité d'un tel avis paraît aléatoire et ne présente pas de caractère prédictif quant à l'avenir de la personne au travail, ses aléas de santé, sa susceptibilité à certains environnements professionnels. Selon H. Gosselin, « la vérification de l'aptitude garde une utilité certaine aux fins de protection du salarié »⁷⁵¹. Accusé de constituer un vestige de la médecine légale⁷⁵², l'aptitude est parfois présentée comme un dispositif préventif⁷⁵³. L'obligation de sécurité étant avant tout une obligation de prévention des risques, voire même d'amélioration des conditions de travail, c'est en amont du risque que l'employeur doit agir. À cet égard, la visite médicale d'embauche en constitue un moyen car elle doit permettre de déterminer si l'état de santé du salarié est compatible avec son poste de travail. Au plan individuel, certains considèrent que c'est même le premier moyen de prévention à disposition de l'employeur, faisant ainsi du médecin du travail un acteur essentiel de la politique de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail. Cet argument ne fait pas l'unanimité. En effet, « l'aptitude à un poste de travail est-elle une notion adaptée aux conditions actuelles

⁷⁴⁸ A. Carré, Exposé introductif colloque e-pairs du 17 juin 2011 : Le consentement éclairé en médecine du travail, <http://www.e-pairs.org/colloque2011/Actes/05-consentement-introduction-a.carre.pdf>

⁷⁴⁹ H. GOSSELIN, Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives, rapport pour le ministre délégué à l'Emploi, au Travail et à l'Insertion professionnelle des jeunes, janv. 2007, p. 30.

⁷⁵⁰ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.*, 2013, p. 1026.

⁷⁵¹ H. Gosselin, Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives, rapport pour le ministre délégué à l'Emploi, au Travail et à l'Insertion professionnelle des jeunes, janv. 2007, p. 19.

⁷⁵² Rapport IGAS, Santé, pour une politique de prévention durable, Doc. fr., 2003. 134.

⁷⁵³ S. Brissy, Absence de visite médicale d'embauche – préjudice automatique, *JDSAM*, n° 2, 2014, pp. 97-98.

d'emploi ? »⁷⁵⁴. Quand l'aptitude est née avec les décrets de 1952⁷⁵⁵, l'emploi avait une réalité qui diffère assez singulièrement aujourd'hui⁷⁵⁶, notamment en termes de polyvalence, de risques à effets différés ou de risques psychosociaux⁷⁵⁷. Au-delà d'un certain anachronisme ou d'une certaine inadaptation qui semble porter un coup important à la pertinence de ce mécanisme, se pose également la question de sa signification réelle au plan médical et scientifique. La médecine du travail est une spécialité médicale très normée, très encadrée par le droit. Son centrage sur l'aptitude souffre d'un manque patent de pertinence au niveau médical. Par ailleurs, mais dans la même logique très administrée, la médecine du travail répond davantage à des obligations règlementaires qu'à des besoins de santé. Cela porte un coup important à son crédit, mais également à son efficacité et donc à sa légitimité.

104. L'absence de pertinence médicale. Concernant la mission essentielle de préservation de la santé et de prévention, la logique médicale, là encore, n'est pas première. En effet, la détermination de la périodicité des visites médicales repose sur la loi, fruit d'un consensus social émanant de discussions entre les partenaires sociaux et l'Etat, lesquels basent leurs arguments sur des considérations dépassant la sphère médicale dont ils ne maîtrisent pas les enjeux. Cela rejoint les propos du Professeur Soulat qui déplore une prégnance forte du droit au mépris de toute logique pertinente médicale. La question de l'aptitude en est une illustration éclairante. Egalement, l'obligation semestrielle de visite médicale pour les travailleurs de nuit fait l'objet de critiques dénonçant son absence de pertinence au regard de l'objectif de prévention de l'altération de l'état de santé. De plus, depuis la loi de 2011⁷⁵⁸, malgré quelques enthousiasmes initiaux sporadiques⁷⁵⁹, on relève de fortes disparités, selon les régions et les branches d'activité, de la périodicité des visites accordées dans le cadre des agréments délivrés par le DIRECCTE, en matière de surveillance médicale de droit commun. C'est la démonstration que ces dérogations, pouvant aller jusqu'à 72 mois, sont fondées non pas sur des besoins de santé mais plutôt tiennent compte de

⁷⁵⁴ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.*, 2013, pp. 1024-1025.

⁷⁵⁵ Décr. n° 52-1263, 27 nov. 1952, JO 8 nov.

⁷⁵⁶ Etat de l'emploi pendant l'après-guerre 39-45.

⁷⁵⁷ P. Adam, « La prise en compte des risques psychosociaux par le droit du travail français », *Dr. ouvr.* 2008. 313, spéc. p. 318 ; L. Lerouge, Les « risques psychosociaux » en droit : retour sur un terme controversé, *Dr. soc.* 2014. 152.

⁷⁵⁸ L. n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

⁷⁵⁹ H. Pescaud, « Les services de santé en voie de guérison ? », *Les petites affiches*, 15 novembre 2011, n° 227.

contraintes engendrées par la grave pénurie⁷⁶⁰ touchant à la ressource médicale. La pertinence médicale de la notion d'aptitude n'est pas démontrée. Elle est au contraire peu efficiente en raison notamment de l'impossibilité pour le médecin du travail de se forger un avis médical approfondi n'ayant pas les moyens d'une connaissance approfondie de l'état de santé du salarié d'une part, et ne maîtrisant pas parfaitement les conditions de travail ni d'ailleurs, plus généralement, le poste de travail. Ni prédictive, ni utile à la prévention, ni protectrice juridiquement pour l'employeur, que ce soit en matière de reconnaissance de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, ou de respect de son obligation de sécurité, l'aptitude, selon ses détracteurs, devrait être abandonnée. La Loi Travail a exaucé ce vœu mais en apparence seulement. L'abandon de la visite d'embauche à aptitude au profit d'une visite d'information et de prévention comme prévu dans la Loi Travail ne présente pas davantage de pertinence médicale au regard de sa démedicalisation de fait – cet entretien ne sera plus effectué qu'exceptionnellement par le médecin du travail lui-même – et interroge sur le terrain de la responsabilité et sur le risque juridique. En effet, *quid* du salarié qui aurait un incident de santé d'origine ou en lien avec son travail à côté duquel serait clairement passé le professionnel en charge de cette visite ? La réponse paraît assez aisée. L'objet de cette visite n'étant pas de protéger mais d'informer et de prévenir les risques, si tant est que l'on puisse y parvenir en pareilles conditions, le salarié serait mis en face de ses responsabilités d'acteur de sa propre santé, l'obligation d'information ayant été satisfaite. La logique assurantielle n'est jamais très loin.

B. Interrogation sur l'application de la notion d'aptitude

105. La qualification d'acte médical et de contrat de soins qui encadre la relation patient/médecin pose question en médecine du travail. En effet, le médecin du travail intervient dans le cadre du contrat de travail liant le travailleur à son employeur, bien qu'il n'en soit pas partie. Il est seul habilité à recueillir les données de santé que le salarié voudra bien lui confier dans le respect du secret médical⁷⁶¹. Cette relation particulière est-elle de nature à faire naître un nouveau contrat, entre le médecin et le travailleur, en plus du contrat

⁷⁶⁰ M.-C. Amauger-Lattes, Pénurie de médecins du travail et visites médicales obligatoires – Quelles responsabilités ? Quelles perspectives ?, *Dr. soc.* 2011, 351. La pénurie pèse sur les obligations de résultat de l'employeur (cf. Cass. civ., 1^{ère}, 19 décembre 2013, *Dr. soc.* 2014, 284, rapp. F. Verdun, p. 280).

⁷⁶¹ C. Manaouil, Les dérogations au secret médical, thèse, Amiens, 2008, G. Fauré (Dir.).

de travail de ce dernier ? L'absence de libre choix du médecin du travail est un point d'achoppement sérieux. En conséquence, il semble difficile de calquer ce qui se fait en santé publique sur la santé au travail en raison des spécificités de cette dernière, ainsi que de la relation contractuelle déséquilibrée entre travailleur et employeur. L'extension des principes de santé publique à la santé au travail est ainsi interrogée à l'aune de l'exigence des principes gouvernant la médecine du travail, aux premiers rangs desquels sa mission exclusivement préventive, et de l'efficacité de cette médecine qui, on l'a vu, souffre parfois d'injonctions paradoxales. En la matière, l'utilisation de la notion d'aptitude, « synthèse de la connaissance qu'a le médecin du travail de l'entreprise, du poste de travail et de l'état de santé du salarié »⁷⁶², amène à s'interroger sur la manifestation et traduction du « paternalisme médical » : une décision unilatérale du médecin du travail (1) et sur les limites de l'opposition apte/inapte : l'aptitude avec réserves (2).

1. La traduction du paternalisme médical : une décision unilatérale du médecin du travail

106. Les pouvoirs du médecin du travail. Le médecin du travail occupe une place de premier choix, non seulement parce que c'est lui que les textes désignent en matière de santé au travail mais également parce que c'est lui qui est seul juge de l'opportunité médicale à déclarer aptes, avec ou sans réserve, ou inaptes les travailleurs qu'il reçoit en consultation. Selon l'article L. 1225-7 du Code du travail, il a en charge l'évaluation du degré d'aptitude de chaque travailleur à accomplir les tâches pour lesquelles il a été embauché sans menacer sa santé. C'est une partie de la dimension individuelle de son activité. Naturellement, ses décisions sont susceptibles de contestation⁷⁶³. Néanmoins, en la matière, le médecin du travail occupe une place déterminante. Les décisions du médecin du travail ont des effets juridiques importants. Les avis d'aptitude, qui peuvent être assortis de réserves, parfois nombreuses, peuvent équivaloir, dans certains cas, à une inaptitude de fait. En effet, animées d'un dessein de protection de la main-d'œuvre, ces réserves peuvent impacter très sensiblement les choix de gestion de l'employeur, rendant parfois impossible le maintien du contrat de travail du salarié concerné. Le poids de l'opportunité et de l'arbitraire est régulièrement dénoncé par le patronat. La malléabilité de la notion sous la main des médecins est source d'insécurité

⁷⁶² M. Bonnechère, Santé-sécurité dans l'entreprise et dignité de la personne au travail, *Dr. ouvr.* 2003. 453.

⁷⁶³ C. trav., art. L. 4624-7.

juridique. En effet, dans les situations intermédiaires d'aptitude avec réserves ou d'inaptitude temporaire⁷⁶⁴, le rôle et le pouvoir du médecin du travail sont importants. La détermination de l'aptitude directement corrélée à l'emploi engendre nécessairement des appréciations subjectives animées par la volonté des médecins de préserver au maximum le bien-être des salariés qui passe la plupart du temps par leur maintien dans l'emploi. De surcroît, le risque social que constitue la perte d'emploi a nécessairement des répercussions sur l'état de santé du salarié dans l'hypothèse où cette sortie de l'emploi n'est pas voulue. C'est un pouvoir très important donné aux médecins du travail et une responsabilité de taille.

107. Un contre-pouvoir au pouvoir de l'employeur ? Les avis, indications propositions... formulés par le médecin du travail peuvent être « ressentis comme autant d'atteintes portées à l'exercice ordinaire de l'autorité dans l'entreprise »⁷⁶⁵ ? A cet égard, la Loi Travail a fait évoluer l'obligation de reclassement de l'employeur⁷⁶⁶. En dehors de l'aptitude, certains médecins ont des doutes quant aux stratégies à adopter pour préserver la santé des travailleurs. Avant les lois Rebsamen et El Khomri, l'aptitude était parfois considérée comme un levier de pouvoir, un aiguillon pour forcer l'employeur à faire des choses. Comment peut-on envisager qu'un subordonné ait un contre-pouvoir sur celui qui a le pouvoir de direction ? Les nouvelles dispositions permettront-elles au médecin de mieux appréhender son rôle ? Parce que la logique n'est pas rompue et que la dimension sécuritaire a gagné du terrain, rien n'est moins sûr...

2. Les limites de l'opposition apte/inapte : l'aptitude avec réserves⁷⁶⁷

108. Juridiquement. Avant le 1^{er} novembre 2017⁷⁶⁸, il n'y avait qu'un seul modèle à la disposition du médecin du travail comportant les deux alternatives – aptitude ou inaptitude – ainsi qu'une rubrique sur les conclusions et indications éventuelles du médecin du travail. Le médecin du travail pouvait établir un avis d'aptitude comportant des réserves, appelées aussi

⁷⁶⁴ Le Code du travail n'évoque l'inaptitude physique et temporaire que pour les apprentis (C. trav., art. L. 6222-2 et D. 6222-1). En dehors du cas de l'apprenti, la Cour de Cassation considère qu'elle s'inscrit dans le régime de l'inaptitude alors que l'idée est d'écarter temporairement le salarié de son poste afin qu'il le reprenne ensuite dans les mêmes conditions et sans passer par un reclassement (v. Soc., 5 déc. 2012, n° 11-17.913, *Bull. civ.* V, n° 320, D. 2012. 2973 ; *ibid.* 2013. 114, *chron.* F. Ducloux, P. Flores, L. Pécaut-Rivolier, P. Bailly et E. Wurtz.

⁷⁶⁵ B. Teysié, *Prolégomènes sur la médecine du travail*, Cr. Soc 1987. 561.

⁷⁶⁶ Cass. soc., 27 sept. 2017, n° 16-19.998 ; Cass. soc., 27 sept. 2017, n° 15-28.605 ; Cass. soc., 27 sept. 2017, n° 16-17.502 ; Cass. soc., 6 oct. 2017, n° 16-14.544.

⁷⁶⁷ P. Pochet, « L'aptitude avec réserves », *JCP S* 2012. 1173.

⁷⁶⁸ Date d'application 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.

restrictions⁷⁶⁹, qui restait bien distinct d'un avis d'inaptitude, ne pouvant être requalifié ni par l'employeur ni par les juges du fond⁷⁷⁰. Par conséquent, en l'absence d'avis d'inaptitude, l'employeur ne pourrait licencier le travailleur sur ce fondement, même en l'absence de restrictions très importantes⁷⁷¹, rendant concrètement impossible une adaptation du poste de travail et nécessitant, au contraire, un reclassement. Depuis le 1^{er} novembre 2017, l'arrêté du 16 octobre 2017 prévoit désormais quatre modèles de décision à disposition du médecin du travail : un modèle d'avis d'inaptitude, un modèle d'avis d'aptitude, un modèle d'attestation de suivi et un modèle de document présentant les préconisations d'aménagement du poste. L'avis d'aptitude ne comporte pas de rubrique sur les éventuelles indications d'aménagement du poste préconisées par le médecin du travail. Ces dernières devront être consignées dans un document qui accompagne l'avis. Ainsi, pour les salariés bénéficiant d'un suivi renforcé, le médecin du travail délivre soit un avis d'inaptitude, soit un avis d'aptitude. Cette disposition permet une clarification formelle. Sur le fond, on peut se demander si cette annexe de l'avis médical est de nature à être contestée sur le fondement de l'article L. 4624-7 du Code du travail devant le Conseil de prud'hommes en la forme des référés. En effet, ce texte précise que peuvent être contestés les avis, propositions, conclusions... du médecin du travail « reposant sur des éléments de nature médicale », par conséquent protégés par le secret médical, contrairement aux autres.

109. En pratique. « Le concept d'aptitude recouvre des réalités très différentes et la frontière est parfois ténue entre une aptitude assortie de réserves et l'inaptitude »⁷⁷². La

⁷⁶⁹ A. Chirez, C. Expert, L'inobservation des préconisations et restrictions des fiches d'aptitudes avec réserves, *Dr. ouvr.* 2015, n° 808, pp. 612-619 ; N. Bizot, Maladie, *Dr. ouvr.* 2010, n° 747, pp. 548-555 ; A. Mazières, Contrat de travail, *Dr. ouvr.* 2010, n° 742, pp. 265-266 ; P.-Y. Verkindt, Inaptitude : la place centrale du médecin du travail dans le droit de l'inaptitude médicale, *JCP S* 2010, n° 3, pp. 22-24.

⁷⁷⁰ Par le passé, les juges ont pu considérer les avis d'aptitude avec réserves comme des avis d'inaptitude : Cass. soc., 4 mars 2003, n° 00-46.426 : « Mais attendu que, sans substituer son appréciation à celle du médecin du travail, la cour d'appel, procédant à l'interprétation des avis médicaux successifs rendue nécessaire par leur ambiguïté, a estimé, répondant aux conclusions prétendument délaissées, que, si ces avis ne faisaient pas expressément état de l'inaptitude du salarié, il en résultait que ce dernier ne pouvait exercer son précédent emploi de géomètre en raison des contraintes propres à l'exercice de cette profession ; qu'elle a pu, dès lors, décider que l'employeur était tenu, par l'application de l'article L. 122-32-5 [L. 1226-10 nouv.] du Code du travail, de lui proposer un poste conforme à ses aptitudes ; que le moyen n'est pas fondé ». Désormais, la Cour de cassation classe très clairement les avis d'aptitude avec réserves dans la catégorie des avis d'aptitude : Cass. soc., 10 nov. 2009, n° 08-42.674 : P.-Y. Verkindt, Inaptitude : la place centrale du médecin du travail dans le droit de l'inaptitude médicale, *JCP S*, 2010, n° 3, pp. 22-24 ; C. Radé, Aptitude à l'emploi : l'impuissance du juge judiciaire, *Lexbase hebdo*, édition sociale, 2009, n° 376 ; Cass. soc. 4 juin 2009, n° 08-40.071.

⁷⁷¹ Cass. soc., 28 janv. 2010, n° 08-42.616 : P.-Y. Verkindt, Harcèlement : des rapports entre l'inaptitude médicale et le harcèlement moral, *JCP S*, 2010, n° 14, pp. 34-36 ; G. Pignarre, Avis d'aptitude entouré de réserves et harcèlement moral, *RDT* 2010, n° 4, pp. 239-241.

⁷⁷² S. Bourgeot, « Médecine du travail, maladie et inaptitude », *Dr. soc.* 1998.872 ; « Les évolutions du droit de la santé des travailleurs », *SSL* 3 mars 2003.1 ; et « Les avis d'inaptitude du médecin du travail », *Liais. Soc.* 22 août 2003, n° 830.

possibilité est ouverte à l'employeur de solliciter de nouveau le médecin du travail avant d'envisager une contestation judiciaire. En effet, si l'employeur a des difficultés à interpréter ou appliquer les préconisations du médecin⁷⁷³, il peut saisir ce dernier pour obtenir davantage d'informations, notamment dans le cadre de la mission conseil de ce dernier. Le médecin peut alors préciser son avis ou le changer. Dans cette hypothèse, la forme de l'avis évoluant, la nature juridique et les effets évoluent aussi pour prendre la forme d'un avis d'inaptitude, le cas échéant. Le premier avis ne s'impose pas. En effet, il appartient au médecin du travail d'apprécier l'évolution éventuelle de l'état de santé du salarié⁷⁷⁴. Si le médecin ne change pas d'avis, l'employeur peut exercer sa voie de recours en contestation devant le Conseil de prud'hommes selon l'article L. 4624-7 mais il ne peut procéder au licenciement du salarié pour inaptitude sur le fondement d'un avis d'aptitude avec restrictions⁷⁷⁵. Si l'employeur décide de licencier en considération des réserves exprimées par le médecin du travail, le salarié pourra se prévaloir d'une discrimination directe sur le fondement de l'article L. 1132-1, au motif que son licenciement est lié à son état de santé. L'employeur ne peut pas se fonder sur l'article L. 1133-3 pour se séparer de son salarié. En effet, cet article s'applique exclusivement en matière d'inaptitude totale et définitive⁷⁷⁶. Par ailleurs, suite à une aptitude avec réserves, le salarié doit retrouver son emploi initial si nécessaire aménagé ou un emploi similaire en tenant compte des préconisations du médecin du travail. Ce n'est que si l'employeur démontre l'impossibilité pour le salarié de retrouver son emploi qu'il peut proposer un autre poste⁷⁷⁷. En revanche, en cas de refus du salarié d'affectation à son poste réaménagé conformément aux préconisations du médecin du travail, l'employeur n'est pas tenu de rechercher un reclassement ni de procéder à un licenciement pour inaptitude. De même, le salarié n'est pas fondé à demander la résiliation judiciaire de son contrat ni la reprise du paiement de son salaire⁷⁷⁸.

110. Une aptitude à géométrie variable⁷⁷⁹. « L'aptitude avec réserve : une variante de l'inaptitude ou de l'aptitude ? »⁷⁸⁰ Les détracteurs de cette notion dénoncent le fait que les degrés d'aptitude ou d'inaptitude qui peuvent exister – aptitude avec réserves, inaptitude

⁷⁷³ A. Chirez, C. Expert, L'inobservation des préconisations et restrictions des fiches d'aptitudes avec réserves, *Dr. ouvr.* 2015, n° 808, pp. 612-619.

⁷⁷⁴ Cass. soc., 21 sept. 2011, n° 10-14.748 ; Cass. soc., 10 nov. 2009, n° 08-42.674.

⁷⁷⁵ Cass. soc., 17 févr. 2010, n° 08-45.188.

⁷⁷⁶ Cass. soc., 25 janv. 2011, n° 09-72.834.

⁷⁷⁷ Cass. soc. 6 févr. 2013, n° 11-28.038.

⁷⁷⁸ Cass. soc., 13 avr. 2016, n° 15-10.400 ; Cass. Soc., 31 mars 2016, n° 14-17.922.

⁷⁷⁹ C. trav., art. L. 4624-3.

⁷⁸⁰ F. Meyer, La nature juridique des interventions du médecin du travail, *Dr. ouvr.* 2013, n° 774, p. 18.

partielle, totale... - sont dépourvus de logique. De plus, « un avis d'aptitude avec restrictions oblige l'employeur à réintégrer le salarié dans son emploi initial : il ne peut invoquer l'absence de possibilité de reclassement pour licencier le salarié, même si les restrictions émises par le médecin du travail sont très importantes, cette faculté étant réservée aux seuls cas d'inaptitude »⁷⁸¹. « L'employeur est donc contraint d'aménager le poste du salarié apte conformément aux préconisations du médecin du travail, à défaut, il s'expose au versement de dommages et intérêts »⁷⁸². Par ailleurs, l'extension de la santé au travail, dont témoigne la volumineuse quatrième partie « Santé et sécurité du travail » du Code du travail, dont le champ d'application est le plus large⁷⁸³, étendu au-delà de la santé physique à la santé mentale⁷⁸⁴, témoigne des limites de la notion. Au cours d'un examen clinique, comment déceler une inadéquation, déjà physique, mais, encore plus complexe, une incompatibilité d'ordre psychologique ou plus largement qui a trait à la santé mentale ? Cela semble mission impossible. Les médecins du travail, plus largement les services de santé au travail, ne pourront voir engager leur responsabilité pour avoir échoué à déceler le problème en question. C'est sur l'employeur que repose cette responsabilité sur le fondement de son obligation de sécurité qui, juridiquement, s'apparente ici davantage à une garantie des risques professionnels⁷⁸⁵.

111. Une médecine de médiation. « La pratique quotidienne de l'aptitude, mais au-delà la médecine du travail en général pourrait s'apparenter à une forme de médiation. En effet, le médecin a deux interlocuteurs privilégiés que sont le salarié et l'employeur. Par ses conseils, dont ces deux protagonistes sont des destinataires, il se doit, au carrefour de la relation salarié-employeur, en position d'expert, de faire le maximum pour trouver la meilleure solution possible dans l'intérêt du salarié ou tenter de rétablir un dialogue impossible dans l'entreprise. (...) C'est à la fois une faiblesse de l'activité et une force. En effet, on n'est pas censé transiger sur les questions de santé mais la recherche de la meilleure solution et du compromis se révèlent souvent, en pratique, la plus pertinente, celle qui conduit aux meilleures réalisations. (...) On voit bien le piège qu'il peut y avoir pour le médecin à se placer dans une position de médiation ou d'arbitrage qui impose de négocier, d'accepter de faire des concessions pour espérer résoudre, avec les meilleures intentions, une situation ou

⁷⁸¹ Cass. Soc., 28 janv. 2010, n° 08-42.616.

⁷⁸² C. trav., art. L. 4624-6; Cass. Soc., 7 juill. 2009, n° 08-42.300.

⁷⁸³ C. trav. art. L. 4111-1.

⁷⁸⁴ Depuis le 1^{er} juillet 2012, L. n° 2011-867 du 20 juillet 2011, art. 1 (V).

⁷⁸⁵ C. Radé, De l'obligation de sécurité de résultat à la garantie des risques professionnels, *Lexbase hebdo éd. Soc.* n° 530, 6 juin 2013.

un conflit individuel, au risque de perdre son indépendance et sa crédibilité en n'explorant pas les véritables causes de la souffrance au travail exprimée par les salariés lors du colloque singulier. L'instrumentalisation par les deux parties est aussi un risque majeur. Le rôle du médecin est-il de négocier ? N'est-il pas plutôt d'écouter, d'aider le salarié à comprendre et à agir, d'explorer le lien santé-travail et d'alerter... »⁷⁸⁶ Le médecin du travail a-t-il toujours accès à la totalité des éléments nécessaires pour asseoir son avis d'aptitude ? Evidemment non... Il est tributaire, malgré son droit d'accès à l'entreprise et aux documents, de la relation qu'il noue avec l'employeur, avec les rapports de force inhérents au rôle de chacun. En écho à l'expression « entre indépendance et subordination »⁷⁸⁷, caractérisant souvent le lien juridique entre médecin du travail et employeur, on pourrait préférer celle de « entre dépendance et insubordination ». Le médecin doit composer également avec la posture du salarié, qui peut décider soit de lui faire totale confiance, en lui délivrant toutes informations utiles, soit de les sélectionner, voire de les adoucir ou de les aggraver à dessein.

⁷⁸⁶ Médiation et pratique des médecins du travail Colloque E-pairs du 17 juin 2011 Michel HAMON, <http://www.e-pairs.org/colloque2011/Actes/02-mediation.pdf>

⁷⁸⁷ A. Nigon, « Le médecin du travail : entre indépendance et subordination », *RDS*, n° 27, 2009, p. 22-33.

Chapitre 2. L'exception du contrôle de l'aptitude pour les postes sans risque particulier

112. Une « médecine du travail à deux vitesses »⁷⁸⁸ ? A l'issue de la Loi Travail⁷⁸⁹, la mission du médecin est recentrée sur les postes « présentant des risques particuliers »⁷⁹⁰ qui sont ainsi ciblés et les salariés qui les occupent, tandis que ceux occupant des postes « sans risque particulier »⁷⁹¹ sont « suivis » dans le cadre de visites d'information et de prévention la plupart du temps « démedicalisées » car menées par des infirmiers du travail, et dont la périodicité s'est encore allongée. La référence terminologique à l'aptitude a été supprimée dans le Code du travail pour les postes sans risque particulier et a été confirmée pour les postes dits « à risques »⁷⁹². D'autre part, alors que l'examen médical à l'embauche doit intervenir avant l'affectation au poste⁷⁹³, la visite d'information et de prévention doit être effectuée, par principe⁷⁹⁴, « dans un délai qui n'excède pas trois mois à compter de la prise effective du poste de travail »⁷⁹⁵. Le principe de l'aptitude demeure en tant que tel, dans son acception large – aptitude et inaptitude – pour les postes à risques quand elle n'existe plus que dans sa terminologie négative – inaptitude – pour les autres. En effet, on est passé d'un contrôle systématique de l'aptitude au travail à une présomption de principe, à défaut d'inaptitude. Après la remise en cause partielle, fondée sur la dualité postes à risques/postes sans risque particulier, on assiste à une remise en cause relative car, contrairement au système exclusivement bâti sur un contrôle de l'aptitude, il est toujours possible de déclarer une inaptitude pour un travailleur dont l'état de santé serait devenu incompatible avec son poste de travail. Une différence de régime existe donc désormais dans le traitement des postes selon les risques qu'ils engendrent. Une différence de nature reste encore à démontrer.

113. Une dimension préventive contestée. Une confusion s'est faite jour en amalgamant l'impératif de prévention avec la notion d'aptitude. C'est le décret du 16

⁷⁸⁸ P. Frimat, colloque Lille, Entre secret et mensonge, face aux obligations de prévention et de sécurité au travail, Regards croisés franco-québécois, 3-4 nov. 2016.

⁷⁸⁹ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

⁷⁹⁰ C. trav., art. L. 4624-2.

⁷⁹¹ C. trav., art. R. 4624-23.

⁷⁹² C. trav., art. R. 4624-23.

⁷⁹³ C. trav., art. R. 4624-24 (SIR) ; L. 4624-2 (« avant l'embauche »)

⁷⁹⁴ C. trav., art. R. 4624-18: pour les travailleurs de nuit, la visite d'information et de prévention est réalisée préalablement à l'affectation sur le poste.

⁷⁹⁵ C. trav., art. R. 4624-10.

novembre 1946⁷⁹⁶ qui a « perverti »⁷⁹⁷ l'approche préventive en instaurant le dispositif d'aptitude, suivi en cela par les décrets d'application de la loi de 1946 en novembre 1952. Codifié aux articles R. 4624-10 et suivants du Code du travail, l'examen médical d'embauche, véritable passeport pour pouvoir travailler, a pour finalité « de s'assurer que le salarié est médicalement apte au poste de travail auquel l'employeur envisage de l'affecter »⁷⁹⁸. Le caractère jusqu'alors réglementaire⁷⁹⁹ de l'aptitude et dépourvu de définition⁸⁰⁰ en faisait théoriquement une notion fragile, décrite par le rapport Issindou⁸⁰¹, si on la mettait en balance avec celle de prévention, d'origine légale, toutes proportions gardées car la première étant censée être un moyen de la seconde. Dans le prolongement du rapport Issindou⁸⁰² et du rapport rendu par H. Gosselin⁸⁰³, la Loi Travail dite El Khomri⁸⁰⁴ a pris acte du fait que « les SST étaient devenus des services de gestion des visites médicales »⁸⁰⁵ et y apporte une solution en s'appuyant sur le déficit démographique des médecins du travail et la volonté d'une protection accrue contre les risques au travail. Il reste alors à voir si la loi du 8 août 2016 peut remédier aux carences préventives d'un système ciblant le contrôle systématique de l'aptitude sur les postes à risques, et ainsi contribuer à un système de surveillance individuelle et collective pour améliorer la prévention de l'altération de la santé des salariés du fait de leur travail⁸⁰⁶. Ainsi, le contrôle de l'aptitude est désormais focalisé uniquement sur les postes à risques. Dégager du temps médical disponible au profit d'actions préventives et en faveur du maintien du salarié dans son emploi est l'objectif affiché. S'agissant de tous les autres postes, les travailleurs sont présumés aptes à défaut d'avis d'inaptitude puisqu'on ne contrôle plus leur aptitude. Le terme d'aptitude n'est même plus utilisé, préféré depuis la Loi Travail à celui

⁷⁹⁶ Décret n° 46-2603 du 16 novembre 1946 portant institution d'un contrôle général des territoires occupés, JORF du 26 novembre 1946, p. 9940.

⁷⁹⁷ C. Czuba, P. Frimat, « Vers un nouveau suivi individuel en santé au travail plus adapté et plus ciblé », *Dr. ouvr.*, février 2017, n° 823, pp. 97-102.

⁷⁹⁸ Art. R. 4624-11 1°, C. trav.

⁷⁹⁹ Art. D. 4626-35, C. trav.

⁸⁰⁰ L. n° 46-2195 du 11 oct. 1946 relative à l'Organisation des services médicaux du travail, JORF 12 oct. 1946, p. 8638 ; D. n° 52-1263 du 27 nov. 1952 portant application de la loi du 11 oct. Relative à l'organisation des services médicaux du travail, art. 11.

⁸⁰¹ V. également S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013. 1023.

⁸⁰² M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail », mai 2015 ; *RDS*, n° 67, 2015, pp. 736-739.

⁸⁰³ H. Gosselin, Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives. Rapport pour le Ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, janv. 2007.

⁸⁰⁴ L. n° 2016-1088 du 8 août 2016, art. 102.

⁸⁰⁵ C. Czuba, P. Frimat, « Vers un nouveau suivi individuel en santé au travail plus adapté et plus ciblé », *Dr. ouvr.*, février 2017, n° 823, pp. 97-102.

⁸⁰⁶ H. Gosselin, op. cit., pp. 45-46. V. également S. Fantoni, F. Héas, Pour une reconfiguration des principes en santé au travail, *Dr. soc.* 2016, p. 532.

de capacité⁸⁰⁷, s'inscrivant en rupture, apparente, avec la précédente législation⁸⁰⁸. On est finalement passé d'une aptitude systématiquement contrôlée à une aptitude présumée, système dans lequel l'avis d'inaptitude est toujours possible. Finalement, c'est le défaut d'inaptitude⁸⁰⁹ qui équivaut à l'aptitude. La Loi Travail substitue ainsi à la visite médicale d'embauche « de droit commun » – par opposition à la visite médicale s'effectuant dans le cadre d'une surveillance médicale renforcée, régime désormais d'exception – une simple visite d'information et de prévention⁸¹⁰ qui se caractérise par l'abandon de l'avis d'aptitude (**section 1**) et qui ne sera plus du monopole du médecin du travail mais pourra être effectuée par l'un des membres de l'équipe pluridisciplinaire sous l'autorité du médecin du travail⁸¹¹. Le suivi de santé qui résulte du nouveau dispositif est partiellement déconnecté de la notion d'aptitude en raison du maintien de l'avis d'inaptitude (**section 2**) qui peut intervenir pour les postes sans risque particulier, comme pour les postes à risques, sorte de dénominateur commun négatif.

⁸⁰⁷ C. trav., art. L. 1226-2 et L. 1226-10.

⁸⁰⁸ L. n° 2011-867, 20 juill. 2011, relative à l'organisation de la médecine du travail, JO 21 juill. ; M. Caron et P.-Y. Verkindt, La réforme de la médecine du travail n'est plus (tout à fait) un serpent de mer... : *JCP S* 2011, 1421 ; V. également Matthieu Babin, La réforme de la médecine du travail : quels changements pour l'entreprise ? : *JCP S* 2011, 1422.

⁸⁰⁹ S. Brissy, Chronique, Travail et risques professionnels, *JDSAM*, 2016, n° 14.

⁸¹⁰ C. trav., art. L. 4624-2 I.

⁸¹¹ C. trav., art. L. 4624-1 al. 1.

114. Avancées. Il peut être porté au crédit de la loi du 8 août 2016⁸¹², qui est venue compléter celle du 17 août 2015⁸¹³, quatre avancées notables⁸¹⁴. En premier lieu, le suivi de santé individuel de santé⁸¹⁵, jusque dans les plus petites entreprises, est réaffirmé. Ce suivi n'est plus assuré forcément directement par le médecin du travail mais sous son autorité, dans le cadre de protocoles écrits⁸¹⁶. La deuxième avancée est relative à la réaffirmation de l'originalité du système français de médecine du travail et de la place centrale du médecin du travail, spécialiste du lien santé/travail et prescripteur d'un suivi individuel obligatoire adapté permettant ainsi d' « ajuster le suivi de santé aux réels besoins de santé là où les textes antérieurs prescrivaient un suivi déconnecté de ces besoins »⁸¹⁷, assorti d'un renforcement de ses préconisations médicales. L'enjeu de la réforme, à l'aune des évolutions du travail, de la médecine et de la santé au travail, est ainsi de redéployer le nouveau temps médical disponible sur les autres missions du médecin du travail, en particulier la prévention primaire⁸¹⁸, en abandonnant toute systématisme au profit d'un meilleur ciblage des salariés en ayant le plus besoin et permettre d'ajuster le suivi de santé plutôt que de vainement tenter de voir tous les salariés, quels que soient leurs risques et leur vulnérabilité⁸¹⁹. Troisièmement, « la visite d'information et de prévention qui a pour objet principal d'informer le travailleur sur les risques et les moyens de s'en protéger participe de l'idée de l'acquisition des compétences nécessaires à chacun, y compris les salariés »⁸²⁰ et d'une forme de responsabilisation de ces derniers destinés à devenir plus effectivement acteurs de leur santé. Or, cette visite ne sera plus qu'exceptionnellement conduite par un médecin du travail au profit, le plus souvent, d'un infirmier en santé au travail. L'intervention du médecin du travail peut donc faire l'objet d'un

⁸¹² Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JORF n° 0184 du 9 août 2016.

⁸¹³ Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi, JORF n° 0189 du 18 août 2015, p. 1434.

⁸¹⁴ J.-M. Soulat, S. Fantoni-Quinton, La loi Travail et la santé au travail : évolution ou révolution ?, *SSL*, n° 1765, 18 avril 2017.

⁸¹⁵ Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail, JORF n° 0302 du 29 décembre.

⁸¹⁶ C. trav., art. L. 4624-1.

⁸¹⁷ J.-M. Soulat, S. Fantoni-Quinton, La loi Travail et la santé au travail : évolution ou révolution ?, *SSL*, n° 1765, 18 avril 2017.

⁸¹⁸ Plan national santé au travail 2016-2020 – PNST 3.

⁸¹⁹ S. Fantoni-Quinton, Modernisation de la médecine du travail et refonte du suivi de santé : vers une mue salvatrice ?, *Cah. Soc.*, n° 295, p. 204.

⁸²⁰ C. Czuba, P. Frimat, « Vers un nouveau suivi individuel en santé au travail plus adapté et plus ciblé », *Dr. ouvr.*, février 2017, n° 823, pp. 97-102.

filtre opéré par un professionnel de santé non médecin, par délégation du médecin du travail, dans le cadre de protocoles écrits. Enfin, quatrièmement, le médecin, avec l'appui de l'équipe pluridisciplinaire nouvellement élargie⁸²¹, semble aujourd'hui avoir davantage les moyens et outils pour mener la totalité de ses missions, même s'il ne voit pas systématiquement et périodiquement en visite médicale tous les salariés. Le principal problème est le risque de voir émerger et se développer une médecine sans médecin. Ceci étant, les autres professionnels de santé interviennent sous l'autorité du médecin du travail et peuvent, à tout moment, à leur initiative ou à celle du salarié⁸²², demander au médecin du travail de les rencontrer en visite médicale. Sous l'empire de la loi nouvelle, cette nouvelle surveillance médicale s'inscrit dans une dualité entre un suivi de type « classique », c'est-à-dire un suivi de santé sans aptitude (**paragraphe 1**) pour tous les salariés non affectés à un poste présentant des risques particuliers, assorti de modalités qui ont évolué (**paragraphe 2**).

⁸²¹ C. trav., art. L. 4624-1, al. 1.

⁸²² C. trav., art. R. 4624-34.

Paragraphe 1. Le suivi de santé sans contrôle d'aptitude

115. Du systématisme au pragmatisme ? Les nouvelles modalités d'exercice de la médecine du travail supposent un suivi assuré sous l'autorité du médecin du travail (**B**). Ce suivi de santé sans contrôle d'aptitude concerne ce que l'on pourrait appeler les postes de travail « de droit commun ». En conséquence, il faut clairement établir la classification des postes sans risque particulier (**A**).

A. La classification des postes sans risque particulier

116. L'établissement de cette classification suppose d'examiner le droit commun (**1**) qui concerne les postes de travail sans risque particulier. En effet, c'est l'existence de risques professionnels attachés à certains postes qui déclenchent le passage d'un simple suivi de santé à un suivi renforcé. Par ailleurs, il convient de noter que certains travailleurs, faisant naguère l'objet d'une surveillance médicale renforcée, ne sont plus concernés par un tel dispositif. Or, le cas particulier de certains travailleurs (**2**) fait l'objet d'un suivi adapté.

1. Le droit commun : un suivi individuel de l'état de santé

117. Un suivi individuel. Hors les postes visés par l'article L. 4624-23 du Code du travail, qui présentent des risques particuliers pour la santé ou la sécurité du travailleur ou pour celles de ses collègues ou de tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail, les postes de travail sont dits sans risque particulier. Selon l'article L. 4624-1, tout travailleur bénéficie, au titre de la surveillance de l'état de santé des travailleurs, d'un suivi individuel de son état de santé. Malgré la fin de la généralisation du contrôle de l'aptitude, le principe est celui de l'individualisation du suivi de santé de « tout travailleur ».

2. Le cas particulier de certains travailleurs : un suivi individuel adapté de l'état de santé

118. Selon l'article R. 4624-17 du Code du travail, tout travailleur dont l'état de santé, l'âge, les conditions de travail ou les risques professionnels auxquels il est exposé le

nécessitent, notamment les travailleurs handicapés, les travailleurs qui déclarent être titulaires d'une pension d'invalidité et les travailleurs de nuit, bénéficient, à l'issue de la visite d'information et de prévention, de modalités de suivi adaptées. Certains travailleurs sont ciblés du fait des conditions d'exercice de leur poste de travail. C'est le cas du travailleur de nuit⁸²³. D'autres sont suivis en raison de leurs qualités. C'est le cas de tout travailleur de moins de dix-huit ans qui bénéficie d'une visite d'information et de prévention préalablement à son affectation sur le poste⁸²⁴, de toute femme enceinte, venant d'accoucher ou allaitante, qui fait l'objet d'une attention particulière dans la mesure où elle est, à l'issue de la visite d'information et de prévention, ou, à tout moment si elle le souhaite, orientée sans délai vers le médecin du travail⁸²⁵, ainsi que de tout travailleur handicapé ou qui déclare être titulaire d'une pension d'invalidité⁸²⁶. Ces travailleurs demeurent suivis dans le cadre du droit commun de l'article L. 4624-1. Toutefois, ce suivi est adapté⁸²⁷ en fonction des conditions de travail, de l'état de santé et de l'âge du travailleur, ainsi que des risques professionnels auxquels il est exposé⁸²⁸.

B. Un suivi assuré sous l'autorité du médecin du travail

119. Le médecin du travail peut déléguer sa mission à un autre professionnel du service de santé au travail. C'est la fin du monopole du médecin du travail **(1)**. En revanche, il jouit d'une autorité par protocole **(2)**.

1. La fin du monopole du médecin du travail

120. Délégation de mission. Selon l'article L. 4624-1, tout travailleur bénéficie, au titre de la surveillance de l'état de santé des travailleurs, d'un suivi individuel de son état de santé assuré par le médecin du travail et, sous l'autorité de celui-ci, par le collaborateur médecin, l'interne en médecine du travail et l'infirmier⁸²⁹. Toutefois, le professionnel de santé qui

⁸²³ C. trav., art. L. 4624-1 al. 7 et R. 4624-18.

⁸²⁴ C. trav., art. L. 4624-1 al. 4 et R. 4624-18.

⁸²⁵ C. trav., art. L. 4624-1 al. 4 et R. 4624-19.

⁸²⁶ C. trav., art. R. 4624-20.

⁸²⁷ C. trav., art. R. 4624-17 à R. 4624-21.

⁸²⁸ C. trav., art. L. 4624-1, al. 4.

⁸²⁹ C. trav., art. L. 4624-1, al. 1.

réalise la visite d'information et de prévention peut orienter le travailleur sans délai vers le médecin du travail⁸³⁰. L'article R. 4623-14 du Code du travail, comme l'article R. 4127-32 du Code de la Santé publique⁸³¹, prévoit que le médecin du travail assure personnellement l'ensemble de ses fonctions⁸³². Néanmoins, il peut confier certaines activités, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits, aux infirmiers, aux assistants de SST⁸³³ ou aux membres de l'équipe pluridisciplinaire. Ce régime d'exception concerne la visite d'information et de prévention⁸³⁴. En ce qui concerne la capacité à délivrer des avis d'aptitude ou d'inaptitude, le médecin collaborateur y est habilité⁸³⁵, de même que l'interne en médecine du travail, sous certaines conditions⁸³⁶.

121. Des critiques. La réforme opérée par la Loi Travail de 2016, largement influencée par la pénurie médicale, a fait le choix de privilégier le suivi des salariés affectés à des postes à risques. Cette approche peut comporter des avantages, notamment l'ambition de favoriser un suivi ciblé sur la population potentiellement la plus exposée, mais aussi des inconvénients, comme délaisser le plus grand nombre. La crainte, bien qu'il existe un certain nombre de garde-fous, comme la possibilité pour le professionnel de santé qui réalise la visite d'information et de prévention d'orienter sans délai le travailleur vers le médecin du travail⁸³⁷ ou bien encore l'autorité et la responsabilité du médecin du travail dans l'adaptation du suivi de santé⁸³⁸, est ainsi d'assister à un éloignement du médecin du travail de l'ensemble de la population du travail. En effet, si le médecin du travail dispose de latitudes plus grandes pour organiser le suivi des travailleurs de manière plus adaptée, il perd le contact premier avec les salariés corrélativement à la perte du monopole de la visite en santé sécurité au travail, anciennement visite médicale et dorénavant visite d'information et de prévention, dite VIP. Cette réalité nouvelle comporte des difficultés importantes. Tout d'abord, la VIP est à la fois un filtre, très hétérogène car pouvant être menée par un collaborateur médecin⁸³⁹, un interne⁸⁴⁰ ou un infirmier⁸⁴¹, ou bien sûr le médecin du travail lui-même, et le premier échelon du suivi

⁸³⁰ C. trav., art. L. 4624-1, al. 3.

⁸³¹ C. déont. méd., art. 32.

⁸³² C. trav., art. L. 4624-1, al. 1.

⁸³³ C. trav., art. R. 4623-40.

⁸³⁴ C. trav., art. L. 4624-1, al. 1 et 3.

⁸³⁵ C. trav., art. R. 4623-25-1, issu du décret du 11 octobre 2016 relatif aux conditions d'exercice des collaborateurs médecins dans les services de santé au travail.

⁸³⁶ C. trav., art. R. 4623-27 et R. 4623-28; C. santé pub., art. L. 6153-1.

⁸³⁷ C. trav., art. L. 4624-1, al. 3.

⁸³⁸ C. trav., art. L. 4624-1, al. 4.

⁸³⁹ C. trav., art. R. 4623-25-1.

⁸⁴⁰ C. trav., art. L. 4622-8.

⁸⁴¹ C. trav., art. L. 4622-8.

puisque'il a vocation à recueillir les informations médicales du salarié qui auront pour effet la mise en place des modalités du suivi, conformément au protocole écrit du médecin du travail. Or, dans la réalité, cette visite sera conduite par un infirmier. Ceci pose question pour deux raisons principales. Premièrement, c'est lors de cette visite que le dossier médical va être renseigné et que les modalités du suivi vont être mises en place, en particulier la caractérisation du travailleur affecté à un poste à risques ou non. N'est-ce pas le rôle du médecin du travail ? Par principe, selon l'article L. 4624-8 du Code du travail, un dossier médical en santé au travail est constitué par ce dernier. Or, dans les faits, selon l'article R. 4624-12, « lors de cette visite, un dossier médical en santé au travail est ouvert par le professionnel de santé du service de santé au travail mentionné au premier alinéa de l'article L. 4624-1, sous l'autorité du médecin du travail. » Le dossier pourra donc être constitué par délégation par l'infirmier. Mais que faut-il penser de l'interprétation que fera l'infirmier des confidences du salarié et *quid* du secret médical⁸⁴² ? Est-il pertinent, médicalement, d'en donner délégation à un non-médecin ? Par ailleurs, comment créer les conditions de la confiance inhérente au rapport patient-médecin sans consultation directe par le médecin, ou à tout le moins par un médecin ? La confiance n'est pas un rapport qui peut s'exercer par procuration. Secondement, l'intérêt de cet examen était précisément de porter un regard médical aux travailleurs dont, pour certains d'entre eux, le médecin du travail était le seul médecin qu'ils avaient l'occasion de voir périodiquement. Cette visite médicale était l'occasion de s'assurer que chaque salarié puisse voir un médecin. Les nouvelles modalités d'organisation posent un certain nombre d'interrogations et de problématiques. En même temps, était-il possible d'envisager les choses autrement que par un élargissement du champ d'intervention de l'infirmier au regard de la pénurie médicale du travail ?

122. Tempéraments. Un garde-fou prévoit que « le professionnel de santé qui a effectué cette visite peut, s'il l'estime nécessaire, orienter sans délai le travailleur vers le médecin du travail dans le respect du protocole prévu »⁸⁴³. De même, « indépendamment des examens d'aptitude à l'embauche et périodiques ainsi que des visites d'information et de prévention, le travailleur bénéficie, à sa demande ou à celle de l'employeur, d'un examen par le médecin du travail. (...) Le médecin du travail peut également organiser une visite médicale pour tout travailleur le nécessitant. »⁸⁴⁴ La critique relative à l'effacement du médecin du travail, qui se manifeste par la fin de son monopole, bien que cet état de fait soit

⁸⁴² C. santé pub., art. L. 1110-4.

⁸⁴³ C. trav., art. R. 4624-13.

⁸⁴⁴ C. trav., art. R. 4624-34.

relativement évident, peut être nuancée dans la mesure où c'est sous son autorité, dans le cadre de protocoles écrits par ses soins que le suivi individuel des travailleurs est mené. Il a ainsi une capacité d'initiative par l'autorité qu'il porte sur les professionnels de santé intervenant dans le service de santé dans le cadre de l'équipe pluridisciplinaire. Cette souplesse est importante et redonne des latitudes au médecin. La fin du suivi uniforme de tous les salariés et celle de l'exercice de l'aptitude, qui ne pouvait plus être assurés de manière satisfaisante au regard d'une démographie médicale en chute, permet de dégager un temps médical précieux pouvant être redéployé pour une meilleure utilité. Et qui de mieux placé que le médecin du travail lui-même pour décider, au vu des spécificités des secteurs dans lesquels il évolue, des modalités de mise en œuvre du suivi adapté des travailleurs. « Les modalités effectives et concrètes du suivi universel de l'état de santé de tout salarié modulé selon deux paramètres : son poste et son état de santé »⁸⁴⁵, permettent un suivi renforcé pour ceux qui en ont le plus besoin, « conforme à la ressource médicale existante »⁸⁴⁶. Ce nouveau système est calé sur une liste de postes à risques⁸⁴⁷. Si ces postes augmentent, *ipso facto*, le temps médical nécessaire à leur suivi augmentera d'autant et l'équilibre sera rompu. Notamment avec la troisième liste⁸⁴⁸, la situation n'est pas figée. En tout état de cause, c'est au médecin du travail qu'il revient de déterminer le suivi le mieux adapté.

2. L'autorité par protocole du médecin du travail

123. Protocoles écrits. Depuis la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail⁸⁴⁹, une pluralité d'acteurs est susceptible d'intervenir dans le cadre de l'équipe pluridisciplinaire : collaborateurs médecins, internes en médecine du travail, IPRP⁸⁵⁰, infirmiers⁸⁵¹, médecin du travail. Ils interviennent dans le respect du protocole élaboré par ce

⁸⁴⁵ F. Champeaux, Le médecin du travail est au centre du suivi médical des salariés, *SSL*, 2016, n° 1748, pp. 5-7.

⁸⁴⁶ *Ibid.*

⁸⁴⁷ C. trav., art. R. 4624-23.

⁸⁴⁸ C. trav., art. R. 4624-23, III.

⁸⁴⁹ L. n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail (C. trav., art. L. 4622-1 et s.).

⁸⁵⁰ C. trav., art. L. 4644-1, R. 4623-38.

⁸⁵¹ D. n° 2002-194, 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ; D. n° 2004-802, 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du Code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code ; D. n° 2016-1605, 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers, arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier ; D. n° 2016-1605, 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers ; D. n° 2016-1908, 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail.

dernier qui est en charge d'animer et de coordonner cette équipe⁸⁵². Selon l'article R. 4623-14 du Code du travail, le médecin du travail, bien qu'assurant personnellement l'ensemble de ses fonctions, peut confier certaines activités, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits, aux infirmiers, aux assistants de SST ou aux membres de l'équipe pluridisciplinaire. On voit que, malgré la formulation vague de l'article R. 4623-14 du Code du travail, qui prévoit que le médecin du travail peut confier « certaines activités », les activités en question concernent en réalité la visite d'information et de prévention qui, quand elle n'est pas effectuée par le médecin du travail, est assurée sous son autorité par le collaborateur médecin, l'interne en médecine du travail et l'infirmier⁸⁵³. L'article R. 4623-14, prévoyant les modalités d'exercice des missions du médecin, dispose que le médecin peut confier certaines activités, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits. Dans le langage médical, un protocole est un document médical contenant un ensemble de recommandations écrites destinées à encadrer, dans le respect des règles de bonne pratique, la réalisation d'actes de santé, c'est-à-dire de prévention, de diagnostic et, uniquement dans les situations d'urgence, de soins. Il s'agit d'un guide décrivant dans le détail les différentes techniques, consignes et procédures qui doivent être appliquées dans des conditions précises. C'est un outil de référence pour l'ensemble du personnel intervenant sous l'autorité du médecin du travail destiné à assurer leur parfaite coopération⁸⁵⁴. Chaque protocole est rédigé par le médecin, en collaboration avec l'équipe de santé au travail, et est opposable non seulement au médecin du travail mais aussi au service pour protéger la compétence et l'efficacité des métiers. La direction de SST n'a pas à intervenir dans cette élaboration. En effet, toute intervention pourra être considérée comme une atteinte à l'indépendance du médecin du travail. Cependant, selon l'article D. 4622-28 du Code du travail, la commission médico-technique⁸⁵⁵, qui élabore le projet pluriannuel de service, est informée de la mise en œuvre des priorités du service et des actions à caractère pluridisciplinaire. Elle est en outre consultée sur les questions relatives à l'élaboration et à la mise en œuvre des protocoles⁸⁵⁶.

124. L'infirmier en santé au travail. Que ce soit l'entretien en santé au travail⁸⁵⁷ ou l'activité en milieu de travail⁸⁵⁸, l'intervention de l'infirmier par application d'un protocole⁸⁵⁹

⁸⁵² C. trav., art. L. 4622-8, R. 4623-1, 2°.

⁸⁵³ C. trav., art. L. 4624-1.

⁸⁵⁴ La coopération médecin et infirmier en santé au travail et le DPC, *JST revue* n° 8, novembre 2005, actes du colloque du 20 juin 2015.

⁸⁵⁵ C. trav., art. L. 4622-13.

⁸⁵⁶ C. trav., art. R. 4623-14.

⁸⁵⁷ C. trav., art. R. 4623-31.

a fait l'objet de précisions dans le cadre du décret de compétence des infirmiers de juillet 2004⁸⁶⁰ qui prévoit notamment que « l'infirmier est habilité (...) dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin ». Le champ de l'activité infirmière est exclusivement préventif, à l'exception des situations d'urgence⁸⁶¹. Les missions⁸⁶² de l'infirmier comprennent deux types d'actes : les actes sous délégation technique directe faisant l'objet de protocoles de la part des médecins et les actes relevant du rôle propre. Le médecin du travail exerce une autorité fonctionnelle sur l'infirmier en santé au travail responsable de ses actes sur le plan technique. L'article R. 4311-1 du Code de la Santé publique précise notamment que l'exercice de la profession d'infirmier comporte la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques⁸⁶³ et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit l'entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire⁸⁶⁴. De plus, selon le secteur d'activité où il exerce, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose, organise des actions, ou y participe, en matière de dépistage des maladies professionnelles, des pratiques addictives, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité⁸⁶⁵. Par ailleurs, l'article R. 4623-31 prévoit que l'infirmier peut effectuer des examens complémentaires et participer à des actions d'information collectives conçues en collaboration avec le médecin du travail et validées par lui. En tout état de cause, le fait de pouvoir recourir à des protocoles pour le suivi individuel indique qu'il s'agit d'un moyen d'apporter une solution au problème de pénurie de la ressource médicale du travail. Par conséquent, ce n'est pas réellement un rôle complémentaire qui est affecté aux infirmiers. De fait, ils sont recrutés pour compenser le manque de médecins⁸⁶⁶. Dès lors, la difficulté peut résider dans l'objet de cette visite, à savoir, « interroger le salarié sur son état de santé ; l'informer sur les risques éventuels auxquels l'expose son poste de travail ; le sensibiliser sur les moyens de prévention à mettre en œuvre ; identifier si son état de santé ou les risques auxquels il est exposé

⁸⁵⁸ Recommandations du CNOM : Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 17 juin 2011. Circulaire DGT 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.

⁸⁵⁹ C. trav., art. R. 4623-34.

⁸⁶⁰ D. n° 2004-802, 29 juillet 2004.

⁸⁶¹ C. santé pub., art. R. 4311-1 à R. 4311-15.

⁸⁶² C. trav., art. R. 4623-30.

⁸⁶³ C. santé pub., art. R. 4312-41; C. trav., art. L. 4624-1, al. 3.

⁸⁶⁴ C. santé pub., art. R. 4311-5 ; R. 4312-40 ; C. trav., art. L. 4624-1, al. 3.

⁸⁶⁵ C. santé pub., art. R. 4311-15.

⁸⁶⁶ C. Higounens, J.-M. Lattes, Les relations médecins-infirmiers dans la loi du 20 juillet 2011, incertitudes et ambiguïtés, *Dr. soc.* 2014, p. 661.

nécessitent une orientation vers le médecin du travail ; l'informer sur les modalités de suivi de son état de santé par le service et sur la possibilité dont il dispose, à tout moment, de bénéficier d'une visite à sa demande avec le médecin du travail. »⁸⁶⁷ En effet, l'infirmier dispose-t-il des compétences requises pour suppléer le médecin dans sa tâche ? « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. »⁸⁶⁸ La difficulté, en cas de problème, sera de déterminer la frontière entre le rôle prescrit de l'infirmier par le médecin, établi dans le cadre du protocole, et donc sous la responsabilité de ce dernier, et son rôle propre⁸⁶⁹, permettant de distinguer les tâches placées sous la subordination d'un médecin que l'on peut qualifier de « médico-déléguées » de celles qui sont mises en œuvre de manière autonome »⁸⁷⁰ qui suppose une réelle capacité de jugement et la possibilité de prendre des initiatives. Dans le cadre de l'exécution d'un protocole, l'infirmier continue à répondre des actes dont il a la compétence et sa responsabilité⁸⁷¹ peut se trouver engagée en cas de mauvaise exécution, au même titre que pour les actes réalisés dans le cadre de son rôle propre. Sa responsabilité⁸⁷² peut être engagée lorsqu'il ne se conforme pas aux dispositions du protocole qu'il a en charge d'appliquer⁸⁷³. Elle peut aussi être partagée avec le médecin qui a établi le protocole, si le protocole est erroné ou non-conforme aux bonnes pratiques. Le protocole n'est pas de nature à remettre en cause, par principe, sa responsabilité au médecin du travail⁸⁷⁴. En effet, il n'est mis en place que dans le cadre de certaines de ses activités et « dans la limite des compétences respectives des professionnels de santé »⁸⁷⁵. La possibilité d'orientation vers le médecin du travail sans délai peut être considérée comme un garde-fou. Ceci étant, on peut se demander si la mise en

⁸⁶⁷ C. trav., art. R. 4624-11.

⁸⁶⁸ C. santé pub., art. L. 4311-1.

⁸⁶⁹ C. trav., art. R. 4623-30.

⁸⁷⁰ C. Higounens, J.-M. Lattes, Les relations médecins-infirmiers dans la loi du 20 juillet 2011, incertitudes et ambiguïtés, *Dr. soc.* 2014, p. 661.

⁸⁷¹ C. santé pub., art. R. 4311-7.

⁸⁷² C. santé pub., art. R. 4312-32.

⁸⁷³ La Cour d'Appel de Bordeaux a confirmé le bien-fondé de la révocation d'un infirmier par le directeur d'un établissement public de santé mentale pour maltraitance envers des patients et pour non-respect du protocole de contention à l'égard d'un patient en fin de vie (CAA Bordeaux, 19 mars 2007, M. X contre Centre Hospitalier Esquirol, n° 04BX02075). Par ailleurs, l'absence de protocole a été considérée comme constitutive d'un dysfonctionnement organisationnel dans un hôpital, négligence (Cass. Crim. 23 mai 2000, pourvoi n° 99-80205) imputable au médecin. Cf C. santé pub., art. R. 4311-14 : « Si l'absence de protocole nuit à la prise en charge du patient et que cela cause un dommage pour un patient la responsabilité du médecin pourrait être retenue pour manquement à la prise en charge du patient selon les règles de l'art c'est-à-dire « donner des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données actuelles et acquises de la science. » ; C. trav., art. L. 4624-1).

⁸⁷⁴ C. Higounens, J.-M. Lattes, Les relations médecins-infirmiers dans la loi du 20 juillet 2011, incertitudes et ambiguïtés, *Dr. soc.* 2014, p. 661.

⁸⁷⁵ C. trav., art. R. 4626-13.

place d'un protocole prévoyant l'intervention d'un infirmier, dans le cadre de l'article L. 4624-1 du Code du travail sans une première consultation par le médecin du travail ne pose pas difficulté⁸⁷⁶.

125. Le collaborateur médecin. Selon l'article R. 4623-25 du Code du travail, le médecin collaborateur est encadré par un médecin qualifié en médecine du travail qu'il assiste dans ses missions. L'accord du médecin tuteur doit être préalablement requis à tout accueil de collaborateur médecin en formation ayant vocation à être placé sous sa responsabilité et doit disposer des conditions nécessaires à un bon encadrement. Enfin, dans le cadre de ce tutorat, un avenant à son contrat de travail doit être rédigé⁸⁷⁷. Selon l'article L. 4623-1 du Code du travail, le collaborateur médecin exerce les fonctions dévolues au médecin du travail, sous l'autorité de ce dernier et dans le cadre d'un protocole écrit et validé par lui.

126. Autorité et responsabilité du médecin du travail. Cette autorité⁸⁷⁸, cette animation⁸⁷⁹, cette coordination⁸⁸⁰, cette collaboration⁸⁸¹, cet encadrement⁸⁸², l'établissement des protocoles sont-ils générateurs de responsabilités⁸⁸³ pour le médecin du travail ? En effet, selon l'article L. 4623-1, le collaborateur médecin remplit les missions que lui confie le médecin du travail qui l'encadre, dans le cadre d'un protocole écrit et validé par ce dernier, en fonction des compétences et de l'expérience acquises. Selon l'article R. 4623-34, l'infirmier assure ses missions de santé au travail sous l'autorité du médecin du travail de l'entreprise dans le cadre de protocoles écrits. L'article R. 4623-31 prévoit la possibilité pour l'infirmier d'effectuer des examens complémentaires et de participer à des actions d'informations collectives conçues en collaboration avec le médecin du travail et validées par lui. Le médecin du travail a-t-il un pouvoir de subordination sur les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire⁸⁸⁴ ? Est-il comptable d'une responsabilité de chef de service qu'il n'est pas ? Des ambiguïtés⁸⁸⁵ sont nées de la rédaction de la loi de 2011⁸⁸⁶ et de la circulaire de 2012⁸⁸⁷

⁸⁷⁶ P. Desmarais, Les protocoles de coopération entre professionnels de santé : un dispositif à peaufiner, *RDSS* 2012. 513.

⁸⁷⁷ Circ. DGT n° 13, 9 nov. 2012.

⁸⁷⁸ C. trav., art. L. 4623-1, R. 4623-1, R. 4623-34.

⁸⁷⁹ C. trav., art. L. 4622-8.

⁸⁸⁰ C. trav., art. L. 4622-8.

⁸⁸¹ C. trav., art. R. 4623-31, al. 2.

⁸⁸² C. trav., art. R. 4623-25-1.

⁸⁸³ C. trav., art. R. 4626-13, R. 4623-14, al. 2.

⁸⁸⁴ Riquet O., Grossetête A., L'équipe médicale relevant du code de la santé publique, *Cahier SMT* n°26, mai 2012, pp 26-28.

⁸⁸⁵ J. Maraschin, La situation ambiguë des infirmières du travail, *Santé & travail*, janv. 2012, n° 077.

⁸⁸⁶ L. n° 2011-867, 20 juillet 2011, relative à l'organisation de la médecine du travail (C. trav., art. L. 4622-1 et s.).

⁸⁸⁷ Circulaire d'application du 9 novembre 2012.

par l'usage de termes tels que « chef d'orchestre », « rôle central d'animateur et de coordonnateur », « garant d'une médecine du travail de qualité ». Interlocuteur exclusif de l'employeur, le médecin du travail est responsable personnellement de la « *mission réglementaire* » qui lui est confiée, ainsi que de ce qu'il déclare et écrit. Par ailleurs, lui seul bénéficie du statut de salarié protégé. En outre, responsable technique de l'équipe pluridisciplinaire qu'il a en charge d'animer et de coordonner, il définit les missions de l'équipe médicale de santé au travail, du fait de sa compétence et de son indépendance. Vis-à-vis du travailleur, le médecin du travail assure le lien entre les conditions de travail et ses effets sur les individus et la santé du travailleur qu'il suit en tenant compte de son environnement, de son activité et du collectif dans lequel il évolue. Pour certains, la mise en oeuvre d'un protocole⁸⁸⁸ organisant les missions déléguées aux membres de l'équipe pluridisciplinaire établit un rapport d'autorité de type « supérieur/subordonné ». Or, non seulement le protocole n'est pas un outil coercitif, mais un outil de coordination des bonnes pratiques, et, de surcroît, le législateur a pris le soin de ne pas utiliser ces termes, préférant ceux d'animation et de coordination. Cependant, d'autres comme « le protocole écrit »⁸⁸⁹, ou les expressions « mission que lui confie le médecin du travail »⁸⁹⁰, « confier certaines activités, sous la responsabilité »⁸⁹¹, « sous l'autorité »⁸⁹², « respect du protocole »⁸⁹³ sont habituellement caractéristiques d'un pouvoir hiérarchique. Pour d'autres, au-delà des ambiguïtés⁸⁹⁴, c'est le fonctionnement de l'équipe entreprise par entreprise qui déterminera le rapport juridique établi. La tentation est d'assimiler le médecin du travail⁸⁹⁵ à un chef de service. Or, il ne dispose pas du pouvoir de direction, de contrôle et de sanction. En effet, dans le cadre d'un SSTA, il y a l'employeur, le médecin n'étant qu'un subordonné parmi les autres, certes un subordonné particulier car maîtrisant l'art médical contrairement aux autres, ce qui lui donne légitimité pour établir les protocoles. Par ailleurs, dans le cadre d'un SSTI, le dirigeant est le directeur du service.

127. Direction du service de santé au travail. Si, avec l'instauration des protocoles en santé au travail, le médecin peut apparaître comme le supérieur hiérarchique de l'infirmier,

⁸⁸⁸ C. trav., art. R. 4623-14.

⁸⁸⁹ C. trav., art. L. 4624-1, al. 3.

⁸⁹⁰ C. trav., art. R. 4623-25-1.

⁸⁹¹ C. trav., art. R. 4623-14, R. 4626-13.

⁸⁹² C. trav., art. L. 4624-1, al. 1.

⁸⁹³ C. trav., art. L. 4624-1, al. 3.

⁸⁹⁴ J.-M. Soulat et F. Héryn, L'équipe pluridisciplinaire de santé au travail : un management impossible ?, Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, Elsevier Masson, juin 2012, vol. 73, p. 364.

⁸⁹⁵ F. Lesage et a., L'épuisement professionnel chez les médecins du travail, Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, Elsevier Masson, juin 2012, vol. 73, p. 366.

cela ne remet pas en cause le rôle du directeur du service qui dispose, lui, d'un véritable pouvoir d'organisation des tâches et il demeure responsable d'une véritable obligation de résultat en matière de santé et de sécurité et ne peut s'en exonérer du seul fait que le médecin dispose de son propre pouvoir hiérarchique. L'article L. 4622-16 du Code du travail précise que « le directeur du service de santé au travail interentreprises met en oeuvre, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et sous l'autorité du président, les actions approuvées par le conseil d'administration dans le cadre du projet pluriannuel ». Il est responsable de la bonne adéquation des moyens mis en oeuvre dans le service au regard des orientations stratégiques définies par son conseil d'administration. Ainsi, il est le responsable hiérarchique de l'ensemble du personnel du SSTI sous réserve du respect des règles déontologiques et d'indépendance reconnues aux médecins dans leurs actes et pratiques médicales.

128. Délégation de pouvoir. La question de la délégation de pouvoir pourrait être examinée. Or, comment considérer que le médecin puisse être responsable d'une faute ou d'un manquement d'un membre de l'équipe pluridisciplinaire alors que ce n'est pas prévu par les textes ? Que le médecin du travail soit responsable de ses propres fautes⁸⁹⁶, c'est le cas, mais pas de ses manquements simples car la responsabilité du commettant du fait du préposé est applicable même pour le médecin du travail⁸⁹⁷. Investi de compétences nouvelles, le médecin conserve la protection juridique liée à ses fonctions médicales. Pour considérer que le médecin du travail bénéficie d'une délégation de pouvoir, il faudrait que soit reconnue à l'employeur la possibilité de déléguer ses pouvoirs au médecin alors pourvu « de l'autorité, de la compétence et des moyens »⁸⁹⁸. Le domaine de l'hygiène et de la sécurité est propice à de telles délégations. Lorsque la délégation est reconnue, elle transfère la responsabilité pénale au délégataire. Or, le terme de délégation⁸⁹⁹, hormis en matière de représentation devant le Comité social et économique⁹⁰⁰, n'est pas employé par le Code. Il s'agit au contraire de

⁸⁹⁶ Cass. soc., 25 avr. 1963, n° 61-12.837.

⁸⁹⁷ Cass. soc., 8 déc. 1960, n° 58-10.171.

⁸⁹⁸ Le délégataire doit disposer de connaissances techniques et juridiques (Crim., 8 déc. 2009, n° 09-82.123, RSC 2010. 433), d'une indépendance suffisante (Crim., 11 mars 1993, n° 90-931 et autres, Bull. crim., n° 112), d'une capacité réelle à décider (Crim., 9 oct. 1984, *JCP E* 1985, II, 14495) et de moyens d'exécution mobilisables (Crim., 29 oct. 1985, n° 84-95.559, Bull. crim. n° 335).

⁸⁹⁹ HAS, (2008) Délégation, transfert et nouveaux métiers, Comment favoriser des formes nouvelles de délégation entre professions de santé ? Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS - HAS, Coopérations entre professionnels de santé. Tome II. Elaboration d'un protocole de coopération selon l'article 51 de la loi HPST

⁹⁰⁰ C. trav., art. L. 2314-3.

protocoles de coopération⁹⁰¹. Dire que le médecin du travail, en l'état actuel du droit, est responsable de l'équipe pluridisciplinaire paraît abusif quand bien même son rôle est stratégique dans cette équipe. Enfin, au même titre que les infirmiers, les médecins du travail sont des salariés du service de santé au travail. Dès lors, les règles relatives au droit commun du contrat de travail leur sont parfaitement applicables. Le rapport Issindou⁹⁰² souligne la mise en place par les services de santé au travail autonomes d'organisations où les infirmiers travaillent sous une hiérarchie fonctionnelle médicale, notamment dans le cadre des protocoles écrits, tout en conservant la hiérarchie administrative. L'immunité civile attachée à la relation commettant-préposé concerne l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire mais le directeur du service de santé dispose de l'ensemble des droits et obligations d'un employeur ordinaire. De fait, selon les services, le médecin du travail est un simple manager alors que dans d'autres il exerce des fonctions hiérarchiques caractérisées⁹⁰³. Par ailleurs, la fonction du directeur du service est importante pour exercer pleinement son pouvoir d'employeur et pour réguler le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire. Dans les deux cas, l'autonomie nécessaire et protégée des personnels de santé devra être prise en compte⁹⁰⁴.

129. Responsabilité des services de santé au travail. Disposant de la personnalité juridique, la responsabilité des services de santé interentreprises peut être recherchée en cas de dysfonctionnement. Selon l'article L. 4622-7 du Code du travail, « lorsque le service de santé au travail est assuré par un groupement ou organisme distinct de l'établissement employant les travailleurs bénéficiaires de ce service, les responsables de ce groupement ou de cet organisme sont soumis, dans les mêmes conditions que l'employeur et sous les mêmes sanctions, aux prescriptions » du Code. Suite à la perte de l'emploi d'un salarié consécutif à un mauvais diagnostic du médecin du travail du service consistant à rendre un avis d'inaptitude alors que l'infirmité du salarié ne l'avait pas empêché d'occuper son emploi depuis de longues années et que son état ne s'était nullement aggravé⁹⁰⁵, la responsabilité civile du service a été reconnue. En outre, lorsque la faute du service a entraîné la condamnation de

⁹⁰¹ La Loi n° 2009- 879 du 21 juillet 2009 dite loi « Bachelot » a introduit la coopération entre professionnels de santé (article 51) qui est retranscrite à l'article L. 4011-1 du Code de la Santé publique.

⁹⁰² M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail », mai 2015.

⁹⁰³ J.-M. Lattes, Les incertitudes managériales de la médecine du travail : le nouveau cadre juridique, Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, Elsevier Masson, juin 2012, vol. 73, p. 374.

⁹⁰⁴ C. Higounens, J.-M. Lattes, Les relations médecins-infirmiers dans la loi du 20 juillet 2011, incertitudes et ambiguïtés, *Dr. soc.* 2014, p. 661.

⁹⁰⁵ CA Bordeaux, 1^{re} ch., sect. B, 20 déc. 1995, n° 93006219 : JCP 1996, IV, n° 1459.

l'employeur⁹⁰⁶, de même que lorsque la responsabilité de l'employeur a pu être engagée en raison du non-respect des visites médicales en vertu de son obligation de sécurité, ce dernier est fondé à exercer une action récursoire contre le service pour obtenir réparation de son préjudice⁹⁰⁷.

Paragraphe 2. Les modalités du suivi de santé

130. Nouvelles perspectives. La Loi Travail est venue réformer la médecine du travail dans la continuité d'une première série de dispositions législatives inscrites dans la loi du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi. Son objectif est d'améliorer le suivi de l'état de santé des travailleurs. Contrainte par une ressource médicale en chute⁹⁰⁸, la réforme s'est inscrite dans une perspective positive et ambitieuse⁹⁰⁹ visant à conforter la médecine du travail et les services de santé au travail, à renforcer leur impact et leur efficacité en matière de protection de la santé et en matière de maintien en emploi grâce à une priorisation des visites en fonctions des risques identifiés et d'une adaptation de leurs modalités d'action. Malgré cette ambition affichée, les effectifs continuent de baisser et la pyramide des âges de s'aggraver. C'est dans ce contexte qu'est intervenue la réforme de 2016⁹¹⁰, modifiant le Code du travail ainsi rédigé dans son article L. 4624-1 de principe : « tout travailleur bénéficie d'un suivi individuel de son état de santé assuré par le médecin du travail et, sous l'autorité de celui-ci, par le collaborateur médecin (...), l'interne en médecine du travail et l'infirmier. Ce suivi comprend une visite d'information et de prévention effectuée après l'embauche par l'un

⁹⁰⁶ Cass. soc., 31 mai 2012, n° 11-10.958.

⁹⁰⁷ Cass. civ., 1^{ère}, 19 déc. 2013, n° 12-25.056, n° 1499 FS - P + B + I.

⁹⁰⁸ 7067 ETP en médecine du travail en 2002 contre 5014 en 2017 (https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf), soit une diminution de 29% : nombre de postes offerts dans la spécialité de médecine du travail de 138 pour l'année universitaire 2017-2018 (Arrêté du 6 Juillet 2017 – JO du 8 juillet 2017) contre 158 en 2016-2017 (Arrêté du 13 Juillet 2016 – JO du 14 juillet 2016), 194 en 2015-2016 (Arrêté du 9 Juillet 2015 – JO du 11 juillet 2015), 177 en 2014-2015 (Arrêté du 10 Juillet 2014 – JO du 17 juillet 2014) et 54 en 2008-2009 (Arrêté du 30 juin 2008 – JO du 06 juillet 2008).

⁹⁰⁹ Etude d'impact de la Loi Travail.

⁹¹⁰ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JORF n° 0184 du 9 août 2016.

des professionnels de santé mentionnés. (...) Le professionnel de santé qui réalise la visite d'information et de prévention peut orienter le travailleur sans délai vers le médecin du travail, dans le respect du protocole élaboré par ce dernier. (...) Tout salarié peut, lorsqu'il anticipe un risque d'inaptitude, solliciter une visite médicale dans l'objectif d'engager une démarche de maintien dans l'emploi. » Le principe du suivi individuel n'est pas remis en cause, seules ses modalités évoluent. En effet, il est procédé à la substitution de l'examen d'aptitude par la visite d'information et de prévention (A). Cette évolution, applicable dès le 1^{er} janvier 2017⁹¹¹, n'est pas sans conséquence sur le rapport entre les travailleurs et le médecin du travail. Ceci étant, la libre sollicitation d'un examen médical (B) demeure.

A. La substitution du contrôle d'aptitude par la visite d'information et de prévention

131. Une conséquence de la pénurie médicale ? Le nombre insuffisant de médecins du travail⁹¹² posant des difficultés pour satisfaire l'ensemble de leurs missions, il a fallait trouver une solution⁹¹³ : soit recruter par centaines des médecins du travail, alors même que toutes les places à l'internat de cette spécialité ne sont pas pourvues⁹¹⁴, ou bien permettre de dégager du temps médical disponible. C'est la seconde solution qui a été choisie. Malgré les craintes liées à la possibilité désormais ouverte d'une VIP effectuée par un infirmier du travail, un collaborateur médecin – c'est-à-dire un médecin non encore spécialiste en médecine du travail – ou un interne en médecine du travail, non encore docteur en médecine, le maintien d'un suivi individuel (1) a été sauvegardé. De plus, dans une logique qui se veut plus pragmatique que systématique, le médecin du travail est compétent pour prévoir une

⁹¹¹ D. n° 2016-1908, 27 déc. 2016: JO, 29 déc.

périodicité variable (2), c'est-à-dire un suivi médical adapté aux conditions de travail, à l'état de santé du travailleur et soucieux de la compatibilité entre les deux.

1. Le maintien d'un suivi individuel

132. La VIP. Avec la loi du 8 août 2016, la visite médicale d'embauche, dans sa dimension universelle, destinée à évaluer l'aptitude du travailleur à occuper son poste de travail, a été supprimée et a été remplacée par une visite d'information et de prévention effectuée par l'un des professionnels de santé mentionné⁹¹⁵, et non plus par le seul médecin du travail. Toutefois, le professionnel de santé qui réalise la VIP peut orienter le travailleur sans délai vers le médecin du travail. C'est le cas de manière automatique pour tout travailleur qui déclare être considéré comme travailleur handicapé⁹¹⁶ ainsi que tout travailleur qui déclare être titulaire d'une pension d'invalidité. Par principe, la visite d'information et de prévention a lieu dans un délai qui n'excède pas trois mois à compter de la prise effective du poste de travail⁹¹⁷. Par exception, tout travailleur de nuit et tout travailleur âgé de moins de dix-huit ans bénéficie d'une VIP préalablement à son affectation sur le poste⁹¹⁸. Cette visite donne lieu à la délivrance d'une attestation. La visite d'aptitude préalable à l'embauche subsiste toutefois pour les travailleurs affectés à un poste présentant des risques particuliers pour leur santé ou celle de collègues ou de tiers⁹¹⁹. Comme la visite d'aptitude, la VIP doit obligatoirement être organisée par l'employeur, sous peine d'engager sa responsabilité⁹²⁰. Le travailleur peut prendre l'initiative d'une visite médicale si celui-ci la sollicite pour anticiper un risque d'inaptitude à son poste de travail. L'objectif de cette visite ne sera pas de déclarer l'aptitude ou l'inaptitude du salarié mais d'engager une démarche de maintien dans l'emploi⁹²¹. En dehors de toute visite médicale, un simple échange du médecin du travail avec le salarié et

⁹¹² En 2016, les effectifs des services de santé au travail étaient de 11318 équivalents temps plein, soit une hausse de 18 % depuis 2013. La baisse du nombre de médecins du travail a donc été compensée par l'embauche d'internes, de collaborateurs médecins et surtout d'infirmiers (+ 68 %), d'IPRP (+ 26 %) et d'assistants de service de santé au travail (+ 29 %) (Source Présanse, Cisme).

⁹¹³ Rapport « L'avenir de la médecine du travail », Conseil économique et social, C. Dellacherie, 2008, pp. 40, 54 et 77.

⁹¹⁴ Rapport « Attractivité et formation des professions de santé au travail », IGAS n° 2017-023R/IGAENR n° 2017-053, établi par X. Chaster, P. Blémont, H. Siahmed, J.-M. Soulat.

⁹¹⁵ C. trav., art. L. 4624-1.

⁹¹⁶ C. trav., art. L. 5213-1.

⁹¹⁷ C. trav., art. R. 4624-10.

⁹¹⁸ C. trav., art. R. 4624-18.

⁹¹⁹ C. trav., art. L. 4624-2-I.

⁹²⁰ Cass. Soc. 18 déc. 2013, n° 12-15454, JDSAM 2014-2, p. 97, note S. Brissy.

⁹²¹ C. trav., art. L. 4624-1, al. 6.

l'employeur pourra amener le médecin du travail à proposer des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail. Selon l'article L. 4624-3, « 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 ». Les échanges entre le médecin du travail et le travailleur semblent favorisés dans la mesure où l'article L. 4624-5 prévoit que « le médecin reçoit le salarié, afin d'échanger sur l'avis et les indications ou les propositions qu'il pourrait adresser à l'employeur ». On semble ici vouloir construire une réponse du médecin en collaboration étroite avec le salarié sur le modèle du consentement éclairé. Selon l'article L. 4624-6 du Code du travail, « l'employeur est tenu de prendre en considération l'avis et les indications ou les propositions émis par le médecin du travail ». « En cas de refus, l'employeur fait connaître par écrit au travailleur et au médecin du travail les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. »

133. Champ d'application. La VIP concerne tous les salariés à l'exception de ceux affectés à des postes présentant des risques particuliers⁹²². Au regard du minimum prévu par la directive européenne de 1989, on prévoit plus que la simple possibilité d'avoir accès à un médecin du travail. On va au-delà en préservant un suivi systématique. Contrairement à la visite d'aptitude, cette visite a vu sa dénomination « démedicalisée ». On peut se demander ce que cela suggère dans les faits. Est-ce la poursuite du mouvement entrepris avec le changement de nom des services médicaux en services de santé au travail⁹²³ qui a été annonciateur du développement d'une approche pluridisciplinaire⁹²⁴, cependant que le nombre de médecins de travail continuait de diminuer jusqu'à atteindre un niveau de pénurie préoccupant. La question qui se pose est celle du choix des mots dans le diagnostic : s'agit-il de la cause ou de la conséquence ? Est-ce pour pallier la chute des effectifs de médecins du travail que l'on a procédé à cette forme de démedicalisation « édulcorée » par le positionnement d'animateur et de coordonnateur du médecin du travail, et dans un second temps, sans que jamais le terme n'apparaisse, alors pourtant qu'il découle naturellement des textes, procédé à une forme de responsabilisation du médecin du travail par l'autorité qui lui

⁹²² C. trav., art. L. 4624-2

⁹²³ Décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail.

⁹²⁴ *Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels*, Rapport pour la direction générale du travail, ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, décembre 2007, p. 49.

est conférée en confiant certaines activités s'exerçant alors dans le cadre de protocoles⁹²⁵ écrits qu'il est amené à prendre ?

134. La fin de l'aptitude au profit de la capacité. Le terme d'aptitude est désormais banni, de manière somme toute assez artificielle concernant les postes sans risque particulier. La notion de capacité semble être l'apanage des postes sans risque particulier. La question qui se pose est celle de l'articulation entre capacités et inaptitude. Selon les articles L. 1226-2 et L. 1226-10 du Code du travail, « lorsque le salarié (...) est déclaré inapte par le médecin du travail (...), l'employeur lui propose un autre emploi approprié à ses capacités. » Le terme d'aptitude était le terme consacré à l'état de santé, terme technique pour la question de la compatibilité de la santé des travailleurs à un poste de travail, alors que celui de capacité est un terme utilisé dans des acceptions différentes : « capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français »⁹²⁶ ; « capacités de leurs formateurs et de l'expérience acquise par ces derniers en matière de prévention des risques professionnels et de conditions de travail »⁹²⁷, « capacité de l'employeur à éviter les licenciements »⁹²⁸, « capacité à occuper l'emploi proposé »⁹²⁹ ; « 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 »⁹³⁰, « le médecin du travail formule également des indications sur la capacité du salarié à bénéficier d'une formation le préparant à occuper un poste adapté »⁹³¹ ; « la capacité des personnes morales ou des entrepreneurs individuels demandant l'agrément à assurer une prestation de qualité »⁹³², « capacité de travail » des titulaires d'une pension d'invalidité⁹³³ ; « capacité d'assurer un suivi comptable » pour les organismes candidats à l'habilitation pour la collecte de la taxe d'apprentissage⁹³⁴, « la formation des représentants du personnel aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (...) a pour objet de développer leur aptitude à déceler et à mesurer les risques professionnels et leur capacité d'analyse des conditions de travail »⁹³⁵ ; « pour être éligible à une aide relative à l'emploi d'avenir, l'employeur doit pouvoir justifier de sa capacité, notamment financière, à maintenir l'emploi

⁹²⁵ C. trav., art. R. 4623-14.

⁹²⁶ C. trav., art. L. 1132-1.

⁹²⁷ C. trav., art. R. 4614-26.

⁹²⁸ C. trav., art. L. 1233-57-21.

⁹²⁹ C. trav., art. L. 1221-6.

⁹³⁰ C. trav., art. L. 1226-2 et L. 1226-10.

⁹³¹ C. trav., art. L. 1226-2 ; cette expression n'a pas été retenue dans l'article L. 1226-10 qui a conservé la même rédaction « *aptitude du salarié* ».

⁹³² C. trav., art. R. 7232-4.

⁹³³ C. trav., art. L. 5212-13.

⁹³⁴ C. trav., R. 6242-8.

⁹³⁵ C. trav., art. R. 4615-14.

au moins le temps de son versement »⁹³⁶; « les garanties minimales que doivent présenter les organismes de formation (...): (...) capacités pédagogiques (...) capacité d'évaluation... »⁹³⁷; « Il [l'employeur] veille au maintien de leur capacité à occuper un emploi, au regard notamment de l'évolution des emplois, des technologies et des organisations »⁹³⁸. Au travers de ces quelques exemples, on voit que le terme de capacité n'est plus, comme l'était l'aptitude, le terme idoine, avec ses qualités et ses défauts, qui permettait de savoir de quoi on parlait, c'est-à-dire de santé. Une confusion existe désormais entre les capacités physiques, de santé, professionnelles, financières... L'idée poursuivie par le législateur a été qu'en supprimant un terme du Code dans son acception positive (aptitude), on supprimerait les difficultés liées à l'aptitude, et ceci tout en conservant son sens négatif (inaptitude). L'article L. 1226-21 illustre parfaitement cet exercice sémantique périlleux : « Lorsque le salarié n'est pas déclaré inapte à l'issue des périodes de suspension... » Cet article démontre que le principe de l'aptitude demeure... Tout ceci participe d'un brouillage des notions et non d'un éclaircissement de la condition des travailleurs et de leur santé... Plus inquiétante au regard de l'interprétation extensive qui pourrait s'ouvrir est la formulation de l'article L. 1221-6 qui cristallise la confusion dans la notion de capacité et permet de s'interroger sur la place des considérations relatives à la santé en matière de contrat de travail et d'accès à l'emploi. Interprété à l'aune de l'acception utilisée désormais pour le terme de capacité, cet article pose question : « Les informations demandées, sous quelque forme que ce soit, au candidat à un emploi ne peuvent avoir comme finalité que d'apprécier sa capacité à occuper l'emploi proposé ou ses aptitudes professionnelles. » Le deuxième et le troisième alinéas rappellent les règles en vigueur en droit québécois : « Ces informations doivent présenter un lien direct et nécessaire avec l'emploi proposé ou avec l'évaluation des aptitudes professionnelles. Le candidat est tenu de répondre de bonne foi à ces demandes d'informations. »

135. Modalités du suivi. Le principe du suivi de l'état de santé est confirmé dans sa dimension individuelle et généralisée⁹³⁹. Cependant, ses modalités posent question. En effet, la fin du monopole du médecin du travail⁹⁴⁰ sur le suivi de droit commun, même s'il est opéré sous son autorité, dans le cadre de protocoles écrits, est bien acté par le recours à des

⁹³⁶ C. trav., art. L. 5134-111.

⁹³⁷ C. trav., art. 4461-36.

⁹³⁸ C. trav., L. 6321-1.

⁹³⁹ C. trav., art. L. 4624-1 al. 1.

⁹⁴⁰ C. trav., art. L. 4624-1 al. 1 et 2.

infirmiers⁹⁴¹ pour réaliser la visite d'information et de prévention qui se substitue par principe à l'examen médical d'aptitude. C'est donc, en l'absence de médecin, la fin de la visite médicale du travail. Le suivi se veut plus adapté aux « conditions de travail, l'état de santé, l'âge du travailleur, ainsi que les risques professionnels auxquels [le salarié] est exposé »⁹⁴². De plus, le suivi consacre la problématique du maintien dans l'emploi, le plus en amont possible, lorsque tout salarié « anticipe un risque d'inaptitude »⁹⁴³. Il peut ainsi « solliciter une visite médicale »⁹⁴⁴. Enfin, le travailleur de nuit⁹⁴⁵ n'est plus considéré comme devant faire l'objet d'une surveillance médicale renforcée mais « bénéficie d'un suivi individuel régulier de son état de santé »⁹⁴⁶ dont la périodicité est « fixée par le médecin du travail en fonction des particularités du poste occupé et des caractéristiques du travail »⁹⁴⁷ ne pouvant excéder trois ans⁹⁴⁸ et qui auront été analysées par l'infirmier selon le « protocole »⁹⁴⁹ qu'aura défini le médecin du travail. « Le professionnel de santé qui réalise la visite d'information et de prévention peut orienter le travailleur sans délai vers le médecin du travail, dans le cadre du protocole élaboré par ce dernier »⁹⁵⁰. Selon l'article R. 4624-10 du Code du travail, « tout travailleur bénéficie d'une visite d'information et de prévention, réalisée par l'un des professionnels de santé mentionnés au premier alinéa de l'article L. 4624-1 dans un délai qui n'excède pas trois mois à compter de la prise effective du poste de travail⁹⁵¹. » Déconnectée de la notion d'aptitude en général et de l'aptitude à l'embauche en particulier, cette visite « a notamment pour objet d'interroger le salarié sur son état de santé ; de l'informer sur les risques éventuels auxquels l'expose son poste de travail ; de le sensibiliser sur les moyens de prévention à mettre en œuvre ; d'identifier si son état de santé ou les risques auxquels il est exposé nécessitent une orientation vers le médecin du travail ; de l'informer sur les modalités de suivi de son état de santé par le service et sur la possibilité dont il dispose, à tout moment, de bénéficier d'une visite à sa demande avec le médecin du travail. » Ce changement constitue une véritable révolution pour deux raisons. D'une part, la fin de la délivrance

⁹⁴¹ C. trav., art. L. 4624-1 al. 1.

⁹⁴² C. trav., art. L. 4624-1 al. 3.

⁹⁴³ C. trav., art. L. 4624-1 al. 6.

⁹⁴⁴ C. trav., art. L. 4624-1 al. 6.

⁹⁴⁵ C. trav., art. L. 3122-5 (définition du travail de nuit).

⁹⁴⁶ C. trav., art. L. 4624-1 al. 7 ; L. 4624-2 *a contrario* ; R. 4624-18.

⁹⁴⁷ C. trav., art. L. 4624-1 al. 7.

⁹⁴⁸ C. trav., art. L. 4624-1 ; R. 4624-1 ; R. 4624-18.

⁹⁴⁹ C. trav., art. L. 4624-1 al. 3.

⁹⁵⁰ C. trav., art. L. 4624-1 al. 3.

⁹⁵¹ 2 mois pour les apprentis et avant la prise de poste pour les travailleurs de nuit, les jeunes de moins de 18 ans (C. trav., art. R. 4624-18), les travailleurs exposés aux champs électromagnétiques et aux agents biologiques de groupe 2.

systematique d'un avis d'aptitude est effective, ce qui donne une nouvelle dimension à la mission de la médecine du travail et du suivi du travailleur désormais jalonné par la délivrance d'une attestation de visite⁹⁵² dont le renouvellement périodique ne peut excéder un délai de « cinq ans⁹⁵³ sauf pour les travailleurs de nuit et les travailleurs handicapés ou en invalidité qui se seront déclarés comme tel auprès de leur employeur ou du service de santé au travail⁹⁵⁴, pour lesquels ce délai est fixé à trois ans »⁹⁵⁵. D'autre part, la libération du temps médical par cette visite d'information et de prévention, désormais assurée par « le collaborateur médecin, l'interne en médecine du travail ou l'infirmier »⁹⁵⁶, sous l'autorité du médecin du travail⁹⁵⁷, et par l'espacement des visites, a vocation à rééquilibrer le temps médical disponible en faveur de la prévention des risques professionnels et des efforts réalisés en faveur du maintien dans l'emploi des salariés. Or, la remise en question par la Loi Travail de l'entretien de clinique médicale du travail, étape pourtant indispensable à tout accompagnement d'un salarié en situation difficile, est de nature à porter une atteinte grave à l'analyse du lien santé-travail, de même que le soin d'ouvrir un dossier médical en santé au travail par un infirmier⁹⁵⁸. Le texte prend soin de rajouter « sous l'autorité du médecin du travail »⁹⁵⁹. Cette précision peine à traduire une représentation autre que théorique. En effet, ce type de document doit être renseigné par un médecin. La transcription en langage médical des paroles livrées par le salarié est une étape essentielle dans la construction du suivi de santé. Se priver de l'expertise du médecin paraît surprenante aussi bien médicalement que juridiquement. Ceci étant, le Conseil d'État⁹⁶⁰ a estimé qu'« il n'y avait pas d'atteinte au droit à la protection de la santé garantie par le 11e alinéa du Préambule de la Constitution de 1946⁹⁶¹, compte tenu de la nécessité de concentrer les moyens de la médecine du travail sur les personnes les plus exposées à des risques sanitaires et du fait que la protection de la santé

⁹⁵² C. trav., art. L. 4624-1 et R. 4624-12 ; le modèle de cette attestation est fixé à l'annexe 1 de l'arrêté du 16 octobre 2017.

⁹⁵³ C. trav., art. R. 4624-16.

⁹⁵⁴ C. trav., art. R. 4624-17.

⁹⁵⁵ S. Fantoni-Quinton, Modernisation de la médecine du travail et refonte du suivi de santé : vers une mue salvatrice ?, *Cah. Soc.* 2017, n° 295, p. 204.

⁹⁵⁶ C. trav., art. L. 4623-1.

⁹⁵⁷ C. trav., art. L. 4624-1.

⁹⁵⁸ C. trav., art. L. 4624-8; R. 4624-12.

⁹⁵⁹ C. trav., art. R. 4624-11.

⁹⁶⁰ Avis du Conseil d'État du 17 mars 2016 sur le projet de loi, p. 10.

⁹⁶¹ Le 11e alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 dispose que : « 11. (la Nation) garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

des autres travailleurs est garantie par leur droit à un suivi individuel de leur état de santé, conduit sous l'autorité du médecin du travail, dont les modalités et la périodicité sont fonction des conditions de travail, de l'état de santé, de l'âge, ainsi que des risques professionnels auxquels ils sont exposés. »⁹⁶²

136. La VIPI. Selon l'article R. 4624-11 du Code du travail, « la visite d'information et de prévention dont bénéficie le travailleur est individuelle. Elle a notamment pour objet : d'interroger le salarié sur son état de santé ; de l'informer sur les risques éventuels auxquels l'expose son poste de travail ; de le sensibiliser sur les moyens de prévention à mettre en œuvre ; d'identifier si son état de santé ou les risques auxquels il est exposé nécessitent une orientation vers le médecin du travail ; de l'informer sur les modalités de suivi de son état de santé par le service et sur la possibilité dont il dispose, à tout moment, de bénéficier d'une visite à sa demande avec le médecin du travail. » La visite d'information et de prévention a l'avantage d'avoir des objectifs cohérents et communs quel que soit son auteur. C'est le premier avantage. Le second avantage, concernant la question de savoir si des choses peuvent échapper à l'infirmier car non médecin, est une formation suffisante⁹⁶³ et la possibilité, sans délai, d'orienter le travailleur vers le médecin du travail, notamment en cas de doute. L'infirmier en santé au travail peut ainsi exercer une sorte de filtre. Dans le décret de compétences de 2004, il a tous les moyens pour aider le médecin du travail à remplir ses objectifs. Donc la VIP menée par un infirmier en santé au travail (VIPI) est une visite avec des objectifs atteignables au regard des compétences de ce dernier. Concernant le colloque singulier entre travailleurs et médecin, il n'y aurait pas davantage de difficulté dans la mesure où un colloque étroit existe entre le travailleur et l'infirmier, de la même manière qu'il y a un colloque entre médecins et travailleurs. Il y a même un Ordre infirmier pour veiller au respect des règles déontologiques. En matière de secret médical, le Code de la Santé publique, dans son article L. 1110-4, assure des règles claires. Il n'y a pas de secret partagé *a priori* dans le cadre d'une équipe de santé au travail alors qu'il y a secret partagé possible dans le cadre d'une équipe de soins hospitalière sauf refus du patient. Le décret d'octobre 2016⁹⁶⁴, suite à la Loi Touraine⁹⁶⁵, a prévu qu'il puisse y avoir transmission d'informations dès lors que le salarié a été dûment informé et qu'il a consenti. Le décret d'octobre 2016 a prévu un

⁹⁶² C. Ferté, La santé au travail après le 1^{er} janvier 2017, *JCP S* n° 1, 10 janvier 2017, 1001.

⁹⁶³ Le rapport Attractivité propose l'harmonisation des formations des infirmiers. Rapport « Attractivité et formation des professions de santé au travail », IGAS n° 2017-023R/IGAENR n° 2017-053, établi par X. Chaster, P. Blémont, H. Siahmed, J.-M. Soulat.

⁹⁶⁴ D. n° 2016-1908, 27 décembre 2016, relatif à la modernisation de la médecine du travail.

⁹⁶⁵ L. n° 2016-41, 26 janvier 2016, de modernisation de notre système de santé.

formalisme à ce consentement éclairé. De la VIP à la VIPI, il peut y avoir une perte de l'approche médicale qui consiste à faire un certain nombre de vérifications cliniques, notamment de dépistages, pas forcément en rapport direct avec le travail, comme par exemple de cancers de la thyroïde qu'un infirmier ne fera pas forcément. Selon les articles L. 4624-1 et R. 4624-11, la VIP n'a pas pour objet de s'assurer que la personne peut travailler. La VIP a juste pour objet d'apporter des informations et de repérer les gens à réorienter. La VIP n'a pas l'objectif de savoir si le salarié est apte à son poste. On pourrait raisonner en disant que, avec cette VIP, il y a une présomption de capacité à occuper son poste qui repose sur l'expérience et la réalité et non pas sur un l'état de santé. En effet, le salarié travaille déjà à son poste depuis quelques mois puisque cette visite doit intervenir dans les trois mois suivant l'embauche. C'est en fait la véritable épreuve de compatibilité entre l'état de santé et le poste de travail. C'est pour cela que certains défendent la thèse de l'autodétermination, parce que deux états de santé comparables ne sont pas forcément compatibles ou incompatibles de la même façon vis-à-vis du travail, certaines personnes pouvant compenser⁹⁶⁶. En médecine, on a abandonné le modèle médical qui était de dire qu'une pathologie correspondait à des incapacités et à des capacités. En matière d'emploi, cela correspond à des possibilités de travailler ou de ne pas travailler. Le modèle bio-médico-psycho-social est un modèle uniformément acquis aujourd'hui en médecine de sorte qu'il est utilisé dans toutes les disciplines, de la neurologie, de la rhumatologie, de la cancérologie. On ne soigne plus que la maladie, on tient compte de l'environnement pour rétablir la personne dans sa globalité, dans sa société, dans sa vie privée, dans sa santé globale. Qui d'autre que le travailleur lui-même pour déterminer ses capacités réelles ? Il est ainsi illusoire de confier une telle mission au médecin du travail. La période pendant laquelle il travaille, avant la VIP, qui doit intervenir « dans un délai qui n'excède pas trois mois à compter de la prise effective du poste de travail »⁹⁶⁷ est une période de mise en situation, sorte de période probatoire en santé pour le salarié, mais aussi pour l'employeur. C'est l'équivalent de la durée moyenne de la période d'essai hors renouvellement⁹⁶⁸.

137. Présomption d'aptitude. Puisque l'objectif est désormais le suivi de santé, et non plus la vérification de l'aptitude, « si aucune inaptitude n'est à prévoir, le salarié, non affecté à

⁹⁶⁶ S. Fantoni-Quinton, colloque Lille, Entre secret et mensonge, face aux obligations de prévention et de sécurité au travail, Regards croisés franco-québécois, 3-4 nov. 2016.

⁹⁶⁷ C. trav., art. R. 4624-10.

⁹⁶⁸ C. trav., art. L. 1221-19.

un poste à risques, n'aura donc plus à être déclaré « apte » au poste envisagé. »⁹⁶⁹ C'est en quelque sorte une présomption d'aptitude⁹⁷⁰ subordonnée à l'absence de constatation médicale de l'inaptitude. C'est un renversement de la démonstration de la capacité à exercer un poste de travail. En effet, selon le précédent schéma, on devait s'assurer de l'aptitude du travailleur. Désormais, on doit s'assurer de l'absence d'inaptitude. La logique n'est pas bouleversée. Seules les modalités de la surveillance ont évolué. En revanche, si le professionnel de santé qui effectue la VIP est le médecin du travail ou si le salarié est orienté vers le médecin après la VIP, et que ce dernier constate l'inaptitude du salarié, après avoir réalisé les quatre actions nécessaires⁹⁷¹, il pourra émettre un avis d'inaptitude⁹⁷².

2. Une périodicité variable

138. Un suivi adapté, assoupli. La VIP doit être effectuée entre la prise effective du poste et une échéance de trois mois⁹⁷³. S'il s'agit d'un travailleur de nuit ou d'un jeune de moins de 18 ans⁹⁷⁴ ou d'un salarié exposé aux agents biologiques du groupe 2⁹⁷⁵ ou à des champs électromagnétiques lorsque les limites d'exposition sont dépassées⁹⁷⁶, la VIP aura lieu avant l'affectation au poste. C'est l'adaptation du suivi de santé. La loi d'août 2016 assouplit encore la périodicité de la « surveillance de l'état de santé des travailleurs »⁹⁷⁷ en supprimant la périodicité biennale et en prévoyant que les modalités et la périodicité du suivi médical en santé au travail de chaque salarié prennent en compte ses conditions de travail, son état de santé, notamment la situation de handicap, et son âge, ainsi que les risques professionnels auxquels il est exposé⁹⁷⁸. L'intérêt du nouveau suivi est son adaptabilité à la main du médecin du travail car il est le seul à se situer « à l'interface de la personne et du poste »⁹⁷⁹. La périodicité de la VIP, dans le cas général, est de cinq ans. Mais il existe des cas de dispense. L'organisation d'une visite d'information et de prévention d'embauche n'est pas requise

⁹⁶⁹ S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

⁹⁷⁰ Liaisons soc. Q., Le dossier juridique, n° 44/2017, 6 mars 2017 ; La réforme de la médecine du travail dans le projet de loi El Khomri, *SSL* 2016, n° 1717.

⁹⁷¹ C. trav., art. R. 4624-42.

⁹⁷² Le modèle est fixé à l'annexe 3 de l'arrêté du 16 octobre 2017.

⁹⁷³ C. trav., art. R. 4624-10.

⁹⁷⁴ C. trav., art. R. 4624-18.

⁹⁷⁵ C. trav., art. R. 4426-7.

⁹⁷⁶ C. trav., art. R. 4453-10.

⁹⁷⁷ C. trav., art. L. 4624-1 al. 1.

⁹⁷⁸ C. trav., nouv. art. L. 4624-10 ; S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

⁹⁷⁹ S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

lorsque le travailleur a bénéficié d'une visite d'information et de prévention dans les cinq ans précédant son embauche (trois ans s'il s'agit d'un travailleur de nuit⁹⁸⁰, un travailleur handicapé ou invalide ou autre salarié désigné par le médecin du travail ; deux ans s'il s'agit d'un travailleur temporaire), dès lors que l'ensemble des conditions prévues à l'article R. 4624-15 sont réunies. Le médecin du travail doit être consulté avant la mise en place ou la modification de l'organisation du travail de nuit ou de soirée⁹⁸¹ pour lui permettre « d'apprécier les conséquences éventuelles du travail de nuit pour la santé et la sécurité du travailleur, notamment du fait des modifications des rythmes chronobiologiques, et d'en appréhender les répercussions potentielles sur sa vie sociale »⁹⁸². Enfin, selon l'article R. 4624-19, « toute femme enceinte, venant d'accoucher ou allaitante est, à l'issue de la visite d'information et de prévention, ou, à tout moment si elle le souhaite, orientée sans délai vers le médecin du travail dans le respect du protocole mentionné à l'article L. 4624-1. Cette nouvelle visite, effectuée par le médecin du travail, a notamment pour objet de proposer, si elles sont nécessaires, des adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes. »

B. La sollicitation d'un examen médical par le salarié

139. Selon l'article R. 4624-11 5°, la VIP a notamment pour objet d'informer le travailleur qu'il peut bénéficier, à tout moment, d'une visite à sa demande avec le médecin du travail. Cette disposition s'inscrit dans la démarche de maintien dans l'emploi **(1)** et a pour objet de favoriser l'anticipation du risque d'inaptitude **(2)**.

1. La démarche de maintien dans l'emploi

140. La reprise du travail. Les deux visites principalement justifiées par la recherche du maintien en emploi sont la visite de préreprise et la visite de reprise. La première fait suite à un arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois à l'initiative du médecin traitant, du médecin-conseil des organismes de sécurité sociale ou du salarié⁹⁸³. Le médecin du travail

⁹⁸⁰ C. trav., art. R. 4624-17.

⁹⁸¹ C. trav., art. L. 3122-4 et L. 3122-10.

⁹⁸² C. trav., art. R. 3122-11.

⁹⁸³ C. trav., art. R. 4624-29 et R. 4624-30.

n'en est pas à l'initiative. En effet, l'information systématique du médecin du travail de tout arrêt de travail n'est pas prévue⁹⁸⁴ par les textes. 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. Sauf opposition du salarié, il informe l'employeur et le médecin-conseil de ces recommandations afin que toutes les mesures soient mises en oeuvre en vue de favoriser le maintien dans l'emploi du salarié⁹⁸⁵. La seconde est déclenchée, dans un délai de huit jours à compter de la reprise du travail, après une absence pour cause de maladie professionnelle, pour congé de maternité, ou une absence d'au moins trente jours pour cause de maladie non professionnelle ou d'accident, qu'il soit d'origine professionnelle ou non⁹⁸⁶. Selon l'article R. 4624-33, « le médecin du travail doit être informé de tout arrêt de travail d'une durée inférieure à trente jours pour cause d'accident du travail afin de pouvoir apprécier, notamment, l'opportunité d'un nouvel examen médical ». Selon l'article R. 4624-32, « l'examen de reprise a pour objet d'examiner les propositions d'aménagement, d'adaptation du poste ou de reclassement faites par l'employeur à la suite des préconisations émises par le médecin du travail lors de la visite de préreprise, de préconiser l'aménagement, l'adaptation du poste ou le reclassement du travailleur et de vérifier l'aptitude du travailleur à reprendre son poste ou à être affecté à un poste de reclassement et d'émettre le cas échéant un avis d'inaptitude ». Le médecin du travail doit indiquer, dans les conclusions écrites qu'il rédige à l'issue des visites médicales de reprise, 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. Une telle obligation, qui ne contraint pas le médecin à faire état des considérations médicales qui justifient sa position, peut être mise en oeuvre dans le respect du secret médical. Le législateur a ainsi entendu définir entièrement les règles de motivation qui s'appliquent aux décisions du médecin du travail se prononçant sur l'aptitude d'un salarié à la reprise de son poste à la suite d'une maladie ou d'un accident non professionnel⁹⁸⁷. A l'issue d'une visite de reprise, le médecin du travail peut délivrer un avis

⁹⁸⁴ Rép. min. n° 19879 : JOAN Q, 3 sept. 2013, p. 9330.

⁹⁸⁵ C. trav., art. R. 4624-30.

⁹⁸⁶ C. trav., art. R. 4624-31.

⁹⁸⁷ « Le médecin du travail est tenu d'indiquer 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 objectifs portant sur ces capacités qui le conduisent à recommander certaines tâches en vue d'un éventuel reclassement dans l'entreprise

d'inaptitude ou une attestation de suivi lorsque le médecin du travail n'a pas constaté d'inaptitude et si le salarié ne bénéficie pas d'un suivi médical renforcé.

2. L'anticipation du risque d'inaptitude

141. Selon l'article L. 4624-1, alinéa 6, « tout salarié peut, lorsqu'il anticipe un risque d'inaptitude, solliciter une visite médicale dans l'objectif d'engager une démarche de maintien dans l'emploi. » Le législateur a mis en application le principe selon lequel le travailleur est acteur de sa santé. La logique est celle de pousser le travailleur à consulter le médecin, en confiance, dans une démarche de collaboration, pour que, ensemble, ils trouvent les solutions destinées à favoriser le maintien dans l'emploi du travailleur.

ou, au contraire, à exprimer des contre-indications; cette motivation exigée du médecin du travail s'impose également à l'inspecteur du travail lorsque celui-ci, en cas de difficulté ou de désaccord, est amené à décider de l'aptitude professionnelle du salarié. », CE, 1^{er} août 2013, n° 341604 : *JS Lamy* 2013, n° 352-3, obs. Hautefort.

142. Définition. L'inaptitude est l' « aléa susceptible d'affecter la santé du salarié, donc son emploi et également l'exécution du contrat de travail »⁹⁸⁸. En outre, il s'agit de l'impossibilité ou incapacité physique ou mentale ou d'une diminution plus ou moins importante des capacités du salarié à remplir ses fonctions et à occuper l'emploi pour lequel il a été initialement recruté⁹⁸⁹. L'utilisation du terme « emploi », en lieu et place de celui de « poste de travail », est à relever aux articles L. 1226-2 et L. 1226-10. Or, l'inaptitude, comme l'aptitude le cas échéant, est le résultat de l'appréciation médicale de la compatibilité ou non de l'état de santé d'un travailleur affecté à un poste de travail⁹⁹⁰, selon les conditions réelles dans lesquelles il effectue ses tâches, après une étude de poste⁹⁹¹ et des échanges avec le salarié et l'employeur⁹⁹². L'inaptitude au poste est prononcée au regard de l'affectation actuelle, alors que la recherche d'un reclassement doit être menée au niveau de l'emploi afin d'élargir les perspectives de réaffectation. Conçue en termes de « poste de travail », elle doit l'emporter sur les aptitudes conçues en termes de « reprise de la vie active » du médecin-traitant ou de « reprise d'une activité salariée » du médecin-conseil ou du médecin-expert⁹⁹³. Cette confusion entre poste de travail et emploi n'est pas très heureuse, d'autant que le terme « aptitude » a été remplacé par celui de « capacité ». C'est là une nouvelle illustration de l'utilisation imprécise dans la loi des concepts d'aptitude ou d'inaptitude et des notions associées. Le recours à l'idée de « retentissement professionnel » de l'inaptitude mériterait davantage d'attention de la part de la doctrine⁹⁹⁴ afin d'envisager dans toutes leurs dimensions les enjeux d'un reclassement. Selon les professeurs de médecine du travail, Sophie Fantoni-Quinton et Jean-Marc Soulat, « les lois Rebsamen puis El Khomri n'ont pas gommé l'atavisme assurantiel dénoncé depuis tant d'années du système de la santé au travail. Si l'avis d'aptitude a fait l'objet de tant de polémiques, s'il est désormais déconnecté du suivi de santé systématique, pour autant, il réapparaît notamment pour les postes de sécurité, jetant

⁹⁸⁸ F. Héas, Les conséquences de l'inaptitude sur l'emploi du salarié, *JCP S* 2005. 1395.

⁹⁸⁹ S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

⁹⁹⁰ C. trav., art. L. 4624-4.

⁹⁹¹ « Réforme de l'inaptitude au travail : préconisations », Cercle de prospective sociale, *JCP S*, n° 24, 14 juin 2011, act. 244.

⁹⁹² C. trav., art. R. 4624-42.

⁹⁹³ J. Lorient, Le rôle du médecin du travail dans l'organisation de l'entreprise, *Dr. soc.* 1987. 592.

⁹⁹⁴ M. Del Sol, La prise en compte du retentissement professionnel, parent pauvre de la réparation ATMP, *Dr. soc.* 2015. 300.

le trouble sur le rôle de la santé au travail et sa philosophie. »⁹⁹⁵ L'aptitude n'est donc que partiellement remise en cause, à savoir pour les postes sans risque particulier. En effet, pour les postes à risques, elle est renforcée : « l'examen médical est réalisé avant l'embauche »⁹⁹⁶. Pour les postes de droit commun, son principe est renversé : l'aptitude est présumée et la possibilité d'émettre un avis d'inaptitude est maintenue. Le caractère sélectif de la surveillance demeure sous le prisme de l'inaptitude, ne changeant en rien la philosophie de la notion, mais en opérant simplement des modalités d'action différentes. Ainsi, le problème originel issu de la dualité entre conseil et contrôle, entre prévention et aptitude, n'est pas résolu. L'inaptitude reste cause de rupture du contrat de travail (**paragraphe 1**) et cause de fragilisation du colloque singulier entre médecin du travail et salarié (**paragraphe 2**).

Paragraphe 1 : L'inaptitude, cause de rupture du contrat de travail

143. L'émergence d'un droit de l'inaptitude. La fin de la généralisation et de la systématique du contrôle de l'aptitude n'est pas de nature à fragiliser l'affirmation relative à la centralité de la notion. En effet, l'inaptitude reste un pilier incontournable du droit du travail au regard de ses effets sur le contrat. Jusqu'en 1981, l'inaptitude médicalement constatée était une cause de rupture du contrat de travail par le licenciement du salarié. Avec la crise de l'emploi et l'apparition du SIDA, des protections fondées sur un principe de non-discrimination sur la santé⁹⁹⁷ voient le jour pour favoriser le maintien dans l'emploi. Ainsi, un droit de l'inaptitude de protection du salarié vient renforcer les possibilités d'action du médecin du travail et mettre en lumière les obligations de l'employeur. Du seul droit de l'aptitude axé sur le salarié et fondé sur une conception traditionnelle et autoritaire de sélection a émergé un droit de l'inaptitude relevant d'une logique d'assistance et de protection, ciblé sur le poste de travail. En ce sens, on peut admettre que « la décision d'inaptitude n'est pas le strict revers de l'aptitude. »⁹⁹⁸ « L'application de ce droit de l'inaptitude s'apparente à une mesure thérapeutique : il vise une amélioration de la situation du salarié, mais il comporte aussi des risques puisque, en cas d'échec, il peut conduire au

⁹⁹⁵ J.-M. Soulat, S. Fantoni-Quinton, La loi Travail et la santé au travail : évolution ou révolution ?, *SSL*, n° 1765, 18 avril 2017.

⁹⁹⁶ C. trav., art. R. 4624-23.

⁹⁹⁷ C. trav., art. L. 1132-1.

⁹⁹⁸ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.*, 2013, p. 1025.

licenciement »⁹⁹⁹. L'étape qui suit est d'associer plus étroitement le salarié et de l'informer davantage pour lui permettre d'aboutir à un consentement éclairé en favorisant sa participation active dans une dynamique de maintien dans l'emploi. C'est un mouvement amorcé par la médecine du travail mais qui peine à sortir de sa logique paternaliste, le médecin du travail décidant pour le salarié ce qui serait bon pour ce dernier. En dépit de la logique impulsée par la loi Kouchner de 2002¹⁰⁰⁰, le salarié, dans le domaine de la santé au travail, ne dispose pas d'une libre autodétermination s'agissant de sa propre santé et reste dépendant de l'autorité médicale du médecin du travail. L'ambivalence de laquelle il faut sortir réside dans le fait que le médecin du travail est à la fois une ressource lorsque l'emploi est fragilisé en raison d'une dégradation de la santé, par le biais notamment des aménagements de poste et des préconisations diverses¹⁰⁰¹ en matière de reclassement que peut faire ce spécialiste de la prévention en santé-sécurité au travail, mais il peut aussi constituer une source d'insécurité vis-à-vis de l'emploi parce qu'il est détenteur du pouvoir d'imposer l'inaptitude au salarié. La relation de confiance est par conséquent biaisée dès l'origine. En effet, toute confiance sur ses problèmes de santé est potentiellement de nature à se retourner contre lui, ce qui pose évidemment question en matière de déontologie médicale¹⁰⁰². Constituant à la fois un outil dans la main du médecin du travail au service de la santé du salarié, mais également un risque pour l'emploi de ce dernier, un équilibre est à trouver face au dilemme de l'inaptitude tiraillée entre protection de la santé et protection de l'emploi, c'est-à-dire pour dépasser le paradoxe entre protection et exclusion (**A**). Cause de rupture du contrat de travail, l'ambivalence de l'inaptitude émane de son double caractère médical et juridique (**B**).

⁹⁹⁹ P. Davezies, L'aptitude médicale dans le système français de santé au travail : origine, interrogations et débats, *Médecine du travail & ergonomie*, Volume XLIV, 2007, 73-82.

¹⁰⁰⁰ L. n° 2002-303, 4 mars 2002.

¹⁰⁰¹ C. trav., art. R. 4624-42.

¹⁰⁰² P. Davezies, « *Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale* », *Revue de médecine du travail*, tome xx-viii, n° 2, 2001, pp. 104-108

A. *Le paradoxe de l'inaptitude : entre protection et exclusion*

144. La procédure d'inaptitude en perspectives. L'inaptitude est à la croisée des chemins : tantôt confondue par le salarié avec l'annonce d'un prochain licenciement, ou suscitant le fatalisme ou la résignation de l'employeur considérant que le formalisme imposé par le Code du travail ne lui permettra pas d'échapper à la condamnation, ou bien encore provoquant la déception du médecin du travail d'être peu associé à l'objectif d'un maintien dans l'emploi, la déclaration d'inaptitude médicale est un instrument juridique qui pose d'abord la question du « conflit entre la protection de la santé du travailleur et celle de son emploi »¹⁰⁰³. Ainsi, réformée par la loi du 8 août 2016¹⁰⁰⁴, inspirée par le rapport Issindou¹⁰⁰⁵, l'inaptitude¹⁰⁰⁶ a fait l'objet d'une définition, intégrée dans le Code du travail. En effet, selon un nouvel article L. 4624-4 du Code du travail, « le médecin du travail qui 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, déclare le travailleur inapte à son poste de travail. » Selon l'article L. 4624-4, l'inaptitude correspond à la situation composée de trois étapes cumulatives. Premièrement, « l'état de santé du travailleur justifie un changement de poste ». Deuxièmement, il est procédé par le médecin du travail ou un membre de l'équipe pluridisciplinaire à « une étude de poste ». Troisièmement, le médecin du travail « constate qu'aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail occupé n'est possible ». En conséquence, « l'avis d'inaptitude rendu par le médecin du travail est éclairé par des conclusions écrites, assorties d'indications relatives au reclassement du travailleur. » En cas d'impossibilité effective de mettre en œuvre cette obligation de reclassement qu'il devra justifier¹⁰⁰⁷, l'employeur, « tenu de prendre en considération l'avis et les indications ou les propositions émis par le médecin du travail »¹⁰⁰⁸, pourra procéder au licenciement du salarié inapte. Il est clairement établi que l'inaptitude s'apprécie par rapport au poste occupé par le salarié et qu'elle ne peut, en soi,

¹⁰⁰³ J. Savatier, Le médecin du travail et le sort du salarié, *Dr. soc.* 1987. 604.

¹⁰⁰⁴ Loi n° 2016-1088, 8 août 2016, relative au travail, à la modernisation du dialogue social et de la sécurisation des parcours professionnels.

¹⁰⁰⁵ M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail », mai 2015.

¹⁰⁰⁶ S. Fantoni-Quinton, P.-Y. Verkindt, Les chausse-trappes du nouvel encadrement de la décision d'inaptitude, *SSL*, n° 1752, 16 janvier 2017 ; A. Dejean de la Bâtie, Les cahiers du DRH, n° 238, 1^{er} janvier 2017 ; Mazon et Loiselet, Réforme de l'inaptitude médicale : vers un nouvel échec de simplification ?, *Sem. soc. Lamy* 2017, n° 1761, p. 6.

¹⁰⁰⁷ C. trav., art. L. 1226-2-1 et L. 1226-12.

¹⁰⁰⁸ C. trav., L. 4624-6.

constituer le motif du licenciement du salarié. Une telle impossibilité se fonde sur le principe de non-discrimination, qui interdit de prendre en compte l'état de santé pour la moindre mesure, décision ou action intéressant le contrat de travail¹⁰⁰⁹. Cela ne signifie pas, pour autant, qu'il soit impossible de licencier un salarié inapte. A ce titre, les hypothèses classiques de rupture doivent reposer soit sur des motifs liés à l'impossibilité de reclassement établie par l'employeur, soit sur le refus de la proposition de réaffectation par le salarié inapte. La procédure d'inaptitude, destinée à protéger la santé du salarié, peut se révéler dangereuse en matière d'emploi si l'inaptitude est prononcée et le reclassement impossible, confrontant ainsi deux droits fondamentaux que sont le droit à la protection de la santé et le droit au travail. Le risque de perte d'emploi auquel est confronté le salarié concerné par un projet de licenciement constitue un risque social, c'est-à-dire un événement affectant gravement la situation économique de la personne et suscitant, de ce fait, la création de mécanismes de redistribution, tels qu'une assurance obligatoire caractérisée par une solidarité accrue entre assurés, chacun contribuant à hauteur de ses capacités et non à hauteur du risque qui lui est propre.¹⁰¹⁰ Cependant, au sens strict, il ne constitue pas un risque professionnel mais peut être considéré comme une résultante lorsqu'un salarié devient inapte à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et qu'il n'est pas reclassé dans un autre emploi par l'employeur¹⁰¹¹. La procédure d'inaptitude relève d'un objectif de protection de l'emploi par le reclassement (1) et d'un risque d'exclusion de l'emploi (2).

1. La protection du salarié¹⁰¹²

145. Le médecin du travail, rempart contre la « tentation discriminatoire »¹⁰¹³ fondée sur l'état de santé¹⁰¹⁴ ou facilitateur de la rupture du contrat pour raison de santé¹⁰¹⁵ ? « Les interactions entre emploi/chômage et santé »¹⁰¹⁶ sont réelles, c'est pourquoi

¹⁰⁰⁹ C. trav., art. L. 1132-1.

¹⁰¹⁰ J.-P. Chauchard, « *De la définition du risque social* », TPS juin 2000, p. 4 ; du même auteur, *Droit de la sécurité sociale*, LGDJ, 3^{ème} éd. 2001, p. 3 et s. ; J.-J. DUPEYROUX et al., *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 14^{ème} éd. 2001, n° 251 et 267.

¹⁰¹¹ F. Héas, *Le reclassement du salarié en droit du travail*, LGDJ, 2000, p. 45 et s., 66 et s., 145 et s.

¹⁰¹² P.-Y. Verkindt, S. Bourgeot, M. Blatman, *L'état de santé du salarié. De la préservation de la santé à la protection de l'emploi*, Editions Liaisons, coll. Droit vivant, 3^{ème} édition, février 2014.

¹⁰¹³ S. Brissy, *Collecte et traitement des informations nécessaires, Droit et secret dans les SSTI*, Actes Journées Santé Travail du CISME – Tome V – 2015.

¹⁰¹⁴ C. trav., art. L. 1132-1.

¹⁰¹⁵ C. trav., art. L. 1133-3.

¹⁰¹⁶ Rapport Gosselin, 2007, p. 61.

protéger les salariés des décisions de l'employeur fondées sur leur état de santé est un impératif d'ordre public¹⁰¹⁷. Par souci de protection et pour lutter contre toute ingérence excessive dans ce domaine, le Code du travail a érigé, notamment pour la santé, un principe de non-discrimination qui prévoit qu' « aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement ou de l'accès à un stage ou à une période de formation en entreprise, aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, (...) notamment en raison de son état de santé, de sa perte d'autonomie ou de son handicap (...). »¹⁰¹⁸ Néanmoins, « l'influence potentielle de la santé du salarié »¹⁰¹⁹, bonne ou mauvaise, sur le travail, est une évidence et oblige malgré tout l'employeur à en tenir compte. Cependant, il ne peut écarter de l'entreprise¹⁰²⁰, autrement que par la procédure de l'inaptitude qui est menée par le médecin du travail, un salarié dont les facultés et aptitudes seraient altérées par son état de santé, engendrant une incompatibilité entre ce dernier et le poste de travail considéré. Par conséquent, le médecin du travail peut vite se retrouver dans une situation inconfortable, voire dilemmatique, devant ménager des intérêts divergents. Dans ce contexte, il est naturellement difficile de confier les clés du dossier médical au médecin du travail. Cette situation de blocage est cristallisée par le « conflit entre un employeur en quête d'informations sur la santé du salarié en vue d'organiser le travail et un salarié ne souhaitant pas dévoiler une trop grande part de sa vie personnelle¹⁰²¹ risquant de mettre le sort de son emploi en jeu »¹⁰²². Quelle que soit l'origine de l'inaptitude, la loi du 8 août 2016 envisage une possibilité de licenciement sans recherche de reclassement : « la mention expresse dans l'avis du médecin du travail 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

¹⁰¹⁷ C. trav., art. L. 1132-1 et L. 1133-3 ; préambule de la Constitution de 1946 (11^e alinéa) ; directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 (« obligé d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects liés au travail ») ; C. trav., art. L. 4121-1 ; H. Seillan, Sécurité du travail et ordre public, *Dr. soc.* 1989. 369.

¹⁰¹⁸ C. trav., art. L. 1132-1.

¹⁰¹⁹ S. Brissy, Collecte et traitement des informations nécessaires, Droit et secret dans les SSTI, Actes Journées Santé Travail du CISME – Tome V – 2015.

¹⁰²⁰ Depuis le 24 septembre 2017, l'obligation de reclassement est limitée au territoire national (C. trav., art. L. 1226-2 et L. 1226-10 mod.). La recherche de reclassement s'effectue dans les entreprises du groupe « dont l'organisation, les activités ou le lieu d'exploitation assurent la permutation de tout ou partie du personnel ». Le critère de la permutableté du personnel fixant le périmètre de la recherche de reclassement est repris de la jurisprudence : Cass. soc., 25 mars 2009, n° 07-41.708 : *JCP S* 2009. 1295, *obs. Barèges.* ; Cass. soc., 15 févr. 2011, n° 09-67.354. Or, désormais, il ne s'applique plus pour définir la notion de groupe mais pour restreindre la recherche de reclassement au sein du groupe aux seuls postes permutableté.

¹⁰²¹ C. civ., art. 9 (respect de la vie privée).

¹⁰²² S. Brissy, Collecte et traitement des informations nécessaires, Droit et secret dans les SSTI, Actes Journées Santé Travail du CISME – Tome V – 2015.

l'emploi » peut à présent fonder la rupture du contrat de travail de l'inapte¹⁰²³. Cette dernière possibilité avait déjà été envisagée dans le cadre d'une inaptitude d'origine professionnelle, par la loi Rebsamen d'août 2015. La loi du 8 août 2016 l'étend au cas d'une inaptitude d'origine non professionnelle. Il en résulte que, si le médecin du travail considère préjudiciable le maintien en entreprise ou que la détérioration de l'état de santé du salarié exclut toute réaffectation, les obligations de l'employeur sont réduites, notamment au niveau de la recherche de reclassement. De ce point de vue, des éléments médicaux explicites peuvent fonder la rupture du contrat de travail. C'est un changement de logique complet par rapport à la jurisprudence antérieure, qui imposait l'obligation de reclassement à l'employeur, même si le médecin du travail avait exclu tout maintien dans l'emploi, voire avait précisé, dans son avis, la dangerosité d'un reclassement¹⁰²⁴. Or, si la recherche d'un autre emploi doit, bien évidemment, tenir compte de l'aspect médical, il convient également de considérer la dimension professionnelle de la démarche au regard du champ d'activité, de l'organisation de l'entreprise et des qualités du travailleur (compétences, ancienneté, niveau de formation, potentiel d'adaptation...). L'extension des possibilités de l'employeur de licencier le salarié inapte fait craindre une limitation du maintien dans l'emploi, cette diminution des protections accordées aux salariés se conjuguant avec une limitation des obligations de l'employeur. Au final, la loi du 8 août 2016 apporte des clarifications en matière d'inaptitude : rapprochement des procédures de constatation de l'inaptitude, indépendamment de l'origine professionnelle ou non¹⁰²⁵, ou extension des voies de licenciement du salarié inapte, par exemple. Pour autant, s'agit-il d'une simplification du droit de l'inaptitude au travail et, en corollaire, de renforcement de la prévention ? Certains ont vu une forme de pragmatisme¹⁰²⁶ du législateur rendant cette obligation essentielle et justifiée du reclassement plus effective et ainsi « permettre un reclassement toutes les fois qu'il est possible plutôt qu'imposer systématiquement un reclassement parfois impossible »¹⁰²⁷. D'autres y ont vu un recul des

¹⁰²³ C. trav., art. L. 1226-2 et L. 1226-12. Pour les salariés en contrat de travail à durée déterminée : art. L. 1226-20, C. trav.

¹⁰²⁴ Cass. soc. 10 mars 2004, *Bull. civ.*, V, n° 84 ; Cass. soc. 7 juillet 2004, 3 arrêts, *Bull. civ.* V, n° 196, 197 et 198, *Dr. ouvr.* 2004, p. 541 et obs. F. Héas ; Cass. soc. 16 septembre 2009, *Bull. civ.* V, n° 185.

¹⁰²⁵ F. Héas, Le reclassement du salarié en droit du travail, LGDJ, 2000. 111 s. ; G. Pignarre et P.-Y. Verkindt, Réformer le droit de l'inaptitude ?, *RDT* 2011. 413 ; S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

¹⁰²⁶ L. Fin-Langer, Reclassement : à l'impossible, nul n'est tenu, *JCP S*, n° 51, pp. 26-29.

¹⁰²⁷ J.-Y. Frouin, Propos introductifs sur l'obligation de reclassement, Dossier « Le reclassement du salarié : entre continuité et ruptures », *Cah. soc.*, n° 305, p. 161.

droits du salarié et de la protection de son emploi¹⁰²⁸. Le régime de l'inaptitude est, à cet égard, symptomatique du positionnement et du rôle du médecin du travail.

146. Un dispositif exigeant. « Les notions d'inaptitude et de reclassement fonctionnent en couple pour maintenir le salarié dans l'emploi »¹⁰²⁹. « Le reclassement est l'archétype de la mesure alternative permettant d'éviter le licenciement »¹⁰³⁰. Il existe un dispositif étendu associant de près le médecin du travail avant d'arriver à l'exclusion de l'emploi par la rupture du contrat de travail par licenciement pour inaptitude révélant finalement l'échec de la prévention. Les dispositions suivantes participent de ce devoir de vigilance inhérent au respect de l'obligation de sécurité de l'employeur et de la mission de prévention du médecin du travail : l'orientation vers le médecin du travail sans délai¹⁰³¹ ; l'organisation du suivi prenant en compte les conditions de travail, l'état de santé, l'âge du travailleur, et les risques professionnels auxquels il est exposé¹⁰³² ; la libre sollicitation du salarié anticipant un risque d'inaptitude¹⁰³³ ; le suivi individuel renforcé et l'examen médical d'aptitude¹⁰³⁴ ; les propositions écrites du médecin du travail de mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation du temps de travail après échange avec le salarié et l'employeur¹⁰³⁵ ; l'étude de poste et la déclaration d'inaptitude en cas de constatation d'un état de santé justifiant un changement de poste suite à la constatation de l'impossibilité de mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste¹⁰³⁶ ; les conclusions écrites du médecin du travail assorties d'indications relatives au reclassement du travail éclairant l'avis d'inaptitude¹⁰³⁷ ; les échanges avec le salarié sur l'avis et les indications ou les propositions qu'il pourrait adresser à l'employeur¹⁰³⁸ ; l'obligation¹⁰³⁹ de l'employeur de tenir compte de l'avis et des indications

¹⁰²⁸ S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921 ; V. Mikalef-Toudic, P. Riandey, La rupture du contrat de travail liée à la santé et à la sécurité du salarié, *Dr. ouvr.*, n° 829, pp. 487-499.

¹⁰²⁹ D. Joseph, Quelques réflexions pratiques sur l'inaptitude des travailleurs déclarés inaptes, *Dr. ouvr.*, mars 2010, n° 740, p. 132.

¹⁰³⁰ G. Couturier, Vers un droit du reclassement ?, *Dr. soc.* 1999. 497.

¹⁰³¹ C. trav., art. L. 4624-1 al. 1 et 3.

¹⁰³² C. trav., art. L. 4624-1 al. 2 et 3.

¹⁰³³ C. trav., art. L. 4624-1 al. 6.

¹⁰³⁴ C. trav., art. L. 4624-2.

¹⁰³⁵ C. trav., art. L. 4624-3.

¹⁰³⁶ C. trav., art. L. 4624-4.

¹⁰³⁷ C. trav., art. L. 4624-4.

¹⁰³⁸ C. trav., art. L. 4624-5.

¹⁰³⁹ Seules les recherches de reclassement compatibles avec les conclusions du médecin du travail émises au cours de la visite de reprise peuvent être prises en considération pour apprécier le respect par l'employeur de son obligation de reclassement : Soc. 26 nov. 2008, no 07-44.061 P: *RJS* 2009. 143, no 164; *JCP S* 2009. 1065, obs. Verkindt ; Soc. 6 janv. 2010, n° 08-44.177: D. 2010. AJ 212 ; *ibid.* Pan. 2029, obs. Lardy-Pélissier ; *JCP S* 2010. 1128, obs. Verkindt ; CE 7 avr. 2011, n° 334211 P: *RJS* 2011. 570, n° 630 ; *Dr. soc.* 2011. 798, concl. Dumortier ; *Dr. ouvrier* 2011. 755.

ou propositions du médecin du travail¹⁰⁴⁰ et, en cas de refus, d'en faire connaître par écrit au travailleur et au médecin du travail les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite¹⁰⁴¹ ; la possibilité pour l'employeur et le salarié de saisir le Conseil de prud'hommes en contestation de l'avis médical ; la constitution d'un dossier médical en santé au travail retraçant 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 travail¹⁰⁴² ; la procédure écrite prévoyant les propositions et préconisations du médecin du travail suite à la constatation de la présence d'un risque et la réponse de l'employeur¹⁰⁴³. En outre, lorsque le salarié est déclaré inapte par le médecin du travail à reprendre l'emploi qu'il occupait précédemment, l'employeur lui propose un autre emploi approprié à ses capacités¹⁰⁴⁴ en prenant en compte les conclusions écrites du médecin après avis du comité social et économique lorsqu'il existe¹⁰⁴⁵. Le médecin du travail formule également des indications sur la capacité du salarié à bénéficier d'une formation le préparant à occuper un poste adapté¹⁰⁴⁶. Par ailleurs, la jurisprudence¹⁰⁴⁷ est exigeante en matière de reclassement. On ne compte plus en effet les décisions nourrissant un contentieux abondant dans lesquelles les employeurs sont condamnés pour avoir manqué à leurs obligations en la matière. Les juges sont particulièrement attentifs au reclassement et aux tentatives de reclassement par les employeurs car ce mécanisme constitue la possibilité pour le salarié, malgré son inaptitude à un poste donné, de se voir proposer un autre poste de travail conforme à ses nouvelles capacités et donc de les maintenir dans l'emploi. Plusieurs arrêts de la Cour de cassation donnent un éclairage sur la procédure de licenciement pour inaptitude, notamment sur l'importance des échanges avec le médecin du travail pour justifier l'impossibilité de reclassement¹⁰⁴⁸. « Au terme de la procédure de reclassement et constatant l'échec de celle-ci, l'employeur devra, quelle que soit l'origine de l'inaptitude médicale, informer le salarié des motifs qui s'opposent à son reclassement, étant rappelé que ce manquement ne suffit pas, à lui seul, à caractériser l'absence de légitimité du

¹⁰⁴⁰ Cass. soc. 28 oct. 1998, n° 96-44.395 P: *RJS 1998*, 898, n° 1473.

¹⁰⁴¹ C. trav., art. L. 4624-6; Cass. Soc., 15 déc. 2015, n° 14-11.858 P: *D. actualité*, 16 janv. 2016, obs. *Fraisse*; *RJS 2/2016*, n° 103; *JS Lamy 2016*, n° 404-3, obs. *Lhernould*.

¹⁰⁴² C. trav., art. L. 4624-8.

¹⁰⁴³ C. trav., art. L. 4624-9.

¹⁰⁴⁴ Les reclassements ne sont pas obligatoirement proposés par écrit (Cass. soc., 31 mars 2016, n° 14-28.314), et de nouvelles propositions peuvent être formulées lors de l'entretien préalable (Cass. soc., 22 sept. 2016, n° 15-15.966), mais la charge de la preuve incombe à l'employeur.

¹⁰⁴⁵ C. trav., art. L. 1226-2 et L. 1226-10.

¹⁰⁴⁶ C. trav., art. L. 1226-2 et L. 1226-10.

¹⁰⁴⁷ V. par exemple : Cass. soc., 19 novembre 2015, n° 14-12.701; Cass. soc., 20 octobre 2015, n° 14-18.595 ; Cass. soc., 24 juin 2015, n° 14-10.163 et n° 13-27.875.

¹⁰⁴⁸ Cass. Soc., 11 janv. 2017, n° 15-15.054, n° 15-22.485, n° 15-19.959, n° 15-10.594 ; Cass. Soc., 7 déc. 2016, n° 14-27.232.

licenciement¹⁰⁴⁹. Encore une fois, cette obligation formelle laisse hésitant sur son application alors que le médecin du travail aura déclaré, lors de son avis d'inaptitude, que l'état de santé du salarié faisait obstacle à tout reclassement dans un emploi. Dès lors que le motif qui s'oppose au reclassement est la dispense accordée par le médecin et non l'incapacité pour l'entreprise d'offrir un emploi correspondant aux préconisations du médecin, on voit mal l'intérêt de cette formalisation alors que le salarié en est déjà informé par la mention portée sur l'avis du médecin. »¹⁰⁵⁰

147. Une application empreinte de pragmatisme. Cela passe par la simplification et, dans certains cas, par la dispense de reclassement. La Loi Travail simplifie les démarches du rôle de l'employeur lorsque le médecin du travail conclut à une inaptitude à tout poste dans l'entreprise, exonérant ainsi l'employeur de son obligation de reclassement en pareille hypothèse¹⁰⁵¹. L'article L. 1226-12 prévoit que l'employeur « peut également rompre le contrat de travail si l'avis du médecin du travail mentionne expressément que tout maintien du salarié dans l'entreprise serait gravement préjudiciable à sa santé. »¹⁰⁵² La Loi Travail prévoit ainsi la possibilité pour le médecin du travail de délier l'employeur de son obligation de reclassement en cas d'inaptitude à tout poste dans l'entreprise à la condition que l'avis d'inaptitude mentionne expressément 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. Les commentateurs ont pu constater qu'il n'est plus fait référence à la seule impossibilité de maintien « dans l'entreprise », ce qui pourrait inciter à soutenir que cette dispense exonérerait de toute recherche, même à l'intérieur d'un groupe¹⁰⁵³. Mais comment un médecin du travail, à l'exception d'un état de santé qui empêche le salarié d'exercer un emploi quel qu'il soit dans n'importe quelle entreprise, pourrait considérer qu'aucun reclassement n'est possible dans l'ensemble des entités d'un groupe qu'il ne connaît pas ? Selon les articles L. 1226-2 et L. 1226-10 du Code du travail, « l'employeur lui propose un autre emploi approprié à ses capacités, 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

¹⁰⁴⁹ Cass. Soc., 28 mai 2014, n° 13-11.868.

¹⁰⁵⁰ S. Leplaideur, « La réforme de l'inaptitude et ses enjeux », *SSL*, n° 1765, 18 avril 2017.

¹⁰⁵¹ C. trav., art. L. 1226-2 al. 3 et L. 1226-10, al. 3 modifiés.

¹⁰⁵² Le texte de loi du 8 août 2016 continue à mentionner le mot « emploi », cette notion ayant été considérée par le législateur comme moins restrictive et donc plus favorable au reclassement que le mot « poste ».

¹⁰⁵³ Alors que le projet de décret avait réinséré les termes « d'obstacle à tout reclassement dans l'entreprise », le nouvel article R. 4624-42 du Code du travail, issu du décret du 27 décembre 2016 (no 2016-1908), reprend les termes de la loi : « Le médecin du travail peut mentionner dans cet 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 ».

activités ou le lieu d'exploitation assurent la permutation de tout ou partie du personnel. » La prudence invite l'employeur, dont la bonne foi sera ainsi scrutée, soit lors des échanges avec le médecin avant l'avis d'inaptitude¹⁰⁵⁴, soit postérieurement audit avis, à communiquer les informations nécessaires sur d'éventuels reclassements dans d'autres sociétés du groupe pour que le médecin du travail se prononce en toute connaissance de cause, les réponses apportées par ce dernier concourant alors à la justification par l'employeur de l'impossibilité de reclassement¹⁰⁵⁵. Jusqu'au 31 décembre 2016¹⁰⁵⁶, le constat de l'inaptitude médicale du salarié à son poste de travail était rigoureusement encadré par une procédure prévoyant le principe¹⁰⁵⁷ de deux visites médicales espacées de quinze jours¹⁰⁵⁸. Désormais, le médecin du travail déclare le travailleur inapte à son poste de travail, par principe¹⁰⁵⁹, en une seule visite médicale, accompagné, le cas échéant, d'examens complémentaires, s'il constate qu'aucune mesure [individuelle] d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail occupé n'est possible et qu'il est nécessaire de proposer le changement de poste, eu égard à l'état de santé de l'intéressé¹⁰⁶⁰. Le médecin du travail, dont le rôle est renforcé en matière de reclassement, est tenu, dorénavant, de formuler la ou les capacités du salarié¹⁰⁶¹ à bénéficier d'une formation le préparant à occuper un poste adapté, quels que soient l'origine professionnelle ou non de l'inaptitude et l'effectif de l'entreprise¹⁰⁶². Les règles relatives au reclassement sont harmonisées par la loi du 8 août 2016, quelle que soit l'origine de l'inaptitude, professionnelle ou non¹⁰⁶³. Ainsi, l'employeur a l'obligation de consulter, pour avis, les délégués du personnel sur les propositions de reclassement, avant de les proposer aux salariés¹⁰⁶⁴. L'objectif du législateur est-il de faire du délégué du personnel une « personne de

¹⁰⁵⁴ C. trav., art. R. 4624-42.

¹⁰⁵⁵ Cass. soc., 5 oct. 2016, n° 15-18.205.

¹⁰⁵⁶ Loi du 8 août 2016 ; C. trav., art. L. 4624-4 et R. 4624-42 et s. ; C. Czuba, P. Frimat, « Vers un nouveau suivi individuel en santé au travail plus adapté et plus ciblé », *Dr. ouvr.*, février 2017, n° 823, pp. 97-102 ; F. Héas, « La réforme du régime de l'inaptitude suite à la loi du 8 août 2016 », *Dr. ouvr.*, février 2017, n° 823, pp. 103-107.

¹⁰⁵⁷ Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012.

¹⁰⁵⁸ C. trav., art. R. 4624-31 abrogé.

¹⁰⁵⁹ Décret du 27 décembre 2016.

¹⁰⁶⁰ C. trav., art. L. 4624-4.

¹⁰⁶¹ Cass. soc., 30 nov. 2016, n° 15-10.006 ; Cass. soc., 23 nov. 2016, n° 15-20.915 et n° 15-18.887 ; Cass. soc., 23 nov. 2016, n° 15-24.381 ; Cass. soc., 23 nov. 2016, n° 15-21.711 et n° 15-21.791.

¹⁰⁶² C. trav., art. L. 1226-2 al. 2 et L. 1226-10, al. 2 modifiés.

¹⁰⁶³ La coexistence des deux régimes d'inaptitude selon que l'accident ou la maladie avaient une origine professionnelle ou non datait de la loi n° 81-3 du 7 janvier 1981 relative aux salariés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

¹⁰⁶⁴ C. trav., art. L. 1226-2 al. 2 modifié.

confiance »¹⁰⁶⁵ ? Cela pose un certain nombre de questions au premier rang desquelles la liberté de choix inhérente à la désignation d'une personne ayant un rôle d'une telle importance et d'une telle proximité. De même, avant d'engager la procédure de licenciement¹⁰⁶⁶, l'employeur est tenu de justifier, auprès du salarié inapte, et par écrit, les motifs qui s'opposent au reclassement de ce dernier¹⁰⁶⁷. Ainsi, dès lors que l'employeur a proposé un emploi répondant aux conditions légales, il est réputé avoir satisfait à son obligation de reclassement¹⁰⁶⁸.

148. Accentuation du rôle du médecin du travail. Le rôle du médecin du travail s'est accru avec la loi d'août 2016 offrant ainsi une latitude plus importante pour préserver la santé des travailleurs et leur emploi dans le cadre de la procédure d'inaptitude, y compris pour dispenser l'employeur de recherche de reclassement. L'avis médical est précieux en la matière. C'est en effet le médecin du travail qui est compétent pour faire des préconisations techniques d'aménagement du poste de travail¹⁰⁶⁹ en s'appuyant, le cas échéant, sur l'équipe pluridisciplinaire. Ainsi, il dispose de l'expertise nécessaire pour être force de proposition à l'employeur. A charge ensuite pour ce dernier d'exécuter les préconisations du médecin ou, au contraire, de faire connaître par écrit au travailleur et au médecin du travail les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite¹⁰⁷⁰. L'avis médical lie l'employeur qui devra non seulement en tenir compte mais, en cas d'impossibilité avancée, devra s'en expliquer. La loi du 8 août 2016 a ainsi largement réformé le droit de l'inaptitude au travail¹⁰⁷¹, un des piliers de la mission des services de santé au travail.

¹⁰⁶⁵ A. Charbonneau, L. Lerouge, Une « personne de confiance » pour favoriser le dialogue sur le travail et la santé-sécurité, *Dr. soc.* 2016, p. 534 ; V. par comparaison, L. belge du 4 août 1996, relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, art. 32 ; L. Lerouge, G. Grafteaux, Santé au travail, risques psychosociaux et petites entreprises en droit du travail, *RDT* 2015. 705.

¹⁰⁶⁶ Dans tous les cas, s'il prononce le licenciement, l'employeur devra respecter la procédure applicable au licenciement pour motif personnel (à savoir : une convocation à un entretien préalable ; un entretien préalable et la notification au salarié de son licenciement).

¹⁰⁶⁷ C. trav., art. L. 1226-2-1, al. 1 nouveau.

¹⁰⁶⁸ C. trav., art. L. 1226-2, al. 3 nouveau [pour les inaptitudes d'origine non professionnelle] et L. 1226-12, al. 3 modifié [pour les inaptitudes d'origine professionnelle].

¹⁰⁶⁹ C. trav., art. L. 4624-3.

¹⁰⁷⁰ C. trav., art. L. 4624-6.

¹⁰⁷¹ S. Brissy, Chronique, Travail et risques professionnels, *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance maladie*, 2016, n° 14.

2. L'exclusion de l'emploi¹⁰⁷²

1. **Une réalité difficile.** « Bien souvent, protéger la santé du salarié revient à le fragiliser dans son emploi »¹⁰⁷³. En effet, parfois considérées comme l' « antichambre »¹⁰⁷⁴ du licenciement, « 95 % des déclarations d'inaptitude se soldent par un licenciement »¹⁰⁷⁵, « le reclassement des salariés s'avérant impossible car envisagé trop tardivement, sans l'implication du salarié et de l'employeur dans ce processus »¹⁰⁷⁶. De plus, près de 80 % des salariés licenciés pour inaptitude souffrent de TMS et de RPS, « c'est-à-dire de pathologies dont il est reconnu qu'elles ont un très fort lien avec l'organisation du travail »¹⁰⁷⁷. Or, si, depuis 1979, le médecin du travail doit consacrer un tiers de son temps à l'action en milieu de travail, c'est-à-dire notamment la visite des lieux de travail, l'étude des postes de travail, l'identification et l'analyse des risques professionnels, l'élaboration et la mise à jour de la fiche d'entreprise, la participation aux réunions du comité social et économique¹⁰⁷⁸, il n'y est toutefois jamais complètement parvenu, compte tenu de l'absorption du temps médical par les visites médicales et de la démographie médicale. De ce constat, il ressort une sortie de l'emploi consécutive à l'inaptitude, qui invite à orienter davantage l'action du médecin du travail vers la prévention primaire conformément au Plan santé au travail 3 (2016-2020)¹⁰⁷⁹. À défaut de reclassement, l'employeur est autorisé à procéder au licenciement pour motif personnel¹⁰⁸⁰. Trois situations sont prévues¹⁰⁸¹. La première vise « l'impossibilité pour l'employeur de proposer un autre emploi au salarié », l'employeur devant faire connaître par écrit au salarié les motifs qui s'opposent à son reclassement. La deuxième concerne « le refus par le salarié de l'emploi proposé ». La troisième et dernière porte sur « la mention expresse dans l'avis du médecin du travail 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 » pour contrecarrer la jurisprudence antérieure refusant cette

¹⁰⁷² J.-Y. Frouin, « La rupture pour inaptitude », *Dr. soc.*, n° 1, janvier 2012, p. 22.

¹⁰⁷³ V. Hélandot, Les salariés face à la dialectique santé-travail précarisé, *Mouvements*, 58, 2009, pp. 21-28.

¹⁰⁷⁴ F. Dumayrou, Le reflux de la protection de l'emploi du salarié malade, note 135, *RDT* 2016. 678.

¹⁰⁷⁵ Étude d'impact, 24 mars 2016, p. 338.

¹⁰⁷⁶ Étude d'impact, 24 mars 2016, p. 348.

¹⁰⁷⁷ M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail », mai 2015, p. 66.

¹⁰⁷⁸ C. trav., art. R. 4624-1.

¹⁰⁷⁹ L. de Montvalon, De l'obligation de sécurité à l'obligation de prévention des risques, *Les Cah. Lamy du CE*, n° 155, 1^{er} janvier 2016.

¹⁰⁸⁰ C. trav., art. L. 1226-2-1 et L. 1226-12.

¹⁰⁸¹ C. trav., art. L. 1226-2-1 et L. 1226-12

possibilité¹⁰⁸². Sont notamment visées des situations de RPS. L'appréciation du médecin du travail peut porter, au-delà du poste du salarié, sur tout emploi. Ces deux cas de dispense de recherche de reclassement s'appliquent aussi bien au reclassement dans l'entreprise que dans le groupe¹⁰⁸³ et ne sont pas limités aux inaptitudes professionnelles mais s'étendent également aux inaptitudes d'origine non professionnelle¹⁰⁸⁴. Le droit au reclassement peine à trouver une pleine et entière application satisfaisante. En effet, cette protection est relative et l'insécurité juridique importante. Favoriser la reconnaissance de l'inaptitude participe clairement de l'impératif de protection de la santé. Parallèlement, pour éviter les effets collatéraux en termes de perte d'emploi, il faut mettre en place les conditions exigeantes d'un maintien dans l'emploi par un reclassement adapté. Ainsi, le succès du dispositif ne peut reposer que sur le triptyque : exigence du dispositif, pragmatisme dans son application, compétence¹⁰⁸⁵ du médecin du travail.

2. Assouplissement¹⁰⁸⁶ de l'exigence du reclassement du salarié par l'employeur.

« Jusqu'à présent, ce droit de l'inaptitude au travail se fondait sur un objectif de maintien dans l'emploi¹⁰⁸⁷ et, en corollaire, de protection¹⁰⁸⁸ du salarié dont l'état de santé s'était détérioré. »¹⁰⁸⁹ « La recherche de la réaffectation dépendait donc cumulativement d'éléments médicaux et d'éléments liés à l'entreprise, l'employeur ne pouvant se fonder sur l'avis médical pour ne pas rechercher à reclasser. »¹⁰⁹⁰ La loi nouvelle offre la possibilité, peut-on craindre, d'une rupture du contrat de travail¹⁰⁹¹ pour un motif exclusivement médical¹⁰⁹². Le nouvel article L. 4624-4 contrarie la jurisprudence de la Cour de cassation en donnant satisfaction aux employeurs en revenant sur le dispositif exigeant de l'obligation de rechercher un

¹⁰⁸² Cass. soc., 5 oct. 2016, n° 15-18.205.

¹⁰⁸³ La loi Rebsamen visait « *le maintien du salarié dans l'entreprise* » et non « *dans l'emploi* », ce qui ne permettait pas à l'employeur de s'exonérer de l'obligation de rechercher un poste de reclassement dans le groupe, la dispense se limitant à l'entreprise.

¹⁰⁸⁴ C. Ferté, La santé au travail après le 1^{er} janvier 2017, *JCP S* n° 1, 10 janvier 2017, 1001.

¹⁰⁸⁵ V. Partie 1, Titre 1, Chapitre 2, Section 2, §1, A., 1. La protection du salarié.

¹⁰⁸⁶ S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

¹⁰⁸⁷ S. Fantoni, Le maintien en emploi au coeur des missions des services de santé au travail, *RDT* 2016. 472.

¹⁰⁸⁸ En réaction au rapport Virville de janvier 2004, Pour un code du travail plus efficace, La Documentation française, 117 p. : A. Lyon-Caen, H. Masse-Dessen, « La sécurité a changé de camp », *Le Monde*, 13 février 2004 ; P. Rennes, « Sécurité pour les uns, risques pour les autres », *Dr. ouvr.*, avril 2004, p. 164.

¹⁰⁸⁹ S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

¹⁰⁹⁰ S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

¹⁰⁹¹ C. trav., art. L. 1226-2 et L. 1226-10 ; C. trav., art. L. 1226-2-1 et L. 1226-12 ; L'avis du médecin du travail déclarant un salarié inapte à tout travail s'entend nécessairement d'une inaptitude à tout emploi dans l'entreprise ; Cass. soc. 7 juill. 2004, n° 02-47.458 : *Dr. soc.* 2004. 1039, obs. Gauriau ; *ibid.* 2005. 31, note Savatier ; *RJS* 2004. 709, n° 1028 ; 9 juill. 2008, n° 07-41. 318 : D. 2008. AJ 2229 ; *Dr. soc.* 2008. 1138, obs. Savatier ; *JCP S* 2008. 1507, obs. Verkindt.

¹⁰⁹² L'hypothèse devra être réservée aux cas extrêmes d'inaptitude, ceux pour lesquels l'état de santé particulièrement détérioré du salarié exclut toute capacité restante et rend illusoire tout reclassement.

reclassement même en présence d'une inaptitude à tout poste dans l'entreprise¹⁰⁹³. La loi distingue désormais une déclaration d'inaptitude avec possibilité de reclassement et celle qui dispense l'employeur de proposer le reclassement. Pour la première, le rôle du médecin du travail demeure secondaire dans les faits car la constatation d'une absence de possibilité d'aménagement ne peut être faite que par celui qui détient tous les leviers de décisions et qui va arbitrer notamment entre l'objectif de production et de rentabilité et celui du maintien dans l'emploi. Le médecin du travail n'étant pas décisionnaire en la matière – il ne fait que proposer¹⁰⁹⁴ –, l'employeur conservera le dernier mot, au prix d'une argumentation « toujours subjective et relative ». Le médecin du travail devra composer avec des injonctions paradoxales liées aux exigences en matière de préservation de la santé du travailleur d'une part et de maintien dans l'emploi d'autre part qui peuvent être le ferment de stratégies médico-administratives de nature à subvertir l'inaptitude¹⁰⁹⁵. Ainsi, l'avis d'inaptitude¹⁰⁹⁶ sera empreint à la fois de considérations médicales et organisationnelles bien que nécessairement limité par l'absence de caractère réellement contraignant de ses indications relatives au reclassement. En matière d'inaptitude sans possibilité de reclassement, « si l'avis du médecin du travail mentionne expressément 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 »¹⁰⁹⁷, alors l'employeur peut légitimement rompre le contrat. Considérant que le salarié n'avait plus « les capacités à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise »¹⁰⁹⁸, soit du fait de son état de santé au regard des postes disponibles, soit du fait de l'environnement hostile en cas de risques psychosociaux, le médecin du travail octroiera une dispense de reclassement du salarié à l'employeur. Par conséquent, « l'impossibilité de reclassement dûment établie pour des raisons médicales par le praticien exonère l'employeur de son obligation de reclassement. »¹⁰⁹⁹ Toutefois, la Cour de cassation a considéré très récemment que ne constitue pas l'énoncé d'un motif précis de licenciement l'inaptitude physique du salarié, sans mention de l'impossibilité de reclassement¹¹⁰⁰. Par

¹⁰⁹³ J.-Y. Frouin, Inaptitude et perte d'emploi, *Dr. ouvrier* 2006. 105 - P.-Y. Verkindt, Le licenciement pour inaptitude médicale, *Dr. soc.* 2008. 941.

¹⁰⁹⁴ C. trav., art. L. 1226-2 et L. 1226-10.

¹⁰⁹⁵ V. P. Bouaziz, M. Grenier-Pezé, M. Imbeaux, C. Roche, N. Sandret, M.-C. Soula, « "Subvertir" le concept d'inaptitude : le médecin du travail face au harcèlement professionnel », *Les Cahiers Santé et Médecine du travail* n° 17, 2002, p. 1 ; M.-C. Soula, « La médecine du travail, acteur de prévention », *Dr. ouvr.* 2003. 99.

¹⁰⁹⁶ E. Jeansen, L'avis d'inaptitude, *JCP S*, n° 38, 27 septembre 2016, 1318.

¹⁰⁹⁷ C. trav., art. L. 1226-2-1.

¹⁰⁹⁸ C. trav., art. L. 1226-2 et L. 1226-10.

¹⁰⁹⁹ S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

¹¹⁰⁰ Cass. soc., 21 mars 2018, n° 16-29.073.

ailleurs, la mention expresse dans l'avis du médecin du travail 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 » peut à présent fonder la rupture du contrat de travail du salarié inapte¹¹⁰¹. Au-delà des critiques qui pourraient se baser sur des cas concrets pouvant être considérés comme des exemples de contournement de la règle du reclassement, force est d'admettre que le système précédent n'était pas satisfaisant et faisait porter sur l'employeur un risque de contentieux, au demeurant non illégitime car sur la base de la prise en compte d'une situation difficile d'exclusion du salarié, mais sur une règle créant de l'insécurité juridique, jugée comme une contrainte irréaliste par la critique patronale, le degré d'exigence des juges suprêmes en matière de reclassement étant particulièrement délicat à apprécier¹¹⁰².

149. Préservation de la santé ou de l'emploi. L'insécurité juridique inhérente à l'inaptitude dont la conséquence est une rupture du contrat de travail, probable malgré l'obligation de reclassement qui a vocation à être un garde-fou en permettant un changement de poste pour le maintien dans l'emploi, est encadrée par le Code du travail et fait l'objet d'un contrôle précautionneux par les juges¹¹⁰³. La préservation de la santé par l'exclusion de l'emploi est la seconde dimension structurante, bien que paradoxale, de l'inaptitude. Cette dernière, par une logique ambivalente, autorise la rupture du contrat pour le bien d'un contractant, le salarié. Parce que protéger le salarié, partie faible au contrat, dont le déséquilibre juridique et économique peut créer les conditions d'une subordination mal maîtrisée, de conditions de travail difficiles, au détriment de sa santé, le droit du travail, avant d'être un instrument juridique de protection des droits, est un instrument juridique de protection de la santé. Le médecin du travail se retrouve donc, en matière d'inaptitude, à arbitrer ce conflit parfois cornélien qui consiste à trancher entre protection directe de la santé en validant la mise à l'écart du salarié de son poste de travail et en favorisant la rupture du contrat de travail. *A contrario*, on peut aussi considérer que le maintien du contrat de travail est susceptible de participer de la protection, indirecte, de la santé en sécurisant

¹¹⁰¹ C. trav., art. L. 1226-2 et L. 1226-12 - Pour les salariés en contrat de travail à durée déterminée : C. trav., art. L. 1226-20. S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

¹¹⁰² V. Soc. 25 mars 2015, n° 13-12.013.

¹¹⁰³ Cass. soc., 27 sept. 2017, n° 15-28.05 ; Cass. soc., 23 mai 2017, n° 16-10.580, n° 16-10.156 ; Cass. soc. 23 nov. 2016, n° 14-26.398 ; M. Babin, Reclassement du salarié inapte : l'employeur peut tenir compte de la position du salarié, *JCP S*, 2017, n°1, pp. 23-27.

juridiquement, économiquement, socialement le salarié et donc, par ricochet, en assurant une protection de sa santé « sociale »¹¹⁰⁴, mentale.

B. La double nature de la décision d'inaptitude : médicale et juridique

150. Dualité de la décision. Le rôle du médecin du travail est central dans la procédure d'inaptitude, ce qui peut paraître légitime à bien des égards du point de vue de son expertise mais aussi paradoxal dans la mesure où, d'une part, il n'est que conseiller, qui plus est du salarié et de l'employeur, et que, d'autre part, c'est ce dernier qui assume l'ensemble de la responsabilité en la matière. Il s'agit d'abord d'une décision d'origine médicale (1) mais qui a des conséquences juridiques. En effet, lorsqu'un avis fait l'objet d'une contestation, le salarié ou l'employeur peut saisir le Conseil de prud'hommes en la forme des référés. La décision du juge se substituera aux avis, propositions, conclusions écrites ou indications contestées¹¹⁰⁵. Ainsi, au-delà d'être une décision d'origine médicale, la décision d'inaptitude est aussi une décision emportant des effets juridiques (2).

1. Une décision d'origine médicale

151. Un avis de nature médicale. L'inaptitude émane d'une constatation du médecin du travail¹¹⁰⁶. C'est le médecin du travail qui confère à l'avis d'inaptitude son caractère médical, auquel sont attachées toutes les règles relatives au secret médical. En effet, en sa qualité de professionnel de santé, il délivre cet avis pour préserver la santé du salarié du fait d'une incompatibilité constatée entre l'état de santé et le poste de travail. L'opposabilité de l'inaptitude à l'intéressé qui se voit ainsi imposer une interdiction de travailler du fait de son

¹¹⁰⁴ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013. 1024.

¹¹⁰⁵ C. trav., art. L. 4624-7, modifié par la loi n° 2018-2017 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.

¹¹⁰⁶ C. trav., art. L. 1243-4, L. 1133-3, L. 2412-2 à L. 2412-10, L. 2412-13 et 14, L. 1226-4, L. 2412-16, L. 1243-1.

état de santé et contre sa volonté est pourtant contraire à l'esprit de la loi Kouchner de 2002 et aux principes de déontologie médicale¹¹⁰⁷.

152. Importance du contenu. L'avis d'inaptitude, avant d'être un acte juridique¹¹⁰⁸, est une décision médicale qui vise à protéger le salarié en déclarant incompatible son état de santé avec son poste de travail. Le médecin du travail devra vérifier si le « maintien du salarié dans l'emploi serait gravement préjudiciable à sa santé », si « l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans l'emploi ». Les constatations et avis du médecin du travail, qui confient à ce dernier une place accrue, lient l'employeur dans la mesure où, s'il n'y donne pas suite, il doit en justifier par écrit¹¹⁰⁹. Une décision médicale n'a pas vocation à faire l'objet d'une divulgation à un tiers¹¹¹⁰ autrement que par la volonté expresse du patient¹¹¹¹. Le médecin du travail ne peut ainsi pas, lors des échanges avec l'employeur, remettre en cause le secret médical¹¹¹², ce qui peut se révéler complexe. « Le médecin du travail est à l'interface du droit du salarié au secret sur son état de santé et de l'obligation de sécurité de l'employeur »¹¹¹³. Par ailleurs, le médecin du travail doit éviter au maximum la qualification juridique et les prises de position¹¹¹⁴. Il doit s'en tenir à des constatations médicales. En effet, non seulement cela peut brouiller son diagnostic mais cela conduit à donner une traduction juridique de l'appréciation médicale pour laquelle il n'a pas compétence et qui peut être en décalage avec la réalité et avec l'état du droit positif. Par exemple, plutôt que de parler de harcèlement, il sera préférable d'invoquer une forme de maltraitance managériale ou autres plutôt que de s'aventurer à des qualifications qui peuvent se révéler hasardeuses dans la mesure où elles répondent à des conditions précises qui doivent être vérifiées et confrontées à la règle de droit avant de conclure éventuellement, par le syllogisme juridique, à sa caractérisation. C'est l'utilisation des écrits médicaux qui pervertit peu à peu ces avis dont on fait souvent un usage prud'homal, pénal ou civil assurantiel. Lorsque le médecin est sollicité

¹¹⁰⁷ CNOM, Les écrits du médecin du travail et la déontologie médicale, juin 2015 ; C. Frouin, La responsabilité déontologique du médecin du travail, *Cah. soc.* 2014, n° 268, p. 655.

¹¹⁰⁸ D'où la nécessité d'une formation juridique des médecins du travail (Voir partie 2, Titre 2, Chapitre 1, Section 2, §2, A., 2. La formation juridique des médecins du travail).

¹¹⁰⁹ C. trav., art. L. 4624-3 et L. 4624-6.

¹¹¹⁰ C. pén., art. 226-13 ; Décision Chambre disciplinaire nationale, 24 sept. 2014, n° 11888, confirmée par CE, 17 juin 2015, n° 385924 (le secret médical s'étend à toute information de caractère personnel confiée par un patient ou vue, entendue ou comprise par le praticien dans le cadre de son exercice).

¹¹¹¹ C. santé pub., art. L. 1110-4, IV.

¹¹¹² C. santé pub., art. L. 1110-4 et R. 4127-4 ; D. Houssin, Le secret médical dans les nouvelles pratiques et les nouveaux champs de la médecine, *D.* 2009. 2619.

¹¹¹³ M. Babin, Certificat médical et obligations déontologiques du médecin du travail, *JCP S* 2018. 1276, p. 3.

¹¹¹⁴ CE, 6 juin 2018, n° 405453 ; M. Babin, Certificat médical et obligations déontologiques du médecin du travail, *JCP S* 2018. 1276 ; CE 11 oct. 2017, n° 403576 ; *JCP S* 2018, 1038, note C. Frouin ; CE 10 févr. 2016, n° 384299.

par le patient pour faire mention de l'affection dont il souffre, il doit mettre en garde ce dernier de la destination de ces certificats versés dans des procédures pour faire un état d'un préjudice pour lequel il sera demandé réparation. Le médecin doit faire prendre conscience au patient que cette information pourra être utilisée tout au long de la procédure. Si c'est la volonté du patient de délivrer le certificat médical, le médecin devra soigner sa rédaction. Le Conseil de l'Ordre¹¹¹⁵ n'autorise pas à attester d'une relation causale entre les difficultés familiales ou professionnelles et l'état de santé présenté par le patient. Enfin, le médecin n'a pas non plus à rapporter les propos portant des accusations contre un tiers. Une action disciplinaire peut être engagée à l'encontre du médecin par l'employeur¹¹¹⁶.

2. Une décision à portée juridique

153. Une mission de conseil. Avec la Loi Travail, poursuivant par ailleurs un objectif de simplification, le médecin du travail est devenu l'acteur central du reclassement. En effet, « alors que le médecin du travail n'était sollicité que sur l'aptitude du salarié à occuper son poste, le plaçant trop souvent comme acteur de second rôle à l'occasion des recherches de reclassement, la loi lui confie une mission qui le place au centre même de cette démarche. »¹¹¹⁷ Le médecin du travail joue alors son rôle de conseiller. Avant la déclaration d'inaptitude, des actes préalables obligatoires, préparatoires en somme, doivent être réalisés par le médecin du travail¹¹¹⁸. Il s'agit, d'abord, de l'examen médical du travail, accompagné, le cas échéant, des examens complémentaires, permettant un échange sur les mesures d'aménagement, d'adaptation ou de mutation de poste ou la nécessité de proposer un changement de poste, puis, d'une étude de ce poste, des conditions de travail dans l'établissement et la précision de la date à laquelle la fiche d'entreprise a été actualisée, et enfin un échange, par tout moyen, avec l'employeur. Le problème est d'accorder et de rendre

¹¹¹⁵ Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins de juin 2015, p. 2 (Lien entre l'état de santé et des causes professionnelles) : « le médecin du travail reste tenu dans ses écrits au respect du code de déontologie médicale qui lui impose d'examiner la personne concernée et de relater les seules constatations médicales qu'il a faites. S'il rapporte des indications fournies par le salarié il le fait avec la plus grande circonspection et mentionne expressément « M. X me dit que... ». Les certificats de complaisance sont bien entendu proscrits. » ; Ch. disc. nat., 26 sept. 2016, déc. n° 12660 : P.-Y. Verkindt, Médecins du travail : rappel à (de) l'Ordre, *Cah. soc.* 2017, n° 292, p. 12.

¹¹¹⁶ P.-Y. Verkindt, Médecins du travail : rappel à (de) l'Ordre, *Cah. soc.* 2017, n° 292, p. 12 ; P. Adam, Médecins du travail : le temps du silence ?, *Dr. soc.* 2015, 541 ; C. Frouin, La responsabilité déontologique du médecin du travail, *Cah. soc.* 2014, n° 268, p. 655 ; C. Frouin, Harcèlement moral : le médecin du travail peut attester de la détérioration de l'état de santé du salarié, *Cah. soc.* 2014, n° 267, p. 553.

¹¹¹⁷ S. Leplaideur, « La réforme de l'inaptitude et ses enjeux », *SSL*, n° 1765, 18 avril 2017.

¹¹¹⁸ C. trav., art. R. 4624-42.

compatible le temps juridico-judiciaire et le temps médical. En effet, la principale difficulté pratique est de ne pas entraver la réalisation de toutes ces étapes dans un délai raisonnable tout en garantissant le respect de faire valoir, pour le salarié comme pour l'employeur, des observations sur les avis et propositions du médecin du travail. Ainsi, les trois protagonistes que sont le salarié, l'employeur et le médecin du travail auront intérêt à conserver une trace des différents échanges et à faire preuve de réactivité surtout en cas de deuxième examen ne pouvant être réalisé que dans un délai maximum de quinze jours suivant le premier. Un seul avis, complet, du médecin du travail, comprenant notamment des « indications sur la capacité du salarié à bénéficier d'une formation le préparant à occuper un poste adapté »¹¹¹⁹, devra éclairer l'employeur sur les modalités de reclassement.

154. La constatation de l'inaptitude. La décision médicale d'inaptitude, envisagée comme dernier recours pour préserver la santé des travailleurs, a des effets juridiques. En effet, elle peut aboutir au licenciement du salarié, indépendamment de son origine professionnelle ou non¹¹²⁰. Selon l'article L. 1226-2, c'est la délivrance d'un avis d'inaptitude¹¹²¹ par le médecin du travail qui déclenche l'obligation pour l'employeur de rechercher un reclassement et, le cas échéant, la procédure de licenciement pour inaptitude. Selon l'article R. 4624-42 du Code du travail, le médecin du travail ne peut déclarer un salarié inapte à son poste de travail qu'après avoir opéré quatre séries d'actions. Premièrement, il doit avoir réalisé au moins un examen médical de l'intéressé accompagné, le cas échéant, des examens complémentaires permettant un échange sur les mesures d'aménagement, d'adaptation ou de mutation de poste ou la nécessité de proposer un changement de poste. Deuxièmement, le médecin du travail doit avoir réalisé une étude de poste ou fait réaliser cette étude par un membre de l'équipe pluridisciplinaire. Troisièmement, il doit avoir réalisé ou fait réaliser une étude des conditions de travail dans l'établissement et indiquer la date à laquelle la fiche d'entreprise a été actualisée. Quatrièmement enfin, le médecin du travail doit avoir échangé, par tout moyen, avec l'employeur¹¹²². A l'issue de ces quatre actions, si le médecin 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, alors le médecin du travail peut déclarer le salarié inapte à son poste¹¹²³.

¹¹¹⁹ S. Leplaideur, « La réforme de l'inaptitude et ses enjeux », *SSL*, n° 1765, 18 avril 2017.

¹¹²⁰ Loi Travail du 8 août 2016, L. n° 2016-1088, 8 août 2016, art. 102 : JO, 9 août 2016, D. n° 2016-1908, 27 déc. 2016, art. 20 : JO, 29 déc.

¹¹²¹ E. Jeansen, L'avis d'inaptitude, *JCP S*, n° 38, 27 septembre 2016, 1318.

¹¹²² C. trav., art. L. 4624-4 et L. 4624-5.

¹¹²³ C. trav., art. L. 4624-4.

Une nouvelle exigence de précision a vu le jour. En effet, l'avis rendu par le médecin du travail doit comporter des conclusions écrites, assorties d'indications relatives au reclassement du travailleur¹¹²⁴. Les mentions « 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 l'entreprise » permettent à l'employeur de pouvoir procéder au licenciement pour inaptitude sans avoir, *a priori*, à rechercher un reclassement. La mention de maintien du salarié dans l'entreprise a laissé place à celle de maintien du salarié dans l'emploi¹¹²⁵. Selon l'article R. 4624-42 du Code du travail qui dispose que « le médecin du travail peut mentionner dans cet 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 », on peut se demander si le médecin du travail, en pareille hypothèse, ne délivre pas un avis général d'inemployabilité.

155. Une décision à effet juridique. Les effets de l'avis d'aptitude¹¹²⁶ au sens général, et d'inaptitude en particulier, peuvent être de deux niveaux : sur l'exécution du contrat et sur sa rupture. Lorsqu'un salarié fait l'objet d'un arrêt de travail par son médecin traitant, son contrat de travail est suspendu, c'est-à-dire que, par principe, ce dernier ne peut être rompu par l'employeur durant cette période de suspension. L'inaptitude au travail peut avoir pour conséquence, lorsque le reclassement du salarié n'est pas possible, un licenciement pour inaptitude. Différentes configurations peuvent se présenter. Préalablement, il convient de préciser que le Code du travail encadre très strictement la procédure d'inaptitude et ses conséquences. Il n'en reste pas moins que la jurisprudence relative à l'inaptitude est très abondante. Les conséquences des manquements de l'employeur, mais aussi du médecin du travail, qui peuvent être relevés par les juges, sont sanctionnées. Il appartient donc aux différents acteurs intervenant dans la procédure d'inaptitude, mais également en cas d'interférence avec un projet de rupture du contrat pour une autre cause, d'être particulièrement vigilants. Il peut arriver que, concomitamment à cette procédure d'inaptitude, la pérennité du contrat de travail soit remise en cause pour un autre motif. La question de l'articulation entre un projet de rupture du contrat de travail et l'inaptitude du salarié à son poste se pose alors. Il convient de préciser au préalable que les dispositions relatives à l'inaptitude étant d'ordre public, il n'est pas possible pour l'employeur de les contourner.

¹¹²⁴ C. trav., art. L. 4624-4.

¹¹²⁵ C. trav., art. L. 4624-1, al. 6; R. 4623-1, 1^ob et 2^o.

¹¹²⁶ S. Fantoni-Quinton et V. Genty, L'intercurrence d'une inaptitude et d'un projet de rupture du contrat de travail, *SSL* 2016, 1710 Supplément.

Ainsi, par exemple, l'employeur ne peut engager une procédure de licenciement pour motif économique, régie par l'article L. 1233-3 du Code du travail, à l'égard d'un salarié déclaré inapte à son poste de travail. En effet, l'employeur est tenu de respecter la procédure relative à l'inaptitude, c'est-à-dire de rechercher un poste de reclassement compatible avec les préconisations du médecin du travail. Le salarié déclaré inapte devra donner son accord exprès à la modification de son contrat de travail¹¹²⁷. A défaut de possibilité de reclassement, l'employeur pourra alors licencier le salarié¹¹²⁸. Par ailleurs, lorsque l'employeur a connaissance du classement en invalidité de salariés en arrêt de travail au moment d'engager une procédure de licenciement pour motif économique ou pendant sa mise en œuvre, il ne peut le licencier pour ce motif sans avoir organisé au préalable une visite médicale de reprise. Lors de la visite de reprise, le médecin du travail se prononce sur les capacités restantes du salarié, avis sur lequel l'employeur devra s'appuyer pour proposer aux salariés un poste de reclassement compatible avec les préconisations du médecin¹¹²⁹. D'où l'importance du rôle du médecin du travail et de son impact sur les décisions de l'employeur. Par ailleurs, il est de jurisprudence constante que le salarié qui refuse de se rendre aux convocations de visite médicale de manière répétée commet une faute¹¹³⁰ pouvant entraîner son licenciement pour faute grave¹¹³¹. Il en est de même lorsque le salarié déclaré inapte à son poste par le médecin du travail refuse de se rendre aux visites médicales organisées par l'employeur. Lorsqu'un salarié est déclaré inapte à son poste par le médecin du travail, l'employeur est tenu de procéder à une recherche loyale et sérieuse d'un poste de reclassement, approprié aux capacités du salarié¹¹³². À défaut, le salarié pourra prendre acte de la rupture de son contrat pour manquement de l'employeur à son obligation de recherche de reclassement. La procédure d'inaptitude ne doit pas faire l'objet d'une récupération allant dans un sens autre que médical. En effet, le médecin du travail doit garder à l'esprit que l'un des objectifs des visites médicales est de vérifier que le salarié est apte à son poste de travail. Les éventuelles mesures de licenciement prises à l'encontre des salariés, ou de manière générale les modes de rupture du contrat de travail envisagés ou mis en œuvre, ne doivent pas interférer dans sa décision finale qui reste une décision médicale. Tout ceci démontre l'impérieuse nécessité de mieux

¹¹²⁷ Soc. 29 nov. 2011, n° 10-19.435 P: *D. actualité*, 21 déc. 2011, obs. Ines; *RJS* 2012. 107, n° 110; *Dr. ouvr.* 2012. 243, note Bouaziz et Goulet; *JS Lamy* 2012, n° 314-4, obs. Tourreil.

¹¹²⁸ Cass. soc., 14 mars 2000, n° 98-41.556.

¹¹²⁹ Cass. soc., 5 décembre 2012, n° 10-24.204.

¹¹³⁰ Cass. soc., 17 oct. 2000, n° 97-45.286.

¹¹³¹ Cass. soc., 29 novembre 2006, n° 04-47.302.

¹¹³² C. trav., art. L. 1226-2 ; Cass. soc., 1er févr. 2012, n° 10-23.500.

former juridiquement les médecins du travail, au regard des implications nombreuses de leurs avis et décisions sur la vie de l'entreprise notamment. Il semble évident que l'ensemble de ces exigences vise surtout, et d'abord, à inciter les médecins du travail à rédiger des avis précis et complets¹¹³³.

156. Une décision susceptible de recours¹¹³⁴. Extrêmement marginaux¹¹³⁵, les recours engagés contre les avis émis par le médecin du travail n'en demeurent pas moins possibles. Réformée par la loi du 8 août 2016¹¹³⁶, la contestation de l'avis du médecin du travail l'a été de nouveau¹¹³⁷ par l'ordonnance du 22 septembre 2017¹¹³⁸ qui prévoit, dans une reformulation de l'article L. 4624-7¹¹³⁹ du Code du travail, que « le salarié ou l'employeur peut saisir le conseil de prud'hommes en la forme des référés d'une contestation portant sur les avis, propositions, conclusions écrites ou indications émis par le médecin du travail reposant sur des éléments de nature médicale¹¹⁴⁰. » Seuls sont visés les avis, propositions, conclusions écrites ou indications émis par le médecin du travail reposant sur des éléments de nature médicale¹¹⁴¹, c'est-à-dire l'examen médical d'aptitude¹¹⁴², mais aussi les mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail issus des échanges écrits¹¹⁴³ avec le salarié et l'employeur, les 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 travail¹¹⁴⁴ et enfin l'avis d'inaptitude et les conclusions écrites assorties d'indications relatives au reclassement du travail¹¹⁴⁵. Ainsi, l'attestation de suivi ne paraît pas

¹¹³³ F. Héas, « La réforme du régime de l'inaptitude suite à la loi du 8 août 2016 », *Dr. ouvr.*, février 2017, n° 823, pp. 103-107.

¹¹³⁴ C. Frouin, S. Rioche, Contestation des avis du médecin du travail : embûches d'une procédure mort-née et perspectives d'un droit nouveau, *Les Cah. soc.*, 2017, n° 301, p. 523.

¹¹³⁵ Le rapport « Issindou » n'a constaté qu'un taux de recours de 0,016 % en 2013, soit 1 597 actions. P.-Y. Verkindt, La santé du travailleur une nouvelle fois sous le feu des projecteurs, *JCP S* 2016, 1306.

¹¹³⁶ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016.

¹¹³⁷ P.-Y. Verkindt, « La question de l'inaptitude médicale dans l'ordonnance n° 2017-1387 du 22 septembre 2017 », *JCP S* 2017, 1310, spéc. n° 5.

¹¹³⁸ Ordonnance n° 2017-1387 du 22 septembre 2017, validée par le Conseil constitutionnel (Décision n° 2018-761 DC du 21 mars 2018).

¹¹³⁹ Babin, Contestation des avis du médecin du travail devant le conseil de prud'hommes, *JCP S* 2017. 1139 ; Boumendjel, Leduc et Masamba-Debat, *JCP S* 2017. 1276; *ibid.* recours contre les avis du médecin du travail 2017. 1320 ; Verkindt, *JCP S* 2017. 1310.

¹¹⁴⁰ C. Manaouil et M. Benillouche, *L'accès aux informations médicales par les autorités judiciaires*, Médecine et Droit, mars 2012, n° 113, p. 49 et suivants.

¹¹⁴¹ C. Frouin, S. Rioche, Contestation des avis du médecin du travail : embûches d'une procédure mort-née et perspectives d'un droit nouveau, *Les Cah. soc.*, 2017, n° 301, p. 523.

¹¹⁴² C. trav., art. L. 4624-2.

¹¹⁴³ Carré A., Huez D., Riquet O., Grossetête A., Deveaux A., Randon A., de Labrusse B., Chevallier M., Martinez H., Berneron B., Lucas G, Les écrits en médecine du travail, *Ecrire comme médecin du travail*, Cahier SMT n°28/2014, pp 31-71, actes du colloque avec E-Pairs 20 juin 2014.

¹¹⁴⁴ C. trav., art. L. 4624-3.

¹¹⁴⁵ C. trav., art. L. 4624-4.

devoir apparaître au rang des documents contestables. Néanmoins, si cette dernière est accompagnée d'un document faisant état de propositions de mesures individuelles, conformément à l'article L. 4624-3, alors ce document pourra faire l'objet d'un recours, pour autant qu'il repose sur des éléments de nature médicale. Ici, deux interprétations sont possibles à la lecture de l'article L. 4624-7 : soit on considère que, parmi les avis visés aux articles L. 4624-2 à L. 4624-4, seuls ceux dont la nature médicale sera validée par le juge¹¹⁴⁶ pourront faire l'objet d'un recours devant le Conseil de prud'hommes sur le fondement de l'article L. 4626-7 ; soit on considère que des avis reposent, *de jure*, sur des éléments de nature médicale. Par voie de conséquence, dans cette seconde hypothèse, tout avis du médecin du travail, régi par ces textes, est contestable sur le fondement de l'article L. 4624-7, ce qui aboutirait à considérablement judiciaireiser le droit de la santé au travail et reviendrait, *ipso facto*, à supprimer la limitation de la contestation aux seuls éléments la nature individuelle de l'avis. Par ailleurs, selon l'article R. 4624-43 du Code du travail, dans le cadre d'une procédure d'inaptitude, il paraît envisageable de prévoir une collégialité dans ces cas très marginaux pour éviter les contentieux. En effet, ce texte indique que, « avant d'émettre son avis, le médecin du travail peut consulter le médecin-inspecteur du travail. » Ainsi, si le médecin du travail use de cette faculté avant d'émettre l'avis d'inaptitude, le Conseil de prud'hommes ne peut confier au médecin-inspecteur intervenu, dans l'établissement de l'avis en litige, cette mesure d'instruction¹¹⁴⁷. En outre, l'intervention du médecin traitant n'est pas envisagée dans l'ordonnance du 22 septembre 2017 alors que, sous l'empire des précédentes dispositions, certaines juridictions prud'homales avaient admis que le médecin expert se rapproche du médecin traitant¹¹⁴⁸ quand d'autres s'y refusaient¹¹⁴⁹. La difficulté qui se pose ici est l'absence d'exonération comme celle prévue par l'article L. 4624-7, II du Code du travail qui prévoit que « 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 », texte impliquant la non-applicabilité de l'article 226-13 du Code pénal, en vertu de l'article 226-14, « dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret ». Ainsi, le médecin traitant n'étant pas mentionné, on peut en conclure que son intervention requiert l'accord préalable du salarié¹¹⁵⁰. Enfin, l'article L. 4624-7, III dispose que « la décision du conseil de prud'hommes se

¹¹⁴⁶ P. Ricoeur, *Le Juste*, coll. « Philosophie », Ed. Esprit, 2001, p. 246.

¹¹⁴⁷ C. trav., art. R. 4624-45-2.

¹¹⁴⁸ Cons. prud'h. Lorient, ord., 7 juin 2017, n° 17/00018.

¹¹⁴⁹ Cons. prud'h. Paris, ord., 22 juin 2017, n° 17/00570.

¹¹⁵⁰ C. santé pub., art. L. 1110-4, IV.

substitue aux avis, propositions, conclusions écrites ou indications contestés. » Or, le secret médical rend impossible l'accès aux éléments couverts par ce dernier. En conséquence, on se trouve dans la situation comparable à l'ancienne procédure qui prévoyait l'exercice du recours devant l'inspecteur du travail qui prenait sa décision « après avis du médecin inspecteur du travail »¹¹⁵¹ car, n'ayant pas accès aux données médicales, il ne pouvait seul décider. Dès lors, il n'avait guère d'autre solution que de se ranger à l'avis du médecin inspecteur. L'appréciation de l'inspecteur du travail se substituait ainsi à l'avis du médecin du travail¹¹⁵². Dorénavant, lorsque le Conseil de prud'hommes est saisi en contestation d'un avis du médecin du travail, il délivre un avis d'(in)aptitude avec effet rétroactif. L'employeur qui conteste un avis d'(in) aptitude, ou toute autre proposition, conclusion ou indication, émis par le médecin du travail, dispose d'un recours à l'encontre du médecin du travail lui-même par une action en responsabilité civile contractuelle¹¹⁵³, d'un recours contre l'avis rendu par le biais d'une action en contestation devant le Conseil de prud'hommes ou même d'une action disciplinaire¹¹⁵⁴. En effet, le médecin qui fournit des avis d'inaptitude de complaisance est sanctionné disciplinairement¹¹⁵⁵ par l'Ordre des médecins¹¹⁵⁶. Ce type de recours est encadré pour éviter que la menace d'une sanction disciplinaire ne soit un obstacle à l'exercice de ses missions et au respect du principe d'indépendance. En effet, l'employeur doit être lésé de manière suffisamment directe et certaine par un manquement du médecin à ses obligations déontologiques, comme la délivrance d'un certificat de complaisance¹¹⁵⁷. D'autre part, le juge judiciaire apprécie le respect de ces obligations compte tenu des conditions dans lesquelles le médecin exerce ses missions et prérogatives.

157. Le contentieux de l'inaptitude, « révélateur d'un conflit des logiques »¹¹⁵⁸. Le contrat de travail est un contrat à exécution successive dont les contractants ne connaissent pas toutes les modalités exactes¹¹⁵⁹ avant d'être amené à les exécuter dans le cadre de leur

¹¹⁵¹ C. trav., art. L. 4624-1 anc., Loi n° 2015-994 du 17 août 2015, art. 26.

¹¹⁵² CE, 31 juill. 2015, n° 383383 ; CE 22 mai 2015, n° 377001 : *D. actualité*, 16 sept. 2015, obs. Siro.

¹¹⁵³ Cass. civ., 1^{ère}, 27 nov. 2013, n° 12-25.242.

¹¹⁵⁴ C. santé pub., art. R. 4126-1 ; CE, 11 oct. 2017, n° 403576.

¹¹⁵⁵ C. santé pub., art. R. 4126-1.

¹¹⁵⁶ CE, 10 févr. 2016, n° 384299 : tel est le cas du médecin qui reconnaît qu'il s'était senti obligé d'établir un avis d'inaptitude à l'égard d'un salarié de l'entreprise concernée en raison de la réaction de ce salarié déclarant que « *faute de cet avis d'inaptitude, il ne lui restait qu'à se suicider* » et qui admettait qu'il avait établi ultérieurement des avis d'inaptitude à partir des seuls dires du salarié, sans analyse précise du poste du travail ni échange préalable avec ses employeurs ; CE, 11 oct. 2017, n° 403576 : comme tout médecin, les médecins du travail sont tenus de respecter les obligations déontologiques.

¹¹⁵⁷ C. santé pub., art. R. 4127-28.

¹¹⁵⁸ F. Meyer, La nature juridique des interventions du médecin du travail, *Dr. ouvr.* 2013, n° 774, p. 12.

¹¹⁵⁹ N. Catala, Traité de droit du travail – L'entreprise, Dalloz, p. 183.

affectation à leur poste de travail¹¹⁶⁰. C'est la « question de l'aptitude de l'individu-contractant à répondre aux exigences auxquelles est confronté l'individu-exécutant »¹¹⁶¹. La question de la tension entre exigences de l'activité et capacité à y faire face est à la fois contenue dans le lien de subordination et laissée à l'appréciation médicale du médecin du travail. Selon le Professeur Alain Supiot, « le droit dit du travail, issu de la seconde révolution industrielle, est bien plutôt un droit des relations professionnelles... il ignore le travail lui-même »¹¹⁶². Le recours juridique à la médicalisation de la relation de travail a fait du médecin du travail l'arbitre de ce conflit entre travail prescrit et travail réel, synthèse des capacités individuelles des travailleurs et des conditions de travail induites par les postes de travail auxquels ils sont affectés. Son rôle, à la fois d'observation clinique et d'anticipation des effets prévisibles quant à une altération éventuelle de la santé du travailleur du fait de son travail, est non seulement un exercice difficile aux conséquences d'ordre médical et de santé, mais aussi, en plus, des conséquences juridiques, voire judiciaires. On peut légitimement se demander si les secondes n'ont pas prévalu sur les premières, que ce soit dès les origines du dispositif ou bien encore au cours de son évolution, ou bien l'inverse¹¹⁶³. La question de la nature juridique de l'avis d'aptitude d'une part et de celui d'inaptitude d'autre part est importante pour en mesurer la portée précise et les possibilités qui peuvent s'offrir à celui qui souhaiterait le contester. Le médecin du travail n'étant pas une autorité administrative, il semble difficile d'inscrire ses avis et autres écrits dans la catégorie juridique d'acte administratif – d'autant qu'un avis d'aptitude délivré après avis d'inaptitude, met fin à la procédure d'inaptitude¹¹⁶⁴ –, sauf à considérer qu'il remplirait une mission de service public, ce qui n'est pas totalement faux dans certains cas au regard de la dimension de santé publique de certaines de ses

¹¹⁶⁰ M. Bonnechère, « Santé-sécurité dans l'entreprise et dignité de la personne au travail », *Dr. ouvr.* 2003, p. 453.

¹¹⁶¹ F. Meyer, La nature juridique des interventions du médecin du travail, *Dr. ouvr.* 2013, n° 774, p. 12.

¹¹⁶² A. Supiot, *Fragments d'une politique législative*, Economix, 2012.

¹¹⁶³ « Jusque dans les années 1980, le salarié engagé dans la relation contractuelle avait l'obligation de s'adapter aux conditions concrètes de travail que requerrait l'exécution de sa tâche. Lorsqu'il n'était plus en état d'effectuer intégralement (Cass. soc., 7 juill. 1982, Cahiers Prud. 1983, n° 1, p. 4) sa tâche dans les conditions prévues lors de son embauche, l'employeur, après avoir mis en œuvre la procédure prévue, pouvait se séparer de lui en invoquant l'absence d'adéquation entre l'état physique et les exigences inhérentes au poste de travail. Depuis la prise en compte de l'état de santé dans les motifs discriminatoires (C. trav., art. L. 1132-1), la généralisation de l'obligation de reclassement, le régime juridique spécifique reconnu aux inaptitudes provoquées par le travail ont permis d'atténuer la brutalité de ce raisonnement binaire ». F. Meyer, La nature juridique des interventions du médecin du travail, *Dr. ouvr.* 2013, n° 774, p. 14.

¹¹⁶⁴ Cass. soc., 13 avr. 2016, n° 15-10.400 : M. Babin, La contestation des avis du médecin du travail devant le conseil de prud'hommes, *JCP S* 2017, n° 17, pp. 15-20 ; P.-Y. Verkindt, Etre, ou ne pas être (in)apte : telle est la question, *JCP S* 2016, n° 22, pp. 29-31 ; S. Tournaux, Les conséquences des déclarations d'aptitude successives et contradictoires du médecin du travail, *Lexbase hebdo – édition sociale*, mai 2016, n° 654.

attributions. D'aucuns¹¹⁶⁵ considèrent que l'ensemble des décisions, avis ou même simples recommandations du médecin du travail, peuvent faire l'objet d'une contestation, mais seulement pour les mesures individuelles. Dans cette hypothèse, y aurait-il une nature, et donc une portée juridiques différentes selon qu'il s'agisse d'avis, de propositions, de recommandation, de préconisations, d'attestation ? Avant la réforme de la contestation de l'avis d'inaptitude ouvrant la compétence du Conseil de prud'hommes en sa forme de référé, l'inspecteur du travail avait autorité pour se prononcer sur ces avis contestés. En sa qualité d'autorité administrative, la décision de ce dernier était susceptible d'un recours administratif. Ainsi, l'appréciation de caractère consultatif portée par le médecin du travail se transformait, dans la mesure où elle recueillait l'approbation de l'inspecteur du travail, pour prendre le caractère d'une décision revêtue de la force exécutoire. L'existence même de cette menace de mutation était de nature à conférer à cet avis une force contraignante importante, malgré une certaine virtualité¹¹⁶⁶. Avec la nouvelle procédure de contestation de l'avis d'inaptitude, les choses ont changé. « Recours administratif », « recours à l'administration », pour certains, « le rattachement à la catégorie des recours administratifs préalables obligatoires » était artificiel¹¹⁶⁷. Sous l'empire de l'ancienne législation, la décision de l'inspecteur du travail se substituait à celle du médecin. Dorénavant, c'est celle du Conseil de prud'hommes qui se substitue à celle du médecin du travail¹¹⁶⁸. Il faut préciser toutefois que la contestation doit porter sur les éléments de nature médicale¹¹⁶⁹ des différents avis, propositions... rendus par le médecin. Cette immixtion dans le domaine médical, comme le rapporte Hervé Gosselin dans son rapport sur l'inaptitude¹¹⁷⁰, est « l'une des situations les plus extravagantes du droit du travail français »¹¹⁷¹. Selon le professeur Jean-Jacques Dupeyrou, « au lieu de rejeter aussitôt celui qui n'est plus apte à occuper son poste, il convient, dans toute la mesure du possible – et c'est cette mesure que le médecin du travail et l'inspecteur du travail sont chargés de poser – de continuer à l'employer dans des conditions adaptées à son état. C'est tout »¹¹⁷².

¹¹⁶⁵ T. Kapp, directeur adjoint du travail, « La contestation de l'avis du médecin du travail devant l'inspecteur du travail », *Dr. soc.*, févr. 2011, pp. 159 et s.

¹¹⁶⁶ J. Loriot, Le rôle du médecin du travail dans l'organisation de l'entreprise, *Dr. soc.* 1987. 592.

¹¹⁶⁷ G. Dumortier, L'appréciation de l'inspecteur du travail sur l'aptitude du salarié se substitue rétroactivement à celle du médecin du travail, *Dr. soc.*, juin 2010, p. 629 (sous CE, 16 avril 2010, Société Presta services cuir color).

¹¹⁶⁸ C. trav., art. L. 4624-7, III.

¹¹⁶⁹ C. trav., art. L. 4624-7, I.

¹¹⁷⁰ Hervé Gosselin, Rapport « Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives », janvier 2007.

¹¹⁷¹ UIMM Jurisprudence sociale n° 2005-701.

¹¹⁷² J.-J. Dupeyrou, la médecine du travail sur le fil du rasoir, *Dr. soc.* 1980, numéro sp. « la médecine du travail le droit » p. 5.

158. Les limites de la nature médicale des avis du médecin du travail. Le périmètre strict des aspects purement médicaux est difficile à établir et à distinguer, notamment, des éléments de nature organisationnelle ou relationnelle. En effet, l'article L. 4624-7, en désignant les avis, propositions, conclusions écrites ou indications émis par le médecin du travail reposant sur des éléments de nature médicale, donne une portée générale à la possibilité de contester. En effet, la simple question de la déclaration d'aptitude ou d'inaptitude est très largement dépassée. La précision faite, dans le texte, de contestations reposant sur des éléments de nature médicale, est peut-être une manière indirecte d'admettre que tout autre objet d'un avis du médecin n'a pas la « *force obligatoire* » de l'avis médical à proprement parler. En effet, les échanges écrits¹¹⁷³, prévus par le Code du travail, entre le médecin du travail émettant une proposition et l'employeur susceptible de ne pas l'appliquer, pourraient faire l'objet d'une contestation dont la nature ne serait pas strictement médicale et dont le fondement ne reposerait en conséquence pas sur l'article L. 4624-7. Ainsi, pour résumer, les avis de nature médicale stricte du médecin du travail s'imposeraient aux salariés et à l'employeur, au regard, notamment, de la place du respect de la santé et de la sécurité dans la législation du travail. Les autres avis, émanant du médecin du travail, mais ne reposant pas sur des éléments de nature médicale stricte, resteraient à l'appréciation de l'employeur dans le cadre de son pouvoir de direction¹¹⁷⁴, dans lequel il exerce des choix de gestion¹¹⁷⁵, insusceptibles *a priori* de faire l'objet d'une intervention du juge, mis à part dans le cadre de l'obligation de sécurité de l'employeur. On pourrait ainsi distinguer l'avis d'aptitude ou d'inaptitude, au sens de décision médicale qui fait suite à un examen médical et qui fait autorité au titre de la surveillance de l'état de santé¹¹⁷⁶, des propositions d'aménagement du poste, qui, bien que leur refus nécessite un écrit de l'employeur, resterait une recommandation, émanant du rôle de conseil du médecin du travail, c'est-à-dire sans lien direct avec l'avis. Cela revient à traiter différemment des avis d'aptitude et d'inaptitude, assortis ou non de propositions, indications... et les « simples » propositions ou indications émises sans lien avec l'avis médical, c'est-à-dire par exemple « une proposition visant à

¹¹⁷³ C. trav., art. L. 4624-9, L. 4624-6, L. 1226-10.

¹¹⁷⁴ M. Bonnechère, sous Cass. Soc. 8 avr. 2004, *Dr. ouvr.*, novembre 2004, p. 534.

¹¹⁷⁵ J. Savatier, Le médecin du travail et le sort du salarié, *Dr. soc.* 1987. 604 : « Le problème qui se pose alors est celui des pouvoirs du médecin du travail face au pouvoir patronal. Le médecin du travail ne peut avoir d'influence sur le sort du salarié que s'il peut avoir une influence sur les décisions de l'entreprise en matière d'aménagement des conditions de travail et de choix des travailleurs affectés à tel ou tel emploi. Mais on ne peut guère imaginer que le médecin du travail se substitue à l'employeur dans les décisions de gestion de l'entreprise. Ce n'est pas lui qui est responsable de la bonne marche de l'entreprise, et il ne lui appartient pas d'apprécier quelles mesures sont compatibles avec les contraintes économiques pesant sur l'employeur. »

¹¹⁷⁶ C. trav., art. L. 4624-1.

garantir l'employabilité du salarié au regard de son état global. »¹¹⁷⁷ On pourrait ainsi distinguer « avis médical » et « avis formulé par un médecin du travail »¹¹⁷⁸. Le plus simple serait peut-être d'interpréter le texte comme laissant à l'appréciation du juge prud'homal, sur le fondement de l'article L. 4624-7, le contentieux des actes médicaux et des propositions, avis... qui en découlent directement, contrairement à tous les autres avis, propositions, indications..., détachables des avis médicaux. On pourrait considérer que ce texte ne vise que les avis protégés par le secret médical. Pourrait-on considérer que, pour les avis ne reposant pas strictement sur des éléments médicaux, l'inspecteur du travail demeure compétent, comme il le reste en cas de difficulté ou de désaccord entre employeur et médecin du travail¹¹⁷⁹ sur les avis de ce dernier en matière d'application des dispositions relatives à l'emploi des travailleurs handicapés¹¹⁸⁰ ? De même, selon l'article R. 4624-38, en cas de désaccord entre l'employeur et le médecin du travail sur la nature et la fréquence des examens complémentaires, la décision est prise par le médecin inspecteur du travail. Doit-on considérer que ce sont des vestiges de la précédente logique qui n'a pas fait l'objet, à tort, d'une adaptation législative, ou doit-on considérer que cela participe d'une seule et même logique ? Ainsi, les propositions du médecin du travail concernant l'aménagement de poste, découlant de son rôle de conseil, continueraient à faire l'objet d'un recours obligatoire devant le médecin-inspecteur, avant décision de l'inspecteur. Il semble que le choix du législateur traduise une volonté de mettre un terme à ces pratiques. Mais, dans les faits, il semble difficilement envisageable d'encourager la saisine systématique du Conseil de prud'hommes sur tous ces sujets en raison de l'engorgement mais aussi des frais que ces procédures engendrent, contrairement à la gratuité du recours à l'inspecteur du travail. Cela peut constituer un frein à faire respecter la législation de la santé au travail alors que le législateur semblait, dans un même temps, vouloir la renforcer. En tout état de cause, la formulation du texte est assez équivoque et l'on peut déplorer le postulat sous-jacent de ce raisonnement qui conduit à dénier à la prescription de modification de l'organisation du travail son caractère de prescription médicale. Or, c'est précisément la raison d'être de cette spécialité de médecine du travail¹¹⁸¹.

¹¹⁷⁷ F. Meyer, La nature juridique des interventions du médecin du travail, *Dr. ouvr.* 2013, n° 774, p. 18.

¹¹⁷⁸ F. Meyer, La nature juridique des interventions du médecin du travail, *Dr. ouvr.* 2013, n° 774, p. 18.

¹¹⁷⁹ P. Chaumette, Le médecin du travail, l'employeur et l'inspecteur du travail, *Dr. soc.* 2003. 717.

¹¹⁸⁰ C. trav., art. R. 4624-6.

¹¹⁸¹ J. Savatier, Le médecin du travail et le sort du salarié, *Dr. soc.* 1987. 604.

Paragraphe 2 : L'inaptitude, cause de fragilisation du colloque singulier entre salarié et médecin du travail

159. L'implication du salarié. Malgré la persistance d'une forme de sélection, par l'inaptitude, la Loi Travail tente d'impliquer davantage le salarié « *dans l'arbitrage entre santé et travail* », aidé en cela par une information accrue délivrée au cours de la visite d'information et de prévention, mais aussi par la possibilité de demander à tout moment à voir un médecin du travail, positionnant ainsi le rôle de conseiller¹¹⁸² de ce dernier, notamment lorsque le salarié anticipe un risque d'inaptitude¹¹⁸³, dans l'objectif d'engager une démarche de maintien dans l'emploi. Dans l'approche d'accompagnement du salarié acteur de sa santé, développée par la Loi Travail, 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 mentale du travailleur »¹¹⁸⁴. En outre, « le médecin du travail reçoit le salarié, afin d'échanger sur l'avis et les indications ou les propositions qu'il pourrait adresser à l'employeur »¹¹⁸⁵ et peut ensuite « 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 ». Perçue avant tout comme une procédure de sélection et donc comme une menace, la déclaration d'aptitude amenait le salarié à « dissimuler une éventuelle fragilité. »¹¹⁸⁶ Or, ces mesures visant à impliquer le salarié dans les décisions qui le concernent au premier chef, puisqu'elles mettent parfois en jeu son emploi, ne remettent pas en cause le principe qui, bien qu'édulcoré, octroie au médecin du travail le « pouvoir d'imposer l'inaptitude au salarié »¹¹⁸⁷. Ainsi, même si les effets sont un peu estompés, le principe de la sélection par la décision coercitive de l'inaptitude, revers de l'aptitude, demeure **(A)**, confirmant l'incompatibilité entre médecine d'aptitude et médecine de prévention¹¹⁸⁸ **(B)**.

¹¹⁸² C. trav., art. L. 4624-1.

¹¹⁸³ C. trav., art. L. 4624-1.

¹¹⁸⁴ C. trav., art. L. 4624-4.

¹¹⁸⁵ C. trav., art. L. 4624-5.

¹¹⁸⁶ F. Meyer, La loi Travail : aspects concernant la médecine du travail, *RDT* 2016, p. 821.

¹¹⁸⁷ P. Davezies, « L'aptitude médicale dans le système français d'aptitude de santé au travail : origine, interrogations et débats » in *Médecine du travail & ergonomie*, vol. XLIV 2007, pp. 73-82.

¹¹⁸⁸ CE 7 juin 2006, n° 279632, Synd. national professionnel des médecins du travail, concl. Ch. Devys, pp. 4 et 5.

A. *L'inaptitude, revers de l'aptitude*

160. La déclaration d'aptitude par l'absence de déclaration d'inaptitude. Le premier alinéa de l'article L. 1226-21 a vu se substituer l'expression « déclaré apte » par « n'est pas déclaré inapte ». Au-delà de commentaires sémantiques auxquels on pourrait s'adonner, il y a la volonté du législateur de faire disparaître la notion d'aptitude du droit commun, exception faite pour les postes de sécurité. Or, sélectionner par l'aptitude, c'est-à-dire conditionner une pratique professionnelle à la délivrance d'un avis d'aptitude, ou bien sélectionner par la non-inaptitude, c'est-à-dire conditionner une pratique professionnelle à l'absence de constatation d'inaptitude, ne change rien à la philosophie du système. On agit simplement sur les moyens mobilisés pour effectuer ce contrôle d'inaptitude. Dans le premier cas, le contrôle (d'aptitude) est systématique – sous l'empire de la loi ancienne, tous les salariés étaient théoriquement soumis à ce contrôle ; dorénavant, seuls les salariés occupant des postes à risques sont concernés. Dans le second, le contrôle de l'absence d'inaptitude est plus aléatoire. Quoiqu'il en soit, il s'agit d'une décision médicale unilatérale (1), empreinte de paternalisme (2).

1. Une décision médicale unilatérale

161. Une décision contraignante. Une décision unilatérale est une décision qui émane de la manifestation de volonté d'une seule personne mais qui n'engage pas forcément que celui qui la prend. Dès l'entrée en vigueur de la loi du 11 octobre 1946, le médecin du travail dispose du pouvoir exclusif de se prononcer sur l'aptitude du salarié à tenir son emploi. Il est l'autorité qui arbitre entre la santé et l'emploi. Il a été montré¹¹⁸⁹ que cette dimension autoritaire de l'intervention du médecin du travail nourrit une ambiguïté et nuit au nécessaire rapport de confiance entre salarié et médecin. Ainsi, « l'étiologie de l'affection que l'on a décrite réside dans l'insuffisante autonomie du médecin par rapport aux chefs d'entreprise, qui conduit leurs pouvoirs respectifs soit à se conjuguer de manière excessive, soit à ne pas entrer en conflit lorsqu'ils devraient le faire »¹¹⁹⁰. Contrairement à l'esprit de la Loi Kouchner

¹¹⁸⁹ P. Davezies, *L'aptitude médicale dans le système français d'aptitude de santé au travail : origine, interrogations et débats*, *Médecine du travail & ergonomie*, Volume XLIV, 2007, 73-82 ; P. Davezies, « *Positions du médecin face aux dimensions cognitives, psychiques et relationnelles du travail* », *Archives des maladies professionnelles* 1995, 56, n° 4, pp. 294-306.

¹¹⁹⁰ A. Lyon-Caen, Les répercussions des appréciations des médecins du travail, *Dr. soc.*, avril 1980.

de 2002, le médecin du travail dispose de droits et de pouvoirs très importants, dans la mesure où, contrairement aux règles du Code de la santé publique, ses décisions sont opposables au travailleur dont il est en charge d'assurer la non-altération de la santé du fait de son travail, y compris contre son gré. En effet, ce n'est pas le salarié qui décide du sens à donner, le cas échéant, à un avis d'(in)aptitude, mais c'est le médecin. Cette situation est non seulement surprenante au regard du droit mais également de la médecine car elle s'inscrit en contradiction avec le Code de déontologie médicale. L'article L. 1110-4 prévoit que « la personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. » De plus, selon l'article L. 1110-8 du Code de la santé publique, « le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge (...) est un principe fondamental de la législation sanitaire ». En outre, l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique prévoit 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. » De plus, « le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. » De plus, « 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. » Enfin, l'article R. 4127-6 dispose 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. » Ici, on peut voir que le droit de la santé au travail s'est émancipé des règles du Code de la santé publique.

2. Une décision empreinte de paternalisme

162. Le consentement du salarié. Le paternalisme médical¹¹⁹¹ repose sur le postulat que le consentement du malade n'est pas une donnée médicalement pertinente et qu'il est préférable de privilégier l'avis du médecin qui est plus apte à juger des intérêts de la personne considérée. L'autonomie du médecin prend le pas sur l'autonomie du patient. L'article 31 du Code de déontologie médicale de 1947 prévoyait qu'« un pronostic grave [pouvait] légitimement être dissimulé au malade ». Ce concept consiste à délaïsser son libre arbitre et d'accorder sa confiance à quelqu'un de plus compétent, plus à même que soi de nous

¹¹⁹¹ G. Mémeteau, Eloge du paternalisme médical, *RGDM* 2017, n° 62, pp. 117-132.

protéger. Transposé en droit de la santé au travail, en matière d'inaptitude, c'est bien l'avis médical qui prévaut sur l'avis du salarié. Le médecin du travail peut ainsi écarter le salarié de son poste de travail contre son gré pour préserver sa santé. C'est une démarche paternaliste. Ce qui pose principalement difficulté est, d'une part, que le médecin ne dispose que d'informations partielles, ne disposant pas de l'accès au dossier médical du salarié, et que, d'autre part, des droits fondamentaux sont mis en balance : le droit au travail et le droit à la santé. Le travailleur a dès lors deux possibilités : soit il fait confiance au médecin et lui livre tous ses antécédents médicaux et laisse décider ce dernier ce qui lui semble le mieux au regard de son expertise médicale ; soit il tait les informations qui lui paraissent mettre en danger sa présence dans l'entreprise en raison d'un avis d'inaptitude que le médecin pourrait rédiger au prix, peut-être, de sa santé.

B. L'incompatibilité entre médecine d'aptitude et médecine de prévention

163. L'impasse de la médecine du travail¹¹⁹². Une équivoque persistante repose sur l'antinomie du contrôle et de la prévention et de son corollaire à savoir l'incompatibilité entre médecine de contrôle et médecine de prévention. En effet, le colloque singulier travailleur/médecin du travail est malmené par un « paternalisme médical » induisant l'absence d'autodétermination du salarié. Par conséquent, les moyens de la médecine du travail peuvent apparaître plus concurrents que complémentaires... « Qu'il faille un suivi de santé renforcé face à certains risques professionnels ou certaines vulnérabilités est indéniable. Qu'il faille un système de contrôle assumé en tant que tel pour certains postes de sécurité l'est tout autant, à condition que ce ne soit pas un médecin de prévention qui assume la double fonction de prévention et de contrôle, comme l'interdit d'ailleurs l'article R. 4127-100 du Code de la santé publique¹¹⁹³. Mais qu'une décision d'aptitude, dont les contours sont toujours aussi mal définis, « sanctionne » certaines visites médicales est un concept archaïque qui nuit à la santé au travail en continuant de jeter un voile d'ambiguïté sur la mission

¹¹⁹² Philippe Davezies, « L'aptitude, handicap congénital de la médecine du travail » in *Santé et Travail* n° 53, Décembre 2005.

¹¹⁹³ Article 100 du Code de déontologie médicale (C. santé publ., art. R. 4127-100) : « Un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention ou, sauf urgence, médecin traitant d'une même personne. »

exclusive de prévention de la santé au travail. »¹¹⁹⁴ C'est ainsi que, dans la fonction publique, à côté du médecin de prévention, il y a le médecin agréé. Parallèlement, en matière de visite de préreprise, l'équivoque est bien présente. En effet, l'article R. 4624-29 dispose que « en vue de favoriser le maintien dans l'emploi des travailleurs en arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois, une visite de préreprise est organisée par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil des organismes de sécurité sociale ou du travailleur. » Ainsi, dès lors qu'il existe une atteinte à la santé causée par le travail ou fragilisant le salarié dans l'exercice de son travail, la continuité des soins a pour conséquence que le médecin du travail « informe, sauf si le travailleur s'y oppose, l'employeur et le médecin conseil de ces recommandations [aménagement et adaptations du poste de travail¹¹⁹⁵, préconisation de reclassement¹¹⁹⁶, formations professionnelles à organiser en vue de faciliter le reclassement du travailleur ou sa réorientation professionnelle¹¹⁹⁷] afin que toutes les mesures soient mises en œuvre en vue de favoriser le maintien dans l'emploi du travailleur. »¹¹⁹⁸ Organisée par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil des organismes de sécurité sociale ou du travailleur, la visite de préreprise¹¹⁹⁹ peut être considérée à la fois comme un possible instrument de contrôle de la main-d'œuvre et un moyen de plus pour maintenir le travailleur dans l'emploi en préservant sa santé.

164. Sortir de l'ambiguïté. Le brouillage de la fonction de la médecine du travail est concomitant à son origine. En effet, c'est par les décrets d'application de la loi de 1946 que sont nées les confusions qui ont contribué à rendre son rôle équivoque. « L'ensemble de ce fonctionnement présente un inconvénient majeur : il fragilise l'orientation vers la prévention¹²⁰⁰, l'adaptation des situations et le maintien dans l'emploi qui constituent pourtant l'orientation donnée unanimement comme prioritaire. »¹²⁰¹ La menace que fait peser l'aptitude, entendue de manière générique, c'est-à-dire, en l'occurrence, au sens de l'inaptitude, sur la relation entre le médecin et le salarié est par essence problématique. Perçue

¹¹⁹⁴ J.-M. Soulat, S. Fantoni-Quinton, « La loi Travail et la santé au travail : évolution ou révolution ?, *SSL*, n° 1765, 18 avril 2017.

¹¹⁹⁵ C. trav., art. R. 4624-30, 1°.

¹¹⁹⁶ C. trav., art. R. 4624-30, 2°.

¹¹⁹⁷ C. trav., art. R. 4624-30, 3°.

¹¹⁹⁸ C. trav., art. R. 4624-30.

¹¹⁹⁹ C. trav., art. R. 4624-29.

¹²⁰⁰ Rapport IGAS, Santé, pour une politique de prévention durable, Doc. fr., 2003, p. 132 ; H. Gosselin, Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives, rapport pour le ministre délégué à l'Emploi, au Travail et à l'Insertion professionnelle des jeunes, janv. 2007, p. 3 ; Rapport de la Mission sur les risques et conséquences de l'exposition à l'amiante, Sénat, oct. 2005, 301 p.

¹²⁰¹ P. Davezies, L'aptitude médicale dans le système français de santé au travail : origine, interrogations et débats, *Médecine du travail & ergonomie*, Volume XLIV, 2007, 73-82.

comme participant du seul intérêt de l'employeur alors que le médecin est chargé de la préservation de la santé des travailleurs, c'est-à-dire de prévenir toute altération de leur santé du fait de leur travail, l'aptitude n'est à l'évidence pas un dispositif à conserver, du moins dans la forme que nous lui connaissons. L'ambiguïté de la position du médecin se trouve cristallisée dans la question de l'accès au dossier médical dont le médecin aurait pourtant grand besoin pour développer son activité clinique avec une efficacité maximum. En effet, comment refuser cet accès à un praticien qui n'aurait d'autre objectif que le bien du salarié ? Le moins que l'on puisse dire est que cette ambition seule lui est clairement déniée. Le point d'achoppement principal est bien celui de l'inclinaison à donner à la spécialité médicale du travail : une médecine de contrôle ou une médecine de prévention. « Ou bien l'activité médicale vise à contrôler l'existence d'incompatibilités »¹²⁰² et elle repose alors sur la méfiance, autant vis-à-vis du médecin envers le travailleur que l'inverse. Ou bien « le médecin est investi d'une fonction d'assistance visant à construire des solutions qui permettent de sortir par le haut des situations d'incompatibilités entre travail et santé »¹²⁰³, ce qui implique confiance et co-construction dans la durée. L'amalgame des deux n'est pas de nature à favoriser l'efficacité de la médecine du travail. Le cloisonnement entre les deux facettes de la médecine du travail d'aujourd'hui, que sont le contrôle et la prévention, constitue une nécessité vitale au regard des contradictions fortes avec les règles déontologiques (1) notamment soulignées par la critique judiciaire (2).

1. La contradiction avec les règles déontologiques

165. Des questionnements de nature éthique et déontologique. Certifier de l'aptitude, c'est déterminer, *a priori*, si, individuellement, du fait de son état de santé, un sujet va courir un risque du fait de son affectation à un poste de travail déterminé. Cela n'est pas du domaine du pronostic médical mais de la prévision, notion probabiliste qui s'applique à des groupes et non à des individus. Fort utile en santé publique, cette notion ne se prête pas à un processus de certification individuelle qui doit être fondé sur une constatation. Formalisant l'équivoque de l'impossible conciliation entre non contre-indication de l'exposition à un risque professionnel et protection de la santé, la rédaction de ce type d'avis est assez

¹²⁰² P. Davezies, L'aptitude médicale dans le système français de santé au travail : origine, interrogations et débats, *Médecine du travail & ergonomie*, Volume XLIV, 2007, 73-82.

¹²⁰³ P. Davezies, L'aptitude médicale dans le système français de santé au travail : origine, interrogations et débats, *Médecine du travail & ergonomie*, Volume XLIV, 2007, 73-82.

critiquable du point de vue de l'article 76 du Code de déontologie. « Lorsqu'il s'agit d'un poste à risques, la notion même d'aptitude est équivoque et peut laisser croire aux intéressés qu'ils ne courent aucun risque ou, à l'inverse, qu'ils sont sélectionnés pour ce poste à risque ; le rôle du médecin du travail pourrait alors être ressenti comme celui d'exposer à un risque plutôt que de le prévenir. »¹²⁰⁴ L'ambiguïté majeure de la notion d'aptitude réside dans l'objet de la vérification aux fins de « sélectionner le salarié que l'on envisage d'affecter sur un poste de travail sur des critères de santé au lieu de prévenir les risques potentiels du poste de travail. »¹²⁰⁵ Un rapport du BIT, établi en 1973 par un groupe d'experts des industries de l'amiante, alerte qu'une limite d'exposition ne protégera pas les salariés contre le risque cancérigène. Or, en 1977, le décret qui paraît prévoit qu'« aucun salarié ne doit être affecté aux travaux définis à l'article premier ni occupé de façon habituelle dans des locaux ou chantiers où s'effectuent ces travaux sans une attestation du médecin du travail constatant qu'il ne présente pas de contre-indication aux travaux l'exposant à l'inhalation de poussières d'amiante »¹²⁰⁶. Il est ainsi demandé au médecin du travail de donner un quitus médical visant à apporter une certification d'absence de contre-indication à une exposition à des substances potentiellement graves pour la santé pour chaque salarié concerné. Ce décret a laissé des stigmates importants dans la communauté médicale du travail¹²⁰⁷ qui ont été ravivés par le décret du 1er février 2001¹²⁰⁸, dit décret CMR. Ce texte réaffirme en effet le principe de certification par le médecin du travail d'absence de contre-indication médicale à cette exposition¹²⁰⁹. Devant la désapprobation¹²¹⁰ soulevée par ce décret, le ministère du travail a indiqué que le rôle du médecin est de repérer les personnes qui présentent un « sur-risque » du fait d'une sensibilité personnelle. Le Conseil d'État a validé le décret en précisant qu'il confiait « au médecin du travail le soin de déceler des risques particuliers à certains salariés et, par suite, d'éviter que les personnes les plus vulnérables soient exposées à certains agents CMR [...] et que les médecins du travail disposent de plusieurs éléments d'ordre génétique, comportemental ou historique, pour apprécier les risques particuliers que courent

¹²⁰⁴ Comité national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé dans son avis numéro 80 relatif à « l'orientation de travailleurs vers un poste comportant un risque ».

¹²⁰⁵ A. Dejean de la Bâtie, Les cahiers du DRH, n° 238, 1er janvier 2017.

¹²⁰⁶ Décret n° 77-949 du 17/08/77 relatif aux mesures particulières d'hygiène applicables dans les établissements où le personnel est exposé à l'action des fibres d'amiante

¹²⁰⁷ Y. Christen, A. Carrel, L'ouverture de l'homme, Editions du Félin, 1986.

¹²⁰⁸ Décret n° 2001-97 du 1er février 2001 établissant les règles particulières de prévention des risques cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction et modifiant le code du travail, JO 3 févr. ; C. trav., art. R. 4412-44 et s.

¹²⁰⁹ C. trav., art. R. 4412-44.

¹²¹⁰ P.-A. Rosental, L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979. Rapport de recherche, Centre de recherches Historiques EHESS/CNRS, 2000.

individuellement les salariés à être exposés à [ces] agents »¹²¹¹. Pour les travaux nécessitant une surveillance médicale spéciale, en matière de travaux exposant le travailleur à un agent cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction (CMR)¹²¹², le médecin du travail doit vérifier que le travailleur ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux¹²¹³. Cette disposition n'est pas nouvelle¹²¹⁴. La question de la non contre-indication rejoint celle de l'aptitude au poste de travail. Une contre-indication indique une inopportunité qui s'oppose à la recommandation qui en serait l'inverse¹²¹⁵. La nécessité de repenser la question de l'aptitude est relayée en février 2005 par le plan santé travail qui dénonce « le manque de lisibilité, les ambiguïtés, la sécurité juridique d'un dispositif dont la cohérence d'ensemble n'est plus suffisamment assurée, au fil des évolutions sociales et juridiques. »¹²¹⁶ Le principe fondateur de l'exercice médical est le *primo non nocere* signifiant que, avant toute autre considération, la priorité est de ne pas nuire au patient. Dès lors, le médecin du travail, selon un dilemme analogue à celui qu'il rencontre en matière d'aptitude, devra prendre sa décision entre une contre-indication non fondée qui porterait préjudice aux salariés en raison des conséquences sur son emploi et une absence de contre-indication erronée qui ferait courir un risque¹²¹⁷ pour la santé du salarié. Or, le Code du travail conférant un rôle exclusivement préventif au médecin du travail, ce dernier doit avoir pour unique objectif d'éviter la moindre altération de la santé du salarié. Cette obligation interdit de participer à la gestion des risques qui suppose l'existence d'un compromis sur une marge de risque acceptable. Cela rend impossible au médecin du travail l'attitude qui consisterait uniquement à recommander le respect des valeurs limites d'exposition ou à en faire un critère d'absence de contre-indication. *A fortiori*, cela lui interdit de définir une absence de contre-indication qui serait alors un « pari hasardeux »¹²¹⁸, puisque du domaine de l'incertitude, et donc, par définition, non complètement protecteur pour la santé du sujet.

¹²¹¹ CE, 9 oct. 2002, n° 231869, Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés, au Lebon ; *AJDA* 2003. 350.

¹²¹² D. 1^{er} février 2001.

¹²¹³ C. trav., art. R. 4412-44 (agents chimiques dangereux), R. 4412-45, R. 4412-46, R. 4451-82 (rayonnements ionisants).

¹²¹⁴ Décret de 1992 sur le risque cancérigène, décret de 1996 concernant les expositions à l'amiante.

¹²¹⁵ A. Carré, Sortir de la subordination patronale, *Les Cahiers S.M.T.*, n° 16 – Juin 2001.

¹²¹⁶ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – Direction des relations du travail. Réponse au pourvoi n° 236838, Référence CXT 2001 6576, 2001. P. Davezies, L'aptitude médicale dans le système français de santé au travail : origine, interrogations et débats, *Médecine du travail & ergonomie*, Volume XLIV, 2007, 73-82.

¹²¹⁷ C. déont. méd., art. 40. L'article 95 du même Code précise que le médecin salarié ne peut agir que dans l'intérêt de la santé publique, de la santé des personnes et de leur sécurité.

¹²¹⁸ A. Carré, Sortir de la subordination patronale, *Les Cahiers S.M.T.*, n° 16 – Juin 2001.

166. La notion de non contre-indication, objet de critiques¹²¹⁹. Autoriser l'exposition aux substances cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction est susceptible de heurter les règles déontologiques des médecins. D'un point de vue scientifique, l'absence de contre-indication individuelle est difficile à affirmer en raison de l'insuffisance des connaissances scientifiques et médicales actuelles concernant les substances considérées¹²²⁰. Ce qui est surprenant ici et qui ne fait pas consensus chez les médecins du travail notamment, c'est le fait qu' « un médecin, chargé de prévenir toute altération de la santé des travailleurs du fait de son travail, puisse déclarer un salarié apte à être exposé un risque nuisible pour sa santé »¹²²¹. Ceci soulève des questions éthiques et entraîne des positionnements différents au sein de la profession. En effet, si le risque est avéré, il ne devrait pas pouvoir déclarer le salarié apte à être exposé à ce risque mais seulement s'assurer que le salarié est conscient du risque, qu'il accepte d'y être exposé et qu'il a connaissance des mesures de protection indispensables pour limiter autant que possible l'exposition. Également, au nom du principe de précaution, si le risque est mal appréhendé, le médecin du travail ne devrait pas être en mesure de délivrer un avis d'aptitude ou un certificat de non contre-indication, puisque, par hypothèse, en l'absence de connaissances scientifiques valables et approfondies, personne ne peut prévoir l'impact de cette exposition sur une personne déterminée. De plus, en pratique, l'exposition pour un même salarié est rarement unique et des données manquent pour apprécier l'effet cumulé de l'exposition à plusieurs agents cancérigènes. Enfin, les prédispositions individuelles sont impossibles à déterminer pour un individu précis du fait du caractère probabiliste des indications sur la génétique. On peut donc dire que, du point de vue de la déontologie médicale, il est impossible de se prononcer quant à une absence de contre-indication aux substances évoquées. Quoi qu'il en soit, que le risque soit avéré ou non, l'idée même d'une décision relative à l'aptitude paraît injustifiée scientifiquement et le médecin du travail ne devrait avoir dans ce cas que pour mission de conseiller le salarié sur les conditions de travail et les comportements adéquats à adopter¹²²². En filigrane, c'est la question de la sélection d'un salarié que l'on envisage d'affecter à un poste de travail sur des critères de santé alors que la mission du médecin du travail, préventive à l'exclusion de toutes autres, est de prévenir les risques potentiels du poste de travail. Cela va dans le sens de la conception

¹²¹⁹ P. Abecassis et al., L'aptitude médicale en question : réflexions d'un groupe de l'inspection médicale du travail et de la main-d'œuvre. Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelles d'Ile-de-France, 2002, 70 p.

¹²²⁰ Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, avis n° 80, 4 déc. 2003.

¹²²¹ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013. 1025.

¹²²² S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013. 1025.

retenue par le Conseil d'État¹²²³ qui fait valoir que « les médecins du travail disposent de plusieurs éléments d'ordre génétique, comportemental, historique pour apprécier les risques particuliers que courent individuellement les salariés à être exposés à des cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction »¹²²⁴. Critiquée par de nombreux professionnels de santé, cette décision soulève la critique la plus vive du Professeur Soulat¹²²⁵ qui précise, dans le cadre d'une contribution aux travaux de la mission Issindou¹²²⁶, que « cet avis révèle une méconnaissance totale de la notion médicale de fragilité et plus généralement du fondement de la pratique médicale, le médecin ne disposant en général sur une consultation d'aucun des trois éléments cités par le Conseil d'État ». De plus, selon le même Professeur, « ces notions sont inutilisables : la fragilité génétique ne peut être utilisée pour écarter un salarié. Ce n'est ni scientifiquement, ni déontologiquement, ni éthiquement défendable. Les troubles comportementaux ne sont pas nécessairement de nature médicale... La notion d'historicité est hors sujet en matière médicale. L'histoire des événements de santé du patient est un élément important justement parce qu'il s'agit d'une histoire en perpétuelle évolution, ce qui rend difficile une prise de décision définitive dans la plupart des cas. Enfin, le terme de fragilité est flou : écarter une personne fragile n'a pas de sens, ce d'autant que la loi favorise au contraire l'insertion professionnelle de la fragilité définie en termes de handicap. Prendre en compte la fragilité, c'est d'abord jouer sur l'aménagement et les conditions de travail et non sur l'aptitude à l'emploi ».

167. « Un frein aux confidences du salarié »¹²²⁷. Vue par certains comme « un « polluant » de la relation clinique entre le médecin du travail et le salarié »¹²²⁸, la pratique de l'aptitude est une illustration du dévoiement de la mission préventive du médecin du travail par l'organisation d'examen médicaux répétés, orientés prioritairement vers du contrôle au détriment du conseil. De plus, elle est contraire à l'article R. 4127-100 du Code de la santé publique qui prévoit qu' « un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention ou, sauf urgence, médecin traitant d'une même personne. »¹²²⁹ La confiance entre un médecin et celui qui le reçoit en consultation, dans le cadre essentiel du

¹²²³ CE 9 octobre 2002 n° 231869, Conseil d'Etat statuant au contentieux n° 231869/236838 – Séance du 16 septembre 2002, lecture du 9 octobre 2002.

¹²²⁴ A. Carrol, Histoire de l'Eugénisme en France, Editions du Seuil, 1998.

¹²²⁵ Pr Jean-Marc Soulat, Président du collège des enseignants Hospitalo-universitaires de médecine du travail.

¹²²⁶ M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail », mai 2015 ; *RDS*, n° 67, 2015, pp. 736-739.

¹²²⁷ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013. 1024.

¹²²⁸ M. Bonnechère, Santé-sécurité dans l'entreprise et dignité de la personne au travail, *Dr. ouvr.* 2003. 453.

¹²²⁹ C. santé publ., art. R. 4127-100.

colloque singulier, est absolument indispensable afin de mener à bien la phase clinique et de diagnostic ainsi que l'adaptation éventuelle du poste de travail, et, dans les cas les plus désespérés, de prendre la décision, difficile mais qui s'impose, d'inaptitude à tout poste dans l'entreprise dans la perspective toutefois d'un reclassement. Or, il n'est pas rare en effet que le médecin du travail, malgré sa méconnaissance de l'état de santé réelle du salarié, doive analyser l'aptitude au regard du poste de travail envisagé. Le médecin du travail n'étant pas choisi par le salarié, et la liberté de choix du médecin assurant la confiance garantie par le secret médical auquel tout praticien est soumis, le salarié ne se prive pas du droit qui est le sien de ne pas révéler tous ses « *secrets* » de santé. Dès lors, le médecin du travail n'a pas connaissance, sauf accord du salarié pour les lui communiquer, de ses données personnelles médicales. Or, il est illusoire de penser qu'un médecin informé de données médicales sensibles par le salarié et particulièrement graves ne le conduirait pas à restreindre son aptitude. C'est la raison pour laquelle, bien souvent : la parole est d'argent mais le silence est d'or. En effet, la réalité des consultations médicales fait état du manque de transparence des salariés s'agissant particulièrement de leur consommation de substances psychoactives, surtout illicites, ou d'autres pathologies pouvant avoir une incidence sur leur aptitude comme les épilepsies. Même si le médecin du travail peut demander des examens complémentaires pour mieux appréhender l'état de santé du salarié¹²³⁰ mais qui restent soumis à l'accord du salarié, il ne peut ordonner de bilan complet, « ce qui laisse toujours une part d'ombre potentielle sur les états de santé réel du salarié ». Dès lors, on peut aisément imaginer que certains salariés antérieurement reconnus inaptes puissent être particulièrement frileux à révéler leur exact état de santé. Par conséquent, le dévoiement de la mission du médecin du travail que constitue l'examen de l'aptitude est une entrave majeure à la connaissance de l'état de santé réel du salarié, pourtant déterminante pour mener une prévention efficace. En outre, la décision d'aptitude, compte tenu de son caractère nécessairement non prédictif, est insusceptible de réduire le risque d'accidents du travail. « L'aptitude n'a aucune signification réelle au plan médical »¹²³¹. Y compris juridiquement, ce dispositif n'est pas adapté. Quand un médecin émet un avis d'aptitude, il ne déclare pas l'absence de risque pour la santé du fait du travail. Au-delà de l'hypothétique protection de la santé du salarié, considérer aujourd'hui, à la lumière de la construction jurisprudentielle de la Cour de Cassation, que la décision d'aptitude offre une réelle garantie contre la mise en cause de la responsabilité de

¹²³⁰ C. trav., art. R. 4624-35.

¹²³¹ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013. 1024.

l'employeur, ne correspond pas à la réalité du droit positif en raison de l'étendue de l'obligation de sécurité de ce dernier¹²³².

2. Une critique judiciaire

168. L'incompatibilité des fonctions. Certains postes, qualifiés de sécurité, exigent un contrôle à l'embauche, puis ensuite périodiquement, des capacités physiques et mentales des travailleurs qui les occupent. Mais outre qu'il est nécessaire de définir strictement ces postes¹²³³, 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. Cette différence renvoie à l'impossibilité déontologique pour un même médecin d'exercer en même temps des fonctions de conseil, telles qu'elles sont prévues par l'article R. 4623-1 du Code du travail, et des fonctions d'expertise et de contrôle¹²³⁴, dont « les limites et les effets pervers »¹²³⁵ ne sont pas critiques nouvelles. Le Conseil d'Etat, dans une décision du 7 juin 2006¹²³⁶, s'est prononcé sans équivoque à propos de la circulaire qui organisait les médecines de contrôle et du travail au sein de la SNCF en concluant que « le code du travail a établi un régime d'incompatibilité¹²³⁷ entre les fonctions de médecin du travail et de médecin d'aptitude ». En effet, la vérification de l'aptitude peut conduire le médecin du travail, sans nécessairement en avertir le salarié, à se situer dans un cadre de conseil ou d'expertise. C'est pourquoi le Conseil d'Etat est amené à prendre cette décision très claire. Plusieurs pays européens ont pris le parti de limiter à la prévention le rôle du médecin du travail pour éviter l'écueil de la paralysie du système au détriment de la prévention de la santé-sécurité des travailleurs. Aujourd'hui, la Loi Travail est venue, dix ans après cette décision forte de la plus haute juridiction administrative, lui donner en partie raison, en ce qui

¹²³² C. trav., art. L. 4121-1 ; M. Blatman, L'obligation de sécurité, *Dr. soc.* 2011, p. 743 ; P.-Y. Verkindt, S. Fantoni-Quinton, Obligation de résultat en matière de santé au travail. A l'impossible, l'employeur est tenu ?, *Dr. soc.* 2013, p. 229 ; P.-Y. Verkindt, Un signe fort de la maturité sur l'obligation de sécurité de résultat, *SSL* n° 1726, p. 11 ; P.-Y. Verkindt, Les obligations de sécurité du chef d'entreprise : aspects de droit civil, *SSL*, suppl. n° 1286, 2005, p. 25 ; L. de Montvalon, Le crépuscule de l'obligation de sécurité de résultat, *JSL*, mars 2018, n° 449, pp. 4-7 ; L. de Montvalon, De l'obligation de sécurité à l'obligation de prévention des risques, *Les Cah. Lamy du CE*, n° 155, 1^{er} janvier 2016.

¹²³³ C. trav., art. R. 4624-23, III.

¹²³⁴ C. santé pub., art. R. 4127-100.

¹²³⁵ Rapport Frimat (p. 66) citant le rapport Gosselin, 2007.

¹²³⁶ CE, 7 juin 2006, n° 279632, Syndicat national professionnel des médecins du travail, Fédération des syndicats des travailleurs du rail – SUD rail.

¹²³⁷ A. Noury, Médecine du travail et médecine d'aptitude : des fonctions incompatibles, *JCP S* n° 41, 10 octobre 2006, 1796.

concerne la surveillance médicale de droit commun, désormais appelée « suivi individuel de l'état de santé du travail ». En effet, une visite d'information et de prévention vient remplacer la visite médicale d'aptitude. Or, la surveillance médicale renforcée demeure pour certaines catégories de travailleurs, de postes de travail dits à risques. De surcroît, le médecin du travail peut émettre un avis d'inaptitude et être à l'origine de la rupture du contrat de travail, dans une logique paternaliste. Donc, manifestement, tous les enseignements de cette jurisprudence n'ont pas été tirés. Ainsi, l'expression de régime d'incompatibilité émane du Conseil d'Etat qui, en 2006, a déclaré que la dualité du rôle de la médecine du travail, tiraillée entre une logique de contrôle de l'aptitude et devant poursuivre un objectif de prévention, était sinon digne d'une certaine schizophrénie du moins n'était pas viable. La décision du Conseil d'Etat a ainsi abouti à la conclusion que la médecine du travail relevait d'un périmètre à éclaircir. Saisi en contestation de la légalité d'une note d'information, au caractère impératif¹²³⁸, du directeur des ressources humaines de la SNCF relative à l'examen médical des agents habilités à exercer des fonctions de sécurité¹²³⁹, le juge administratif a été amené à statuer sur la mission de la médecine du travail¹²⁴⁰. Sur le fondement de l'article L. 4622-3¹²⁴¹ conférant au médecin du travail un « rôle exclusivement préventif¹²⁴² », les requérants entendaient, comme c'était le cas dans de nombreux secteurs, étendre la même différenciation entre médecine d'aptitude et médecine de prévention aux agents de la SNCF habilités à exercer des fonctions de sécurité. Il s'agissait en l'espèce de préciser la portée de ce rôle préventif à l'égard de la vérification des conditions physiques et professionnelles exigées pour l'exercice de certaines activités. En droit de la fonction publique, la dissociation entre médecine de prévention et médecine d'aptitude est effective. En effet, condition de la nomination à un emploi public, l'aptitude générale à exercer un emploi public qui est contrôlée par un médecin libéral agréé¹²⁴³. Le médecin du travail, quant à lui, est strictement cantonné à son activité de

¹²³⁸ CE, sect., 18 déc. 2002, Duvignères : Rec. CE 2002, p. 463 ; *AJDA* 2003, p. 487, chron. F. Donnat et D. Casas ; *RFD adm.* 2003, p. 274, concl. P. Fombeur.

¹²³⁹ L. n° 82-1153, 30 déc. 1982, art. 12 : JO 31 déc. 1982; D. 2000-286, 30 mars 2000, JO 1^{er} avril 2000 ; arrêté du 30 juillet 2003, JO 24 août 2003.

¹²⁴⁰ CE, 7 juin 2006, n° 279632, Syndicat national professionnel des médecins du travail, Fédération des syndicats des travailleurs du rail – SUD rail.

¹²⁴¹ C. trav., art. L. 241-2 anc.

¹²⁴² Disposition expressément applicable aux entreprises de transport depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 55-292 du 15 mars 1955 et plus particulièrement à la SNCF en vertu du décret n° 60-965 du 9 septembre 1960 (JO 10 septembre 1960). Le juge administratif considère que cette disposition est applicable à la SNCF « sous réserve des adaptations liées aux exigences du service public ferroviaire » (CE, 6 nov. 2000, n° 207780, Synd. national professionnel de la médecine du travail ; Rec. CE 2000, tables ; CE, 3 mai 2004, n° 255664, Couvreur).

¹²⁴³ D. n° 86-442 modifié, 14 mars 1986, JO 16 mars 1986.

prévention¹²⁴⁴. Un décret de 2000¹²⁴⁵ précise d'ailleurs qu'il « ne peut être chargé des visites d'aptitude physique ». Estimant que ni la loi du 30 décembre 1982 ni son décret d'application n'autorisaient de dérogation au Code du travail, le Conseil d'Etat a considéré que les articles L. 241-2 anc. (L. 4622-3 nouv.) et R. 241-32 anc. (R. 4623-16 nouv.) du Code du travail établissent « un régime d'incompatibilité¹²⁴⁶ entre les fonctions de médecine du travail et de médecine d'aptitude » et a par conséquent annulé le refus d'abroger la note d'information litigieuse. Dans ses conclusions, le Commissaire du gouvernement explique en quoi ces deux médecines ont des finalités différentes. En effet, il indique que « la médecine du travail a pour objectif d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. La médecine d'aptitude aux fonctions de pilotage ou de conduite a pour mission d'éviter tout risque pour les agents et pour les usagers. Elle est à la fois plus spécifique et plus large, puisqu'elle couvre a priori toutes les causes d'inaptitude et pas seulement celles qui sont susceptibles de survenir du fait du travail ». « Alors que l'intérêt du salarié est censé prévaloir dans la médecine du travail, la médecine d'aptitude repose davantage sur une normalisation du salarié. »¹²⁴⁷ Ainsi, on peut douter que « les médecins du travail qui, par leurs missions, sont réputés proches des travailleurs, soient les mieux à même pour exercer un contrôle d'aptitude à des fonctions de pilotage ou de conduite, qui, du point de vue des agents, peut être vécu comme répressif. Et on peut se demander si le fait de leur confier l'exercice de ce contrôle n'est pas susceptible de fragiliser le lien de confiance particulier qui doit exister entre l'agent et le médecin du travail »¹²⁴⁸. Le rapport Issindou, dans ses recommandations, prévoit d'ailleurs que le contrôle de l'aptitude pour les salariés concernés soit « réalisé par un médecin différent du médecin du travail qui assure le suivi du salarié »¹²⁴⁹.

169. L'articulation de l'aptitude avec la prévention. La législation est ainsi faite qu'elle impose une sorte de « schizophrénie » au médecin du travail qui complexifie ses

¹²⁴⁴ D. n° 82-453 modifié, 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, JO 30 mai 1982 ; D. n° 85-603 modifié, 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale, JO 18 juin 1985.

¹²⁴⁵ Article 11-2 du décret du 10 juin 1985 dans sa rédaction issue du décret n° 2000-542 du 16 juin 2000 (JO 20 juin 2000).

¹²⁴⁶ A. Noury, Médecine du travail et médecine d'aptitude : des fonctions incompatibles, *JCP S* n° 41, 10 octobre 2006, 1796.

¹²⁴⁷ CE 7 juin 2006, n° 279632, Synd. national professionnel des médecins du travail, concl. Ch. Devys, p. 4.

¹²⁴⁸ CE 7 juin 2006, n° 279632, Synd. national professionnel des médecins du travail, concl. Ch. Devys, pp. 4 et 5.

¹²⁴⁹ M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail », mai 2015, Recommandation n° 4, p. 87.

missions¹²⁵⁰. En effet, il a à la fois comme rôle d'être le conseiller de prévention de l'employeur et des salariés. Cela consiste à orienter, aider, accompagner, favorisant ainsi un consentement éclairé¹²⁵¹ du salarié dans le but de l'aider à construire sa santé au travail et de l'employeur dans la responsabilité qui est la sienne en application de son obligation de sécurité. En outre, le médecin du travail est aussi expert, par ses compétences, pour déterminer l'(in)aptitude du salarié au regard de son état de santé et du poste de travail envisagé. Cet avis s'impose aux parties au contrat de travail. Contrairement à la fonction publique qui opère une différenciation des rôles de médecin de prévention, dédié à un rôle de conseil, et de médecin agréé qui assure un contrôle, en médecine du travail, les deux rôles coexistent et sont incarnés par le même acteur. Selon l'article R. 4127-102 du Code de la Santé publique, le médecin qui contrôle doit informer la personne qu'il va examiner de sa mission et du cadre juridique où elle s'exerce et s'y limiter. Il doit être très circonspect dans ses propos et s'interdire toute révélation ou commentaire. Il doit être parfaitement objectif dans ses conclusions. Il s'ensuit de l'article de R. 4127-102 que, en toute logique, le médecin du travail devrait prévenir le travailleur que tous les éléments que ce dernier sera amené à lui confier pourront être de nature à fonder un avis d'inaptitude. Ce schéma atteint des limites évidentes. En outre, l'article R. 4127-36 du même Code dispose que le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Selon M. Gosselin, la vérification de l'aptitude ou de l'absence d'incompatibilités manifestes ne s'opposerait pas à la recherche du consentement éclairé du salarié¹²⁵². En matière de prévention des risques pour la santé, la première obligation du médecin du travail consiste à conseiller à l'employeur l'identification et l'évaluation des risques, à informer individuellement chaque salarié sur les facteurs de risques potentiels ou existants pour sa santé du fait du travail, à lui faire connaître ainsi qu'à la communauté de travail les conséquences médicales et professionnelles des facteurs de risque ainsi que les incertitudes qui demeurent, à en proposer la prévention à la source. Il doit pratiquer les éventuels examens médicaux susceptibles de confirmer une exposition et destinés à en dépister les premières manifestations sur la santé et en informer le

¹²⁵⁰ S. Fantoni-Quinton, L'évolution des missions du médecin du travail, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 51.

¹²⁵¹ Cette approche fait fortement référence un principe déontologique selon lequel le médecin exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de la dignité. L'article L. 1111-4 du Code de la santé publique (C. déont. méd., art. 36) précise à cet égard : « 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. [...] 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 ».

¹²⁵² H. Gosselin, Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives, rapport pour le ministre délégué à l'Emploi, au Travail et à l'Insertion professionnelle des jeunes, janv. 2007, p. 35.

sujet et, dans le respect du secret médical, la communauté de travail. Il a aussi le devoir de dépister les éventuelles affections en rapport avec les facteurs de risques et d'en rendre compte. À condition que ce soit en référence à ces principes, rien ne s'oppose à ce que le médecin atteste de l'exposition ou du suivi médical du salarié un facteur de risque. Il est indispensable que le médecin du travail trace au sujet les limites dans lesquelles s'inscrit son avis d'aptitude. Il est ainsi légitime de signaler au salarié, explicitement, à la première consultation, que le médecin du travail atteste, en le déclarant « apte » ou, de fait, « non inapte »¹²⁵³ à son poste de travail, de l'absence de danger supplémentaire qui pourrait survenir du fait de son état de santé par rapport aux dangers que courent les autres salariés occupant le même poste. Cela doit ensuite être obligatoirement complété par la description des facteurs de risques repérés par le médecin pour le poste de travail occupé par le salarié. La prévention et le contrôle de l'aptitude s'inscrivant dans des logiques opposées, elles sont nécessairement exclusives l'une de l'autre, bien que d'aucuns s'interrogent sur l'outil de prévention collective que serait l'inaptitude¹²⁵⁴.

170. La surveillance médicale individuelle des travailleurs s'est traduite en termes d'aptitude et d'inaptitude, selon que l'on considérerait l'entrée dans l'emploi ou sa sortie. Ce prisme du suivi médical a vite trouvé ses limites : monopolisation du temps médical¹²⁵⁵ du médecin du travail pour des résultats à tout le moins discutables en matière de préservation de la santé des travailleurs et de prévention des risques professionnels. C'est la raison pour laquelle d'aucuns appellent à une meilleure effectivité de la prévention en repensant le « rôle du médecin du travail indépendant du diktat de l'(in)aptitude »¹²⁵⁶. Après avoir été le centre de gravité de la pratique médicale du travail, absorbant tout le reste, l'aptitude est aujourd'hui remise en cause partiellement par la Loi Travail qui érige en principe son maintien pour les postes à risques et signe sa « disparition » pour tous les autres postes. L'effet de cette pratique, généralisée dans un premier temps, a induit un désengagement pour la prévention, terrain d'action collective en milieu de travail. Ce suivi individuel est nécessaire parce qu'il « est source d'information sur l'état de santé, les conditions de travail et le vécu, permet de faire le lien entre l'individu et le collectif dans les problèmes de santé au travail »¹²⁵⁷, mais il

¹²⁵³ C. trav., art. L. 1226-21.

¹²⁵⁴ B. Dorémus, « L'inaptitude, un outil de prévention collective », in M. Del Sol, F. Héas, *Variations sur et autour de l'inaptitude en santé-travail*, éd. Octavès, 2016, 246 p.

¹²⁵⁵ M.-C. Amauger-Lattes, Pénurie de médecins du travail et visites médicales obligatoires – Quelles responsabilités ? Quelles perspectives ?, *Dr. soc.* 2011, 351. La pénurie pèse sur les obligations de résultat de l'employeur (cf. Cass. civ., 1^{ère}, 19 décembre 2013, *Dr. soc.* 2014, 284, rapp. F. Verdun, p. 280).

¹²⁵⁶ S. Fantoni-Quinton, L'évolution des missions du médecin du travail, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 51.

¹²⁵⁷ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013. 1023.

n'est pas suffisant. Par le renforcement du médecin comme prescripteur d'un suivi de santé ciblé, l'objectif affiché était de « passer de manière effective d'une logique de réparation à une logique de prévention »¹²⁵⁸. Dans cette logique, la suppression de l'avis d'aptitude médicale systématique pour les salariés hors risque particulier a été accompagnée d'une possibilité pour tout travailleur de solliciter le médecin du travail¹²⁵⁹. De plus, le médecin du travail, après échange avec le salarié et l'employeur, peut proposer des mesures individuelles d'aménagement du poste de travail¹²⁶⁰. Ce rôle accru de prescripteur du suivi de santé du médecin du travail était souhaitable pour mieux calibrer le suivi de santé aux réels besoins de santé. En effet, sous l'empire des précédentes lois, un suivi déconnecté des besoins réels était prescrit dans un contexte d'effectif insuffisant de médecins. De plus, les médecins voyaient leur activité en milieu de travail et leur mission de prévention amputée par le temps pris par les visites médicales sans pouvoir exercer la totalité de leurs missions. La Loi Travail devrait pouvoir remédier partiellement à cela et permettre une plus grande implication dans l'ensemble des missions du médecin et des services de santé au travail. Pour autant, les modalités d'application de ces textes et la redistribution du temps médical en faveur, ou non, de la prévention des risques professionnels et du maintien en emploi, des missions très chronophages pour le médecin du travail d'autant qu'il doit piloter l'équipe pluridisciplinaire »¹²⁶¹, conditionneront pour partie l'avenir de la santé au travail. « Il semble évident que si l'on convertit la réforme de 2016 en différentiel de visites médicales avant/après les textes nouveaux pour ajuster la variable médicale au quota de visites médicales obligatoires dans le cadre des maxima fixés par le règlement, la réforme sera amputée de toutes ses ambitions »¹²⁶².

¹²⁵⁸ S. Selusi-Subirats, Réforme du suivi médical : vers une réelle simplification ?, RDS, n° 77, 2017, pp. 433-436.

¹²⁵⁹ C. trav., art. R. 4624-34.

¹²⁶⁰ C. trav., art. L. 4624-3.

¹²⁶¹ S. Fantoni-Quinton, Modernisation de la médecine du travail et refonte du suivi de santé : vers une mue salvatrice ?, Les Cahiers Sociaux, n° 295, p. 204.

¹²⁶² J.-M. Soulat, S. Fantoni-Quinton, La loi Travail et la santé au travail : évolution ou révolution ?, SSL, n° 1765, 18 avril 2017.

TITRE 2. Une médecine secondairement orientée vers le conseil en prévention

171. Approches individuelle et collective. « Les « visites médicales » continuent de peser lourdement sur l'organisation des emplois du temps »¹²⁶³. Or, « il n'a jamais été aussi primordial de recentrer l'activité des médecins du travail et de leurs équipes autour d'une véritable stratégie de prévention primaire »¹²⁶⁴. C'est en effet l'« objectif (...) récemment réaffirmé par les partenaires sociaux lors de la détermination des orientations du troisième plan national santé-travail 2016-2020 »¹²⁶⁵. Premièrement, l'affirmation que le suivi individuel du travailleur est l'étape qui précède l'action en milieu de travail est remise en cause par certains. En effet, deux écoles s'opposent sur l'articulation individuel/collectif. La rédaction de l'article L. 4622-3 du Code du travail est ambiguë parce que le terme de surveillance est équivoque. L'article L. 4622-2 du même Code prend le soin de mentionner, dans l'ordre du texte¹²⁶⁶, la conduite des actions de santé au travail qui concerne aussi bien des mesures individuelles d'aménagement de poste que des actions à dimension collective. Deuxièmement, il est fait mention du rôle de conseil à destination aussi bien de l'employeur que des travailleurs et de leurs représentants. Là encore, les dimensions individuelle et collective sont concernées. Troisièmement, les services de santé au travail assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs. Sur ce point, la prééminence semble porter sur la dimension individuelle mais elle n'est pas exclusive. En effet, d'une part, la référence au tiers dépasse cette dimension et, de plus, la surveillance des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels concernent des travailleurs pris individuellement, mais également une communauté de travail exposée à ces risques. Dès lors, c'est sur la base d'un suivi individuel, dans un contexte d'attention collective, que doit être menée cette surveillance. Enfin, la traçabilité des expositions professionnelles est effectuée dans le cadre du dossier médical en santé au travail (DMST)¹²⁶⁷ mais également de la fiche d'entreprise¹²⁶⁸ et, le cas

¹²⁶³ S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

¹²⁶⁴ *Ibid.*

¹²⁶⁵ *Ibid.*

¹²⁶⁶ Faut-il y voir pour autant un ordre de priorité ? Rappelons à cet égard que cette liste n'est pas exhaustive mais simplement indicative.

¹²⁶⁷ C. trav., art. L. 4624-8 (constitution du DMST).

¹²⁶⁸ C. trav., art. R. 4623-1, 2° (élaboration de la fiche d'entreprise par le médecin du travail) ; L. 4622-3 (missions du médecin du travail) ; L. 4161-1 (facteurs de risques professionnels).

échéant, la fiche de suivi des expositions¹²⁶⁹, à dimension collective. La contribution à la veille sanitaire participe de la dimension collective même si elle la dépasse pour épouser une dimension plus large de santé publique. Il est donc difficile de privilégier une coloration plus individuelle ou plus collective sur la base du texte seul¹²⁷⁰. Dans les faits, il est évident que la pratique des examens médicaux a très largement focalisé l'attention et l'énergie des médecins du travail. Preuve en est le recours à la règle du tiers-temps destinée à redimensionner l'activité des médecins du travail au profit d'une approche moins individuelle et plus collective... Ce texte est donc nécessairement sujet à interprétation et chacun peut y voir ce qu'il souhaite dans un contexte où « le nombre de médecins du travail diminue, alors que leurs missions vis-à-vis des salariés et des entreprises se multiplient et se complexifient. »¹²⁷¹ C'est la raison pour laquelle, certains ont qualifié le médecin du travail de « sorte de « bonne à tout faire » de la santé publique »¹²⁷². Ceux¹²⁷³ qui considèrent que le suivi médical n'est pas le *primum movens* pensent qu'il faut d'abord comprendre les risques d'entreprise et le travail réel et ensuite tenir compte des vulnérabilités individuelles pour prescrire un suivi de santé. Selon eux, il n'est pas évident que le suivi individuel soit une étape première qui précède inévitablement l'action en milieu de travail¹²⁷⁴. A cet égard, le passage de la médecine du travail à la santé au travail, avec l'émergence de la pluridisciplinarité comme élément fondamental d'évolution notamment culturelle, et la logique impulsée par la politique d'agrément des services, sont un point clé¹²⁷⁵. En effet, ce n'est pas tellement le suivi individuel qui va permettre de prescrire l'action en milieu de travail, car l'action en milieu de travail peut être menée en fonction de la typologie de l'entreprise et celle des risques présents, au moins autant que par le suivi individuel. En revanche, cette typologie doit émaner de l'évaluation des risques faite par l'employeur, dans le cadre de la rédaction du document unique, et par le médecin du travail qui doit établir la fiche d'entreprise. Par ailleurs, si l'on pouvait chiffrer le rapport coût/bénéfice de la prévention, on arriverait sans doute à mieux travailler sur l'acculturation préventive nécessaire. A cet égard, la centralisation des données

¹²⁶⁹ C. trav., art. R. 4452-23 (risques d'exposition aux rayonnements optiques) ; R. 4741-1-1 (dispositions pénales).

¹²⁷⁰ C. trav., art. L. 4622-3 (missions du médecin du travail) ; L. 4622-2 (missions des SST) ; L. 4622-4 (missions du médecin du travail dans les services internes ou autonomes) ; L. 4622-8 (rôle du médecin du travail dans les SSTI).

¹²⁷¹ S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

¹²⁷² P.-Y. Verkindt, Le médecin du travail et la sécurité des tiers, *Cah. soc.* avril 2017, n° 295, p. 208.

¹²⁷³ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013. 1023.

¹²⁷⁴ J.-M. Soulat, S. Fantoni-Quinton, La loi Travail et la santé au travail : évolution ou révolution ?, *SSL*, n° 1765, 18 avril 2017.

¹²⁷⁵ Rapport « *Attractivité et formation des professions de santé au travail* », IGAS n° 2017-023R/IGAENR n° 2017-053, établi par X. Chaster, P. Blémont, H. Siahmed, J.-M. Soulat.

collectées du terrain est un impératif. Au-delà du fait de présenter des risques, le travail, aussi, peut avoir des vertus thérapeutiques. La force du système de santé au travail, axé sur la prévention, est de développer les trois dimensions de préventions primaire, secondaire et tertiaire. Dans cette perspective, les deux approches individuelle et collective sont consubstantielles parce qu'elles s'inter-alimentent au sein des quatre missions de la santé au travail (actions de santé au travail, conseil, contrôle, suivi des expositions/veille sanitaire) qui doivent encore mieux s'articuler. Le suivi médical individuel, déconnecté du collectif ou déconnecté de la prévention en milieu de travail, n'a pas fait la preuve de son efficacité. Selon certains, l'approche collective qui s'inscrit dans la santé publique dans sa dimension épidémiologique, doit être privilégiée. En assurant la traçabilité des risques professionnels, le médecin du travail a un rôle de veille sanitaire et permet non seulement d'alimenter les banques de données, de prévenir les risques mais aussi d'obtenir une réparation en cas de risques réalisés. Finalement c'est ici que l'on observe le mieux l'indissociabilité des trois dimensions de la prévention¹²⁷⁶ en santé-sécurité au travail. La prévention primaire vise à éviter l'apparition des risques, et donc à les détecter. Pour ce faire, il faut connaître les risques, c'est-à-dire les identifier et les évaluer. La prévention secondaire consiste à limiter les conséquences de ces risques. La troisième concerne l'accompagnement pour éviter les séquelles ou les récurrences par l'aménagement des postes de travail proposé par le médecin du travail qui participe du maintien dans l'emploi. La préservation de la santé des travailleurs s'inscrit dans ces trois dimensions. Le médecin du travail intervient ainsi à la fois dans l'identification des risques (prévention primaire) mais aussi dans la détection et la veille des accidents et maladies (prévention secondaire) et dans l'accompagnement nécessaire au maintien dans l'emploi (prévention tertiaire). À tout niveau de prévention, le médecin du travail a un rôle essentiel à jouer.

172. Un droit pour le salarié. Le droit de rester en bonne santé, issu du principe constitutionnel de droit à la santé¹²⁷⁷, doit se conjuguer avec le droit au travail, c'est l'essence même du droit du travail et de son corollaire le droit de la santé au travail. De plus, le salarié

¹²⁷⁶ C. trav., art. L. 4622-2 et L. 4622-1.

¹²⁷⁷ Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, alinéa 11 : « Elle garantit à tous (...) la protection de la santé » ; L. Casaux-Labrunée, « Le droit à la santé », in *Libertés et droits fondamentaux*, 19^e éd., Paris, Dalloz, 2013, pp. 895-926 ; Ch. Sauvat, « Réflexions sur le droit à la santé », PUAM, 2004. Du même auteur : « Précision normative sur le droit à la santé », *Revue Lamy droit civil* no 24, février 2006, p. 53 – V. Saint-James, « Le droit à la santé dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel », *Revue du droit public* 1997, p. 457 – J. Moreau, « Le droit à la santé », *A.J.D.A.* 1998, numéro spécial « Les droits fondamentaux. Une nouvelle catégorie juridique ? », p. 185.

est créancier du droit d'être informé par l'employeur¹²⁷⁸ et par le médecin du travail¹²⁷⁹ des risques liés à l'exercice de sa prestation de travail, lors de l'exécution de son contrat de travail. En effet, la signature de ce dernier par le salarié ne constitue pas un blanc-seing pouvant mettre à mal sa santé. En effet, il a droit au respect de son intégrité physique et mentale, c'est-à-dire à la préservation de sa santé. Par conséquent, lorsque l'employeur exerce son pouvoir de direction, il doit toujours avoir à l'esprit que le salarié n'est pas une chose dont on dispose librement mais une personne dont il convient de préserver la santé. C'est ce droit fondamental que le législateur a, en partie, consacré, en créant la médecine du travail, en érigeant les principes généraux de prévention¹²⁸⁰ et en mettant en place des dispositions comme le droit de retrait¹²⁸¹ destiné à permettre au salarié de s'extraire *a priori* d'une situation de danger rencontrée à l'occasion de son travail¹²⁸². Les juges reconnaissent même, en amont de la réalisation du risque, l'existence d'un préjudice d'anxiété lorsqu'un salarié a été en situation de danger, même lorsqu'il n'a pas contracté de maladie ni subi un accident lié à ce danger¹²⁸³. Le périmètre précis est parfois difficile à dessiner, l'étendue de l'obligation de l'employeur en est d'autant élargie. En contrepartie de ce droit, qui est le versant de l'obligation de sécurité de l'employeur¹²⁸⁴, le salarié est lui aussi débiteur d'une obligation de sécurité mais de moindre intensité¹²⁸⁵. « Conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur, dans les conditions prévues au règlement intérieur pour les entreprises tenues

¹²⁷⁸ C. trav., art. L. 4111-6, 4° ; L. 4121-1, 2° ; L. 4141-1.

¹²⁷⁹ C. trav., art. L. 4624-1 ; R. 4624-11, 2° ; R. 4624-24, 3°.

¹²⁸⁰ C. trav., art. L. 4121-2 et L. 4121-1.

¹²⁸¹ C. trav., art. L. 4131-1.

¹²⁸² B. Gauriau, Les sanctions civiles de l'insécurité, *Dr. soc.* 2007, 719.

¹²⁸³ Cass. soc., 11 mai 2010, n° 09-42.241 à n° 09-42.257, *Bull. civ.* V, n° 106.

¹²⁸⁴ M. Blatman, L'obligation de sécurité, *Dr. soc.* 2011, p. 743 ; P.-Y. Verkindt, S. Fantoni-Quinton, Obligation de résultat en matière de santé au travail. A l'impossible, l'employeur est tenu ?, *Dr. soc.* 2013, p. 229 ; P.-Y. Verkindt, Un signe fort de la maturité sur l'obligation de sécurité de résultat, *SSL* n° 1726, p. 11 ; P.-Y. Verkindt, Les obligations de sécurité du chef d'entreprise : aspects de droit civil, *SSL*, suppl. n° 1286, 2005, p. 25 ; L. de Montvalon, Le crépuscule de l'obligation de sécurité de résultat, *JSL*, mars 2018, n° 449, pp. 4-7 ; L. de Montvalon, De l'obligation de sécurité à l'obligation de prévention des risques, *Les Cah. Lamy du CE*, n° 155, 1^{er} janvier 2016.

¹²⁸⁵ C. Radé, L'obligation de sécurité du salarié, *Dr. ouvr.* 2012, pp. 578-582 ; A. Fabre, L'obligation de sécurité du salarié ou l'histoire d'une fausse autonomie, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 39 ; C. André, « L'obligation salariale de sécurité est-elle une obligation de sécurité ? », *JCP S* 2008, 1094 ; S. Bourgeot, M. Blatman, P.-Y. Verkindt, *L'état de santé du salarié*, éd. Liaisons 2014 ; P. Chaumette, « Commentaire de la loi du 31 décembre 1991 relative aux obligations de l'employeur et du salarié en matière de sécurité a travail », *Dr. soc.* 1992, p. 337 ; A. Coeuret, « La responsabilité du salarié en matière de sécurité et prévention des risques professionnels », rapp. annuel de la Cour de cassation, la Doc. fr. 2002, p. 87 ; D. Corrigan-Carsin, « L'obligation de sécurité du salarié », *Mélanges dédiés à B. Bouloc*, Dalloz 2006, p. 233 ; F. Duquesne, « L'obligation de sécurité du délégué de pouvoir », *Dr. soc.* 2010, p. 954 ; F. Favennec-Héry, « L'obligation de sécurité du salarié », *Dr. soc.* 2007, p. 687 ; Y. Saint-Jours, « L'obligation de sécurité du salarié : prévention et responsabilité », *Dr. ouvr.* 2007, p. 560 ; P. Sargos, « L'évolution du concept de sécurité au travail et ses conséquences en matière de responsabilité », *JCP éd. G*, 2003, I. 104 ; R. Vatinet, « En marge des « affaires de l'amiante » : l'obligation de sécurité du salarié », *Dr. soc.* 2002, p. 533.

d'en élaborer un¹²⁸⁶, 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 »¹²⁸⁷. La nature de cette obligation fait l'objet de discussions notamment du fait qu'elle est étroitement liée au niveau d'information du salarié, dont dépend directement le niveau de formation à la sécurité qu'est en charge de dispenser l'employeur, sur conseil du médecin du travail. Ainsi, le niveau de compréhension et de perception du danger évolue en fonction de la formation, de l'âge, de la maturité ainsi que de l'expérience acquise par le salarié dans l'entreprise, conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur et le médecin du travail¹²⁸⁸. L'obligation d'obéissance du salarié est donc à géométrie variable et reste « encadrée et conditionnée »¹²⁸⁹ par l'obligation de sécurité de l'employeur qui prend le pas sur celle du salarié¹²⁹⁰. L'obligation du salarié n'étant pas autonome¹²⁹¹, puisque dépendante très largement de l'attitude de l'employeur, elle ne peut en constituer l'exact symétrique¹²⁹². « Les instructions de l'employeur précisent, en particulier lorsque la nature des risques le justifie, les conditions d'utilisation des équipements de travail, des moyens de protection, des substances et préparations dangereuses. Elles sont adaptées à la nature des tâches à accomplir. Les dispositions du premier alinéa sont sans incidence sur le principe de la responsabilité de l'employeur »¹²⁹³. Ce droit du salarié à ne pas exposer son intégrité physique connaît une limite. C'est le devoir de vaccination. Élément tangible de la politique de prévention, le salarié, lorsque la vaccination est rendue obligatoire en vertu d'une réglementation ou recommandée par la médecine du travail et mise en application par l'employeur dans le cadre de sa mission de prévention des risques professionnels¹²⁹⁴, ne peut s'y opposer en l'absence de contre-indication médicale. L'obligation de sécurité l'emporte en effet sur le droit de tout individu de refuser des soins¹²⁹⁵. Ainsi, la Cour de cassation a-t-elle approuvé le licenciement d'un employé des pompes funèbres qui refusait un vaccin obligatoire et proposait à

¹²⁸⁶ C. trav., art. L. 1311-2.

¹²⁸⁷ C. trav., art. L. 4122-1 al. 1.

¹²⁸⁸ C. trav., art. L. 4622-2.

¹²⁸⁹ N. Maggi-Germain, Travail et santé, le point de vue d'une juriste, *Dr. soc.* 2002, p. 492 : l'obligation salariale de sécurité « consiste en une obligation de discernement mise à la charge du salarié. Il lui faut être capable de reconnaître, d'identifier une situation dangereuse, de faire preuve de bon sens dans des limites qui varient selon les situations et les individus ».

¹²⁹⁰ Pignarre G., L'obligation de sécurité patronale entre incertitudes et nécessité, *RDT* 2006, p. 154.

¹²⁹¹ C. trav., art. L. 4122-1.

¹²⁹² André Ch., L'obligation salariale de sécurité est-elle une obligation de sécurité ?, *JCP S* 2008, n° 7, n°s 16 et s.

¹²⁹³ C. trav., art. L.4122-1, al. 2 et 3.

¹²⁹⁴ C. trav., art. R. 4426-6.

¹²⁹⁵ C. santé publ., art. L. 1110-5 ; C. santé publ., art L. 1111-4.

l'employeur de lui signer une décharge de responsabilité¹²⁹⁶. Il s'agit donc d'un devoir essentiel et permanent pour l'employeur¹²⁹⁷ auquel il revient de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des salariés, y compris les travailleurs temporaires¹²⁹⁸. A cet effet, il s'agit de prendre les mesures concernant la prévention des risques professionnels, l'information et la formation, ainsi que la mise en place d'une organisation et des moyens adaptés¹²⁹⁹. L'employeur doit anticiper l'apparition des risques ainsi que leur réalisation¹³⁰⁰. La logique de prévention est au cœur du dispositif, et une exigence de réactivité pèse sur l'employeur. En effet, animé par le souci d'édicter des règles de protection de la santé¹³⁰¹ et éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail¹³⁰², le législateur a prévu des dispositions précisant que les travailleurs, CSE et médecin du travail doivent être informés le plus rapidement possible de la survenance de risques professionnels¹³⁰³ et que les acteurs doivent réagir immédiatement¹³⁰⁴. Le médecin du travail est l'expert du lien santé-travail, spécialiste et conseiller, sur lequel l'employeur doit s'appuyer davantage dans une démarche volontaire. En effet, il n'est encore que peu impliqué dans les textes.

¹²⁹⁶ Cass. soc., 11 juill. 2012, no 10-27.888, *Bull. civ.* V, n° 221, *JSL*, n° 329-3.

¹²⁹⁷ *JSL* 2016 n° 401 Arrêt Air France : la Chambre sociale rend un hommage appuyé à l'obligation de prévention

¹²⁹⁸ C. trav., art. L. 4111-5.

¹²⁹⁹ C. trav., art. L. 4121-1.

¹³⁰⁰ C. trav., art. L. 4121-2.

¹³⁰¹ Préambule de la Consitution de 1946, alinéa 11.

¹³⁰² C. trav., art. L. 4622-3.

¹³⁰³ C. trav., art. R. 4412-92 (risque chimique) ; R. 4425-2 (risque biologique) ; R. 4451-63 (information immédiate du médecin du travail et de l'employeur en cas de dépassement de valeur limite d'exposition aux rayonnements ionisants)

¹³⁰⁴ C. trav., art. R. 4224-17 (élimination de toute déféctuosité susceptible d'affecter la santé et la sécurité des travailleurs) ; Annexe I à l'article R. 4312-1 (arrêt du processus dangereux aussi rapidement que possible sans créer de risque supplémentaire) ; R. 4412-35 (mise en œuvre des mesures appropriées pour remédier le plus rapidement possible à la situation et afin de rétablir une situation normale) ; L. 4131-1 et L. 4133-1 (le travailleur alerte l'employeur) ; L. 2313-2 (le délégué du personnel alerte l'employeur) ; L. 1321-5 (application immédiate des obligations relatives à la santé et à la sécurité lorsque l'urgence le justifie) ; L. 3134-5 (réalisation de travaux en cas de nécessité grave ou dans l'intérêt du public) ; L. 4131-2 (représentant du personnel au CHSCT alerte l'employeur) et L. 4132-2 (l'employeur procède alors immédiatement à une enquête) ; L. 4132-3 et L. 4132-4 (l'employeur informe immédiatement l'inspecteur du travail) ; L. 4132-5 (danger grave et imminent) ; L. 4133-2 (risques concernant la santé publique) ; L. 4721-5 (dresser immédiatement procès-verbal si danger grave ou imminent) ; L. 4731-1 (décision de l'inspecteur du travail sur un chantier) ; R. 3122-14 (dérogation à la durée de travail quotidienne pour l'exécution de travaux urgents) ; R. 4322-2 (remplacement immédiat des moyens de protection détériorés) ; R. 4412-28 (l'employeur prend immédiatement les mesures de prévention et de protection propres à assurer la protection des travailleurs en cas de dépassement de valeur limite d'exposition) ; R. 4425-3 (signaler immédiatement tout accident ou incident mettant en cause un agent biologique pathogène) ; R. 4434-6 et R. 4445-6 (prise immédiate de mesures pour réduire l'exposition au bruit et aux vibrations) ; R. 4452-18 (exposition aux rayonnements optiques) ; R. 4534-39 (découverte d'un engin susceptible d'exploser) ; R. 4534-90 (enlèvement de débris de verre) ; R. 4721-6 (obligation de prendre des mesures provisoires afin de protéger immédiatement la santé et la sécurité des travailleurs en cas de constat de situation dangereuse par l'inspecteur du travail) ; R. 7124-12 (suspension de l'agrément pour l'emploi d'enfants par des agences de mannequins agréées).

173. La santé et sa préservation comme matrice de la protection du droit du travail. Au-delà de la dimension structurante du travail, en raison du fait qu'il demeure au cœur de notre société, et qu'il est un pilier de la condition humaine¹³⁰⁵, il a des effets, parfois néfastes, sur la santé. C'est pourquoi, dès l'origine du droit social¹³⁰⁶, la santé et la sécurité ont constitué l'un des domaines privilégiés d'intervention du législateur¹³⁰⁷. Le travail, sous l'angle de l'emploi¹³⁰⁸, est également une source potentielle de risques physiques ou psychiques. L'objectif de préservation de la santé des travailleurs est à l'origine même du droit du travail¹³⁰⁹. Il est en adéquation avec l'essence de la discipline : protéger le salarié, protéger le « corps laborieux »¹³¹⁰, protéger sa santé¹³¹¹. L'hygiène et la sécurité, la santé au sens large, ont toujours été au cœur de la réglementation des relations professionnelles parce que le droit du travail est avant tout un droit de protection¹³¹². Il est né du déséquilibre de la relation contractuelle, de la situation de fragilité, de vulnérabilité, du salarié vis-à-vis de l'employeur. Le salarié étant la partie faible au contrat de travail, l'essence de ce droit est de le préserver dans la conclusion du contrat, l'exécution de la prestation, ainsi que la rupture de la relation de travail. Selon L. Vogel, « le droit de la santé au travail est ainsi apparu historiquement comme un double régime d'exception au droit commun qui sanctionnait d'une certaine manière la soustraction partielle des lieux de travail et des rapports ouvriers-patrons aux règles générales d'ordre public assurant l'intégrité physique des personnes »¹³¹³. C'est cet impératif de protection de la santé des travailleurs, à l'essence du droit social, qui a marqué

¹³⁰⁵ H. Arendt, *Condition de l'homme moderne*, Calmann-Lévy, 1961.

¹³⁰⁶ J.-P. Le Crom, La prévention des risques professionnels : quelques repères historiques, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 13.

¹³⁰⁷ P.-Y. Verkindt, Santé au travail : l'ère de la maturité, *Jurisprudence sociale Lamy*, n° 239, 1er sept. 2008 ; P. Morvan, *Securitas omnia corrumpit* ou le principe selon lequel il incombe à l'employeur de protéger la sécurité et la santé des travailleurs, *Droit social*, juin 2007, pp. 674-678.

¹³⁰⁸ M.-L. Morin, Partage des risques et responsabilité de l'emploi. Contribution au débat sur la réforme du droit du travail, *Dr. soc.* 2000, 730.

¹³⁰⁹ F. Héas, Présentation, *SSL suppl.* 8 déc. 2014, n° 1655, p. 3 ; N. Dedessus-le-Moustier, « La protection de la santé du salarié : de l'hygiène et la sécurité au bien-être au travail », in *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*, Paris, Lavoisier, p. 65.

¹³¹⁰ M. Bonnechère, Le corps laborieux, réflexion sur la place du corps humain dans le contrat de travail, *Dr. ouvr.* 1994, n° 545, pp. 173-185 ; E. Mazuyer, « Le corps et le droit du travail : au cœur d'un paradoxe », *La revue des droits de l'homme*, 8, 2015 ; F. Meyer, *Le corps humain en droit du travail*, Thèse de doctorat, Université Strasbourg III, Octobre 1985 ; C. Ursini, *Le corps de la personne au travail*, Thèse de doctorat, Université Lyon 2, Octobre 2013.

¹³¹¹ *SSL suppl.* 8 déc. 2014, n° 1655, pp. 23 et s.

¹³¹² F. Héas, De la sécurité à la santé, les évolutions de la prévention au travail, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 23.

¹³¹³ L. Vogel, L'organisation de la prévention sur les lieux de travail, Un premier bilan de la mise en œuvre de la Directive-cadre communautaire de 1989, Bruxelles, B.T.S., 1994, pp. 15 et s.

son autonomisation à l'égard du droit civil¹³¹⁴. Malgré tout, avec l'évolution des techniques et du travail, ce droit de l'hygiène et de la sécurité a évolué. Presque trente ans après la directive-cadre communautaire du 12 juin 1989¹³¹⁵, la prévention demeure le fondement premier des dispositifs de santé au travail et la notion de bien-être est souvent évoquée¹³¹⁶. Ce texte est par exemple à l'origine de l'introduction des principes de prévention dans le Code du travail¹³¹⁷, de la promulgation du document unique d'évaluation des risques¹³¹⁸ ou de l'intervenant en prévention des risques professionnels. L'émergence de ce droit à la santé au travail, que beaucoup envisagent plus largement encore, en étendant le champ d'application de la médecine du travail à toutes les formes de travail, en intégrant le travail indépendant¹³¹⁹, la fonction publique, et pourquoi pas les personnes en recherche d'emploi¹³²⁰, fait évoluer le rôle des différents acteurs de la sécurité au travail que sont l'employeur, le travailleur lui-même, les services de santé au travail au premier rang desquels le médecin du travail, les institutions représentatives du personnel, en particulier le CHSCT¹³²¹, remplacé par le CSE¹³²² et par la Commission santé sécurité et conditions de travail (CSSCT)¹³²³. L'exigence de

¹³¹⁴ A. Supiot, « Pourquoi un droit du travail ? », *Dr. soc.*, 1990, p. 485 ; X. Lagarde, « Aspects civilistes des relations de travail », *RDT civ.*, 2002, p. 435 ; S. GILSON, « Les renoncements ne se présument pas : examen en droit social de l'application d'un principe général du droit », in S. Gilson (dir.), *Au-delà de la Loi, Actualités et évolutions des principes généraux du droit*, Anthemis, 2006, pp. 108 et 109 ; P.-H. Antonmattei, J.-C. Sciberras, « Le travailleurs économiquement dépendant : quelle protection ? », *Dr. soc.*, n° 2, février 2009, pp. 221-234 ; J. Barthélémy, « Parasubordination », *Les cahiers du DRH*, n° 143, mai 2008 ; C. Giraudet, « La protection du travailleur économiquement dépendant », *Sem. Soc. Lamy*, n° 1494 ; P. Lokiec, « Le travailleur et l'actif », *Dr. soc.*, n° 11, nov. 2009, pp. 1017-1024.

¹³¹⁵ CE, dir. N° 89/391, 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 ; JOCE, n° I. 183/1 ; La prévention des risques au travail, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655.

¹³¹⁶ Le plan santé au travail 2010-2014 se fonde sur un objectif de « développement de la santé et du bien-être au travail » ; « Travail et bien-être au travail. L'apport de l'enquête CT-RPS 2016 », de Thomas Coutrot. Dares, mars 2018 ; N. Dedessus-Le-Moustier, « La protection de la santé du salarié : de l'hygiène et la sécurité au bien-être au travail », in *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*, Paris, Lavoisier, p. 65.

¹³¹⁷ C. trav., art. L. 4121-2.

¹³¹⁸ M.-A. Moreau, « Pour une politique de santé dans l'entreprise », *Dr. soc.* 2002, sp. p. 819.

¹³¹⁹ L. Casaux-Labrunée, L. de Montvalon, La solitude du travailleur indépendant face aux risques professionnels, *SSL* 2014, n° 1655, pp. 100-106.

¹³²⁰ M. Debout, Le traumatisme du chômage. Alerte sur 5 millions de personnes, Les Editions de l'Atelier, 96 p. ; P. Loiret, G. Arnaud, M. Saux, Principes généraux et fonctionnement de la médecine du travail, *Gaz. Pal.*, 1994, n° 278, pp. 7-16. L'aptitude concerne aussi les demandeurs d'emploi. Ce sont les médecins de main-d'œuvre qui sont compétents (C. trav., art. L. 5421-1).

¹³²¹ L.Lerouge, P.-Y. Verkindt, Sauvegarder et renforcer le CHSCT : un enjeu majeur de santé au travail, *Dr. soc.* 2015, n° 4, p. 365 ; S. Brissy, Le CHSCT, 30 ans après, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 45.

¹³²² H. Lanouzière, Du CHSCT au CSE. Pour une lecture articulée du nouveau triptyque de la représentation collective en matière de santé au travail, *SSL* 2017, n° 1793, p. 5. ; G. Pignarre, Le comité d'hygiène et de sécurité n'est pas soluble dans le comité social et économique, *RDT* 2017, N° 10, p. 647. ; I. Odoul-Asorey, Comité social et économique : nouvelles dispositions, *RDT* 2018, n° 2, p. 142.

¹³²³ Mise en place de manière obligatoire dans les entreprises de plus de 300 salariés (C. trav., art. L. 2315-36) ainsi que dans certaines entreprises particulièrement dangereuses (C. trav., art. L. 2315-37). Une CSSCT peut être instaurée, quel que soit l'effectif de l'entreprise, soit par accord d'entreprise (C. trav., art. L. 2315-41 et L.

prévention des risques professionnels, c'est-à-dire l'anticipation des risques résultant de l'activité professionnelle, est un impératif incontournable mais malaisé. De cette exigence initiale de sécurité et d'hygiène, le droit du travail, au départ dans une dimension seulement réparatrice¹³²⁴, s'est davantage focalisé sur la santé des travailleurs s'inscrivant désormais dans une démarche plus globale de protection de la santé au service, prioritairement axée sur la prévention¹³²⁵. Il s'agit donc de protéger la personne du salarié ainsi que son corps¹³²⁶. Outre la protection juridique et physique du salarié, le droit du travail doit également protéger sa santé mentale¹³²⁷, en ce compris, notamment, les questions relatives au harcèlement. Contrairement à la conception civiliste héritée des principes d'égalité et de liberté contractuelle, le droit du travail s'est construit sur l'inégalité de fait qui existe entre le salarié et l'employeur. Il convient donc de protéger particulièrement la partie faible au contrat. La problématique de la responsabilité, qui est d'abord une question d'imputation (qui doit répondre de) avant d'être une question de réparation, a été au cœur de la construction du droit social¹³²⁸. Il existe par conséquent une exigence générale et impérative – d'ordre public – de sécurité au travail : le droit à la sécurité du travailleur est consubstantiel au droit du travail. Le droit de la santé au travail semble aujourd'hui le pivot de cette discipline. Etant illusoire d'envisager la santé sans médecin, le médecin du travail ne peut avoir, lui aussi, qu'une place de premier choix, ce qui peut paraître en contradiction avec les dispositions issues de la Loi Travail qui défait le monopole du médecin du travail en tout cas s'agissant des visites en santé au travail. La carence préventive de la médecine du travail est relevée régulièrement dans les rapports et les analyses¹³²⁹ consacrés à cette spécialité médicale nonobstant l'impulsion

2313-2), soit en l'absence de délégués syndicaux, d'un commun accord entre l'employeur et le CSE (C. trav., art. L. 2315-42 et L. 2315-43).

¹³²⁴ Logique sur laquelle a été bâtie la loi de 1898 sur les accidents du travail et qui a été relayée avec la loi sur les maladies professionnelles de 1919.

¹³²⁵ H. Lanouzière, Prévenir les risques ou promouvoir la santé ? Comment passer d'une posture réactive à une démarche proactive ?, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 29.

¹³²⁶ S. Garnier, La sécurité des corps au travail, *SSL suppl.* 8 déc. 2014, n° 1655, p. 71.

¹³²⁷ Depuis le 1^{er} juillet 2012, L. n° 2011-867 du 20 juillet 2011, art. 1 (V).

¹³²⁸ M.-L. Morin, Partage des risques et responsabilité de l'emploi. Contribution au débat sur la réforme du droit du travail, *Dr. soc.* 2000, 730.

¹³²⁹ L'exposition aux risques professionnels – Intégrer l'organisation du travail et la prévention, document ANACT, 2000 ; Rapport Toussaint, Stratégies nouvelles de prévention (15/12/2006) ; Rapport Gosselin, Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives (janvier 2007) ; Rapport Frimat-Conso, Le bilan de réforme de la médecine du travail (octobre 2007) ; Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels (DGT) (décembre 2007) ; Rapport Desmarescaux visant à améliorer la santé au travail des salariés et à prévenir les risques professionnels (16 janvier 2008) ; Avis Dellacherie du Conseil Economique et Social du 3 mars 2008 – L'avenir de la médecine du travail ; Rapport Nasse et Légeron sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail (12 mars 2008) ; Rapport Dellacherie, Frimat, Leclercq, La santé au travail – Vision nouvelle et professions d'avenir (avril 2010) ; Rapport Lachmann, Bien-être et efficacité au travail (17/02/2010) ; Rapport de l'Ordre National des

donnée par la directive 89-391 qui peine à trouver une traduction forte en pratique malgré la mise en cause de la responsabilité de l'Etat relevée en cas de carence du système de prévention¹³³⁰. Pour mieux l'appréhender, il convient d'analyser le double objet du colloque singulier entre travailleur et médecin du travail (**chapitre 1**) ainsi que la double destination du conseil du médecin du travail (**chapitre 2**).

Médecins – La réforme de la santé au travail passée au crible de la déontologie médicale (25 juin 2010) ; Rapport Issindou – Aptitude et médecine du travail (Mai 2015) ; Rapport « Attractivité et formation des professions de santé au travail », IGAS n° 2017-023R/IGAENR n° 2017-053, établi par X. Chaster, P. Blémont, H. Siahmed, J.-M. Soulat.

¹³³⁰ Rapport fait au nom de la mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante, n° 2884, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 février 2006.

Chapitre 1. Le double objet du colloque singulier

174. En médecine générale, la relation médecin/patient doit reposer sur une relation de confiance réciproque communément appelée colloque singulier. Il s'agit d'un rapport privilégié qui s'inscrit dans le cadre d'une relation asymétrique et synallagmatique. En effet, pour être efficiente, cette relation doit se dérouler dans le respect de principes et de devoirs aux premiers rangs desquels figurent, à la charge des travailleurs, celui de fournir les informations nécessaires au diagnostic, et à la charge du médecin de donner une information claire, loyale et appropriée et de recueillir le consentement du patient, dans le respect de la dignité, du secret médical, de la vie privée. En santé au travail, tandis que l'obligation d'information existe de la part du médecin du travail, celle de révéler l'exact état de santé n'existe pas à la charge du salarié¹³³¹. Il demeure libre de parler ou de se taire¹³³². En droit du travail, la relation médecin/salarié est imposée et ne repose pas sur le soin. C'est en effet une médecine exclusivement préventive. La difficulté en médecine du travail, contrairement à la médecine de ville ou hospitalière, est que le professionnel de santé et le patient ne poursuivent pas nécessairement les mêmes objectifs. Dans la médecine « classique », c'est-à-dire la médecine d'essence curative occidentale, l'objectif commun et partagé du praticien et du patient est la guérison de ce dernier. En médecine du travail, l'objectif du travailleur est d'obtenir l'autorisation médicale de travailler alors que le médecin aura la charge de s'assurer de l'absence d'incompatibilité entre l'état de santé du travailleur, ou candidat à l'emploi, et le poste de travail pressenti. Le caractère juridiquement contraignant de la décision médicale, qu'elle soit entendue sous le prisme de l'aptitude ou de l'inaptitude, parachève cette dualité d'objectifs et contribue ainsi à la confusion des fonctions. Au-delà du nécessaire rapport privilégié de confiance entre médecin et travailleur, le colloque singulier doit permettre l'exercice essentiel de la médecine du travail portant aussi bien sur le suivi de la personne du travailleur (**section 1**) que sur la surveillance des conditions de travail (**section 2**).

¹³³¹ A l'exception de l'aéronautique et de la marine où obligation est faite de révéler les antécédents médicaux.

¹³³² A.-M. Laflamme, colloque Lille, Entre secret et mensonge, face aux obligations de prévention et de sécurité au travail, Regards croisés franco-qubécois, 3-4 nov. 2016. 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 », *Dr. soc.*, n° 1, 2016, pp. 19-26.

175. L'essence de la médecine du travail est de permettre au médecin de « déployer son art pour écarter du salarié les effets néfastes du travail pour sa santé »¹³³³ et ainsi « contester le caractère fatal des accidents du travail et des altérations de la santé des travailleurs du fait de leur travail »¹³³⁴. Pour être efficiente, la « clinique du travailleur » nécessite, outre un examen clinique adapté au salarié et à ses conditions de travail, une forme de transversalité participant de la complétude de la connaissance du patient-travailleur, que ce soit dans sa dimension privée comme patient ou dans la sphère professionnelle comme travailleur. Ainsi, se pose la question de l'accès aux informations médicales (**paragraphe 1**) du travailleur. Cet accès est difficile au regard des exigences et contraintes liées à l'objet et au statut de la médecine du travail mais également de l'insuffisance de lien systémique avec la santé publique (**paragraphe 2**).

Paragraphe 1. L'accès aux informations médicales

176. Conformément à l'article R. 4624-35 du Code du travail, le médecin du travail dispose de la possibilité de demander la réalisation d'exams médicaux complémentaires qu'il jugerait nécessaires à la détermination de la compatibilité entre son poste de travail et l'état de santé du travailleur au poste de travail, et notamment au dépistage des affections comportant une contre-indication au poste de travail considéré, au dépistage des maladies dangereuses pour l'entourage ou bien au dépistage d'une maladie professionnelle ou à caractère professionnel susceptible de résulter de l'activité professionnelle. Ensuite, le médecin du travail peut proposer une visite médicale à tout travailleur le nécessitant¹³³⁵. A l'issue, le médecin du travail délivre au salarié soit un avis d'inaptitude, soit un avis d'aptitude pour les salariés affectés à un poste de travail présentant des risques particuliers, soit enfin une attestation de suivi lorsque le médecin n'a pas constaté d'inaptitude et si le salarié n'est pas concerné par l'article R. 4624-23 du Code du travail qui liste les postes à risques. Pour

¹³³³ J. Savatier, *Le médecin du travail et le sort du salarié*, *Dr. soc.*, 1987. 604.

¹³³⁴ *Ibid.*

¹³³⁵ C. trav., art. R. 4624-34.

autant, cette possibilité offerte au médecin du travail de diligenter des examens complémentaires est en contradiction avec le refus d'accès aux données personnelles de santé du salarié. C'est la raison pour laquelle, en parallèle du dossier médical partagé (A), le médecin du travail constitue un dossier médical en santé au travail (B).

A. Le dossier médical partagé

177. « Afin de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins, les bénéficiaires de l'assurance maladie peuvent disposer, dans les conditions et sous les garanties prévues aux articles L. 1110-4 et L. 1110-4-1 et dans le respect du secret médical¹³³⁶, d'un dossier médical partagé¹³³⁷. »¹³³⁸ En raison de son contenu¹³³⁹, le dossier médical partagé est essentiel, pour autant qu'il soit bien coordonné et qu'il soit généralisé. Cependant, son accès interdit au médecin du travail (1) constitue un frein à l'exercice médical (2).

1. Un accès interdit au médecin du travail

178. L'accès au DMP. Pour assurer un bon suivi, adapté et pertinent, et établir, le cas échéant, un bon diagnostic, le médecin du travail doit avoir connaissance de l'histoire de la santé du travailleur ainsi que son parcours professionnel. Le carnet de santé dématérialisé qu'est le dossier médical partagé¹³⁴⁰, créé « afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins »¹³⁴¹, est un outil pertinent¹³⁴². Son accès est conditionné à la volonté du

¹³³⁶ D. Sicard, Quelles limites au secret médical partagé ? *D.* 2009. 2634.

¹³³⁷ J. Capodano, « Dossier médical partagé (DMP) et secret professionnel : les nouveaux enjeux », *RDS*, n° 76, 2017, pp. 233-235. ; F. Vialla, *RDS*, n° hors-série « Loi de modernisation de notre système de santé », 2016, pp. 52-65 ; C. Leuzzi-Louchart, D. Mathieu, « L'utopie du partage ou la difficile mise en place d'un dossier médical partagé », *RGDM*, n° 53, 2014, pp. 19-26 ; M.-T. Pain-Masbrenier, « Le dossier médical personnel », *RGDM*, n° 18, 2006, pp. 217-245 ; J.-L. Romanens, « Le DMP : un dossier médical personnel encore peu partagé », *RDS*, n° 47, 2012, p. 358-363 ; C. Bourdaire-Mignot, « Le dossier médical personnel (DMP) : un outil de stockage des données de santé en vue d'une utilisation partagée », *RGDM*, n° 44, 2012, p. 295-311 ; F. Viala, « Secret et DMP », *RDS*, n° 3, 2005, pp. 42-44 ; A. Monnier, Le dossier médical personnel : histoire, encadrement juridique et perspectives, *RDSS* 2009, p. 625.

¹³³⁸ C. santé pub., art. L. 1111-14.

¹³³⁹ C. santé pub., art. R. 1111-30.

¹³⁴⁰ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ; anciennement dossier médical personnel, créé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, art. 3.

¹³⁴¹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

patient, pour autant que la loi l'autorise aux professionnels de santé. Or, certains d'entre eux en sont privés. C'est le cas du médecin du travail¹³⁴³, qui était déjà privé de l'accès au carnet de santé au même titre que les médecins des compagnies d'assurance et les employeurs¹³⁴⁴. Cette interdiction très ciblée dénote un manque de cohérence du dispositif. En effet, comment expliquer que le médecin scolaire ne connaisse pas le même traitement alors qu'il est chargé « des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé auprès de l'ensemble des enfants scolarisés dans les établissements d'enseignement des premier et second degrés de leur secteur d'intervention »¹³⁴⁵ et qu'il entretient lui-même des liens avec l'établissement dans lequel le mineur est scolarisé ? « Preuve d'une défiance très sévère »¹³⁴⁶ et d'une « suspicion générale »¹³⁴⁷, en contradiction avec l'affirmation de l'indépendance du médecin du travail à l'égard de l'employeur, cette situation fait peser une forme de discrédit sur la médecine du travail dans le contexte socio-économique et culturel de la deuxième moitié du 20^{ème} siècle. Le caractère obligatoire de cette médecine sans choix possible du praticien¹³⁴⁸ et la confusion dans sa mission¹³⁴⁹, souvent perçue comme une médecine de contrôle, ont logiquement abouti à cette exclusion, qui a été rappelée par le législateur refusant au médecin du travail l'accès au dossier médical partagé¹³⁵⁰. Ce principe comporte quelques exceptions notamment dans le cadre des soins d'urgence et de certaines vaccinations en milieu de travail¹³⁵¹. « L'absence d'accès au DMP par la médecine du travail prévue par la loi semble s'être inscrite, au nom des libertés individuelles et de la protection du secret médical, dans la continuité du carnet de santé. Les problématiques du respect du libre choix

¹³⁴² O. Dupuy, *La gestion des informations relatives au patient. Dossier médical et dossier médical personnel*, Les études hospitalières, éd. 2005 et A. Lièvre et G. Moutel, *Le dossier médical : concept et évolutions (Droits des patients et impact sur la relation soignants-soignés)*, mai 2010.

¹³⁴³ C. santé pub., art. L. 1111-18 ; C. pén., art. L. 226-13.

¹³⁴⁴ Arr. du 18 oct. 1996 fixant le modèle du formulaire de « carnet de santé ». JO 20 oct., p. 15432. Les syndicats de médecins du travail avaient formé un recours qui a été rejeté par le Conseil d'Etat (CE, 1^{er} déc. 1997, n° 185361). Les motifs du rejet, fondés sur le rôle exclusivement préventif et non curatif des médecins du travail, ne pourraient plus être invoqués en raison de l'existence désormais d'un volet préventif.

¹³⁴⁵ Décret n° 91-1195 du 27 novembre 1991, art. 2.

¹³⁴⁶ C. Bourdairé-Mignot, « Le dossier médical personnel (DMP) : un outil de stockage des données de santé en vue d'une utilisation partagée », *RGDM*, n° 44, 2012, p. 295-311.

¹³⁴⁷ C. Bourdairé-Mignot, « Le dossier médical personnel (DMP) : un outil de stockage des données de santé en vue d'une utilisation partagée », *RGDM*, n° 44, 2012, p. 295-311.

¹³⁴⁸ D. Huez, *Evolution du champ de la santé au travail. Actualité et dossier en santé publique*, 1994, n° 9.

¹³⁴⁹ En écartant les médecins du travail du champ d'application de l'art. L 4124-2, CSP, le Conseil d'Etat conclut à l'absence de mission de service public lors de la délivrance d'un certificat d'inaptitude, CE 10 févr. 2016, n° 384299, Lebon.

¹³⁵⁰ La loi n° 2016-41 du 26 janv. 2016 n'est pas revenue sur cette interdiction existant déjà dans le Code de la Santé publique en 2009 : « Le dossier médical partagé n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail » (CSP, art. L. 1111-18).

¹³⁵¹ Sénat. Accessibilité des médecins du travail au carnet de santé. Question écrite n° 22564 de M. J.-L. Carrère. JO Sénat 29 mai 1997, p. 1559 ; v. aussi J. Vigneron, *Le carnet de santé et le médecin du travail*, Médecine et Droit, 1997. 20 ; CE 1^{er} déc. 1997, n° 185361, 185791, 188424.

du praticien et du droit du patient de choisir pour sa santé auraient également engendré la crainte d'une entrave à l'attractivité du DMP. Ceci s'illustre bien par l'amendement accepté le 22 juin 2004 par la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie, qui a induit l'interdiction du DMP pour le médecin du travail dans la loi du 13 août 2004. Bien que contestés, les amendements avançaient un risque d'une sélection des salariés sur des critères médicaux ou encore d'exploitation de certaines informations médicales¹³⁵². »¹³⁵³ Exclure le médecin du travail de l'accès au DMP paraît en contradiction avec les objectifs de coordination de l' « outil clé de la pratique de la santé au travail »¹³⁵⁴ et de préservation de la santé. Le médecin doit en effet pouvoir utiliser tout ce qui concourt à identifier les causes des problèmes liés à l'état de santé physique et mentale des travailleurs afin de les faire cesser, lorsque l'existence d'un lien est démontrée entre état de santé fragilisé et conditions de travail. Cette étape est le résultat d'une analyse clinique en santé au travail, individuelle et éventuellement collective, pour aboutir à l'affirmation d'un diagnostic étiologique tel que le ferait tout autre médecin spécialiste. L'utilité du recours à l'écrit médical permettant de retracer l'histoire du patient travailleur et l'histoire du travail est donc essentielle. Bien que répondant à un objectif commun (améliorer la qualité de la prise en charge par un meilleur suivi et une meilleure traçabilité des données), mais le DMST s'inscrivant dans le rôle exclusivement préventif du médecin du travail¹³⁵⁵ et le DMP ayant un périmètre plus large, ces deux dossiers médicaux ne connaissent pas les mêmes règles notamment quant à leur accès, leur contenu, leur conservation, leur traçabilité. « Le DMP contient des renseignements et/ou des documents produits lors d'une prise en charge de soins, de diagnostic ou de prévention et dont l'inclusion est jugée utile au parcours coordonné de soins. Il ne peut être créé qu'à la demande du patient et ne peut être renseigné ou modifié qu'avec son accord. Dans tous les cas, l'accès au DMP par un professionnel de santé est tracé et cette information est accessible au patient. »¹³⁵⁶ Le DMP¹³⁵⁷ est créé à la demande du patient qui exerce un contrôle total à tout moment. A ce titre, le patient a la possibilité de

¹³⁵² Compte rendu de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie, 22 juin 2004.

¹³⁵³ V. Mesli, Quelles articulations entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail ?, *RDSS* 2014, p. 266.

¹³⁵⁴ *Ibid.*

¹³⁵⁵ C. trav., art. L. 4622-3.

¹³⁵⁶ V. Mesli, Quelles articulations entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail ?, *RDSS* 2014, p. 266.

¹³⁵⁷ Thierry Casagrande, « L'accès direct au dossier médical : principes juridiques et réalités pratiques », *Médecine & Droit* n° 71, mars-avril 2005, p. 50-54

masquer les données de son choix¹³⁵⁸. Cette opération, désignée « masquage du masquage »¹³⁵⁹, n'est pas connue des autres professionnels de santé. Cette opération, selon le rapport Fagniez¹³⁶⁰, participe de la responsabilisation du patient, acteur de sa santé.

179. Les différences entre DMP/DMST¹³⁶¹. Le DMP est la propriété de la personne pour fluidifier son parcours de soins tandis que le DMST n'est la propriété de personne, ni du salarié ni du médecin qui en est seulement dépositaire. C'est lui qui l'alimente. Le salarié peut y avoir accès mais ne peut pas l'alimenter lui-même ni effacer de données. Comme tout dossier médical, il a accès à tout sauf aux notes personnelles du médecin¹³⁶². En effet, ces dernières ont été circonscrites par la jurisprudence : ce sont les notes qui ne participent ni de près ni de loin à la prise en charge de la personne (aucune donnée d'exposition, aucune donnée professionnelle). Les notes personnelles seront souvent marginales dans un dossier médical en santé au travail. Ce ne sont pas des données qui concernent le suivi de santé des salariés. Suite aux recommandations HAS en 2009 et son assise légale en 2011 après la loi retraite, ce dossier médical en santé travail doit remplir le cahier des charges et reprendre non seulement les données personnelles mais aussi les données qualitatives et quantitatives servant à la traçabilité des expositions. Aujourd'hui, les dossiers médicaux ne comprennent jamais ces données parce que les aspects médicaux sont renseignés dans le cadre des entretiens individuels (VIP...) et quand une action collective est menée, que ce soit une fiche d'entreprise, une fiche de poste, ces dernières alimentent un dossier commun, souvent sous forme papier, rattaché non à la personne, mais à l'entreprise. L'intérêt serait que ce dossier d'entreprise¹³⁶³, pour les données qui concernent un salarié, puisse être consultable numériquement en fonction de la période et du poste occupé quand le salarié demande son dossier médical, pour qu'il ait à la fois les données médicales le concernant mais aussi les données collectives. Parmi les 20 propositions du rapport Frimat, l'une d'elles prévoit un volet consacré à la traçabilité des expositions dans le DMP qui, à défaut d'être accessible au médecin, pourrait être alimenté par lui (possibilité de remplir le volet expositionnel sans

¹³⁵⁸ C. Manaouil, *Le dossier médical personnel (DMP) : « autopsie » d'un projet ambitieux ?*, Médecine et droit 2009, p. 24 et s., spéc. p. 32.

¹³⁵⁹ C. santé pub., art. L. 1111-21 ; F.-A. Allaert, C. Quantin, *Le dossier médical personnel du patient : réflexions sur le portail d'accès unique et le masquage du dossier*, Ingénierie et Recherche Biomédicale, n° 30, 2009, 114.

¹³⁶⁰ Rapport déposé par le député Pierre-Louis Fagniez le 31 janvier 2007, à la demande du ministre de la Santé Xavier Bertrand.

¹³⁶¹ V. Mesli, *Quelles articulations entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail ?*, *RDSS* 2014, p. 266.

¹³⁶² C. santé pub., art. R. 4127-45 ; F. Viala, « Existe-t-il des notes personnelles ? Points de vue divergents », *RDS*, n° 5, 2005, p. 201-205 ; J. Bonneau, *L'accès au dossier médical*, GP 10 mai 2003, p. 3.

¹³⁶³ Mission relative à la prévention et à la prise en compte de l'exposition des travailleurs aux agents chimiques dangereux, Rapport P. Frimat, août 2018, p. 28.

nécessairement avoir un accès au reste du dossier). Il aurait été intéressant que le médecin du travail puisse bénéficier d'une connaissance plus large du salarié et puisse utiliser l'ensemble des informations pour traiter les maladies ou fragilités éventuelles et donc participer plus activement à leur prévention. Dans le même sens, le rapport Attractivité¹³⁶⁴ recommande de « créer un volet spécifique « contexte et expositions professionnels ou santé au travail » du DMP et permettre par voie législative et réglementaire l'accès aux médecins du travail à ce seul volet tout au long du parcours professionnel du salarié »¹³⁶⁵. Le rapport propose de « généraliser l'interopérabilité des systèmes d'information et de chaque service de santé au travail et l'utilisation de l'identifiant national de santé nécessaire à un fonctionnement en réseau des SST afin de tracer les expositions durant le parcours professionnel et à l'accompagnement des médecins du travail dans le suivi médical des salariés »¹³⁶⁶. La recherche d'efficacité préside à ces recommandations qui ont pour but de favoriser et faciliter la lisibilité et l'interprétation des indicateurs, d'améliorer la qualité de la prise en charge (traçabilité, épidémiologie, veille sanitaire) et de faciliter la pratique professionnelle. Egalement, la promotion de la santé est visée grâce à une amélioration de l'information des patients/travailleurs pour une meilleure appréhension des ressources disponibles et du rôle du travailleur dans son parcours de santé.

180. La protection des données. Avec le Règlement général sur la protection des données (RGPD)¹³⁶⁷, qui remplace la Directive CE 95/46 du 24 octobre 1995, applicable à partir du 25 mai 2018¹³⁶⁸, les droits des personnes vont être renforcés¹³⁶⁹ notamment par la création d'un droit à la portabilité des données personnelles, ce qui va supposer une adaptation de tous les acteurs concernés, dont les services de santé au travail. En effet, ce texte concerne toutes les entités situées dans l'Union européenne ou proposant des services dans l'Union européenne qui traitent des données à caractère personnel, parmi lesquelles celles concernant la santé, même manuellement. Ainsi, les données à caractère personnel relatives à la santé physique, y compris la prestation de services de soins de santé, qui révèlent

¹³⁶⁴ Rapport « Attractivité et formation des professions de santé au travail », IGAS n° 2017-023R/IGAENR n° 2017-053, établi par X. Chaster, P. Blémont, H. Siahmed, J.-M. Soulat.

¹³⁶⁵ Rapport Attractivité, recommandation 15.

¹³⁶⁶ Rapport Attractivité, recommandation 16.

¹³⁶⁷ Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données), JOUE, 4 mai 2016, L 119/1 à L 119/88 ; L. ROQUE, « Une volonté actée de structuration de la protection des données personnelles de santé », *RDS*, n° 72, 2016, p. 593-597 ; M. GRIT, « Traitement des données de santé : allégement des formalités auprès de la Cnil », *RDS*, n° 79, 2017, p. 739-740.

¹³⁶⁸ Article 99 du règlement.

¹³⁶⁹ Article 5 du règlement.

des informations sur l'état de santé, sont concernées¹³⁷⁰. Le RGPD vise toute opération ou tout ensemble d'opérations effectuées ou non à l'aide de procédés automatisés et appliquées à des données ou des ensembles de données à caractère personnel telles que la collecte, l'enregistrement, la conservation etc. Ce texte souhaite responsabiliser encore davantage les acteurs, notamment avec la mise en œuvre de sanctions dissuasives. Par ailleurs, de nouveaux droits sont prévus : droit d'information renforcé (consentement¹³⁷¹ pour une finalité précise), droit à l'oubli consacré¹³⁷², droit à la limitation des traitements et droit à la portabilité des données¹³⁷³. Outre les services de ressources humaines, de gestion de la relation adhérent, les services comptabilité, techniques, juridiques, communication, sont aussi concernés les services de santé au travail. Ainsi, un pilote devra être désigné, ayant pour rôle d'informer et conseiller le responsable de traitement, de contrôler le respect du règlement et du droit national en matière de protection des données, de conseiller le service de santé sur la réalisation d'études d'impact sur la protection des données et d'en vérifier l'exécution et de coopérer avec l'autorité de contrôle. Ensuite, une cartographie des traitements de données personnelles devra être dressée. Elle devra prévoir les mentions suivantes : nom du responsable, catégorie de données traitées, finalité, lieu de stockage, durée de conservation et mesures de sécurité pour minimiser les risques¹³⁷⁴. Pour chaque traitement, les actions de conformité, selon les risques pesant sur les droits et libertés des personnes concernées, devront être priorisées. Une analyse d'impact¹³⁷⁵ sur la vie privée contenant un descriptif du traitement et de ses finalités, une évaluation de la nécessité et de la proportionnalité du traitement, une appréciation des risques sur les droits et libertés des personnes concernées ainsi que les mesures envisagées pour traiter les risques et se conformer au règlement devra être menée. Des processus internes devront être décrits pour protéger en permanence les données, la conformité devra être documentée et prouvée à tout moment. Les services de santé au travail vont devoir se conformer à ces nouvelles exigences.

¹³⁷⁰ Article 4 du règlement.

¹³⁷¹ Article 7 du règlement.

¹³⁷² Article 17 du règlement.

¹³⁷³ Article 20 du règlement.

¹³⁷⁴ Article 13 du règlement.

¹³⁷⁵ Article 35 du règlement.

2. Un frein à l'exercice médical

181. Les paradoxes de l'interdiction. Prévoir une rubrique consacrée à la prévention dans le DMP et en interdire l'accès à une médecine dont la mission est exclusivement préventive posent question. L'avis 114 du Comité Consultatif National d'Ethique de 2011 avait pointé cette difficulté en évoquant « la possibilité de consigner les résultats de tests salivaires dans le DMP, sous réserve de l'avis du patient, alors que le médecin du travail n'a pas le droit d'accéder au DMP¹³⁷⁶ »¹³⁷⁷, même avec l'accord du salarié¹³⁷⁸, ce qui contrevient au principe d'autonomie¹³⁷⁹ qui place le patient comme acteur principal et décisionnaire de sa santé. Des actions sont ensuite entreprises, notamment impulsées par les plans de santé au travail visant « à réduire les accidents du travail et les maladies professionnelles, à prévenir les risques professionnels, l'usure au travail et la dégradation de la santé, ainsi qu'à permettre le maintien dans l'emploi »¹³⁸⁰. Par l'absence d'accès au contenu du DMP par le médecin du travail, on se prive d'un rouage essentiel pour assurer la coordination nécessaire des services de santé au travail avec les acteurs de la prise en charge de soins. Cette interdiction alimente la défiance vis-à-vis de la médecine du travail lorsqu'il est précisé dans une brochure d'information du DMP : « la médecine du travail, les mutuelles et assurances, les banques mais aussi votre employeur, n'ont pas le droit d'accéder à votre DMP »¹³⁸¹. Cette exclusion des médecins du travail tend à interroger les garanties d'exercice offertes par la loi des « conditions d'indépendance professionnelle définies »¹³⁸². Par le refus d'accès au DMP, la déconnexion de la santé publique est susceptible d'engendrer des surcoûts ou retards de diagnostics, par l'impossibilité d'accéder aux examens réalisés dans le parcours de soins ou dans la prévention de la santé au travail. Ainsi, on peut relever nombre de contradictions qui écartent le médecin du travail du schéma classique de santé publique participant ainsi de son déficit de confiance. Cette disposition s'inscrit dans un contexte de défiance pouvant jeter un doute sur l'indépendance du médecin ou obérer la qualité du colloque singulier. Cet obstacle s'explique par le statut de salarié, direct ou indirect de l'entreprise, du médecin du travail. La

¹³⁷⁶ Comité Consultatif National d'Ethique, Avis n° 114, Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail. Enjeux éthiques liés à leurs risques et à leur détection, 2011.

¹³⁷⁷ V. Mesli, Quelles articulations entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail ?, *RDSS* 2014, p. 266.

¹³⁷⁸ C. santé pub., art. L. 1111-18, al. 3 : « *Le dossier médical partagé n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail* ».

¹³⁷⁹ L. n° 2002-303, 4 mars 2002.

¹³⁸⁰ Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Le plan de santé au travail 2010-2014, 2010.

¹³⁸¹ Agence des systèmes d'information partagés de santé. Site d'information du Dossier Médical Personnel.

¹³⁸² C. trav., art. L. 4623-8.

pluridisciplinarité permettant un accès large de l'équipe de santé au travail, même si le médecin a autorité notamment dans le cadre des protocoles écrits, n'est pas de nature à rassurer les détracteurs d'un accès du médecin du travail au DMP. De plus, le fait que ce sera, la plupart du temps, un non médecin qui recueillera la confiance du salarié et qui la retranscrira dans le DMST est un argument supplémentaire faisant peser le doute sur cette institution. Enfin, la possibilité de notifier les éléments médicaux ayant fondé les avis émis par le médecin du travail au médecin mandaté par l'employeur, dans le cadre de la procédure devant le Conseil de prud'hommes, en cas de contestation d'un avis du médecin du travail, qui aura ainsi accès au DMST¹³⁸³, est de nature à laisser penser au salarié que les confidences qu'il aura pu faire à l'équipe de santé au travail pourront se retourner contre son emploi et donc contre lui n'est pas non plus un bon signal. Les garanties de nature à constituer un climat de confiance ne sont pas réunies, ce qui peut expliquer, dans ce contexte, le refus de l'accès au DMP au médecin du travail. Dans un autre contexte, ouvrant des garanties pour assurer l'indépendance du médecin du travail¹³⁸⁴ et le respect absolu du secret médical, mais également pour offrir un schéma préventif plus vertueux, ces freins pourraient être levés.

B. Le dossier médical en santé au travail

182. Un intérêt médical. En santé au travail, le DMST¹³⁸⁵ est le document individuel de santé de référence qui fait figure de « 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. »¹³⁸⁶ Ses objectifs principaux sont d'aider le médecin du travail à apprécier le lien entre l'état de santé du travailleur, le poste de travail et les conditions de travail, mais aussi de participer à la traçabilité des expositions professionnelles. Tenu par le médecin du travail, il peut aussi être

¹³⁸³ C. trav., art. L. 4624-7, II.

¹³⁸⁴ C'est la position notamment de M. Royez (FNATH) : « À tout le moins, il faut que les médecins cessent d'être subordonnés aux employeurs. Ceux-ci financent la médecine du travail et il n'y a aucune raison que cela change. Mais dans ce domaine, le principe « qui paie, commande » est un très mauvais principe. Car pour l'instant, les médecins, dans leur très grande majorité, sont essentiellement au service de l'employeur. » (audition du 25 octobre 2005)

¹³⁸⁵ C. Czuba, V. Mesli, « Le dossier médical en santé au travail à l'aune de l'équipe pluridisciplinaire », *RGDM*, n° 53, 2014, p. 73-80.

¹³⁸⁶ Recommandation de la HAS en 2009.

« 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 »¹³⁸⁷, ce qui n'est pas sans poser de questions inhérentes à la volonté du salarié et aux limites de l'information. Il ne répond pas aux mêmes exigences juridiques que le dossier médical partagé. Il convient d'en retracer les règles relatives au contenu soumis à la volonté du patient (1) avant d'évoquer le fait qu'il s'agit finalement d'un outil limité à la traçabilité professionnelle (2). S'il correspondait à cette réalité, il constituerait déjà une grande avancée, mais les faits ne traduisent pas, ou très partiellement, cet objectif.

1. Un contenu soumis à la volonté du travailleur

183. Le respect du secret médical¹³⁸⁸. Alors que les textes encadrant le secret médical¹³⁸⁹, d'ordre public, semblent laisser une place absolue à la volonté de l'intéressé quant à la communication de ses données de santé, force est de constater l'existence d'exceptions¹³⁹⁰. Le DMST est un outil professionnel créé par le médecin du travail et sous sa responsabilité¹³⁹¹, rendu obligatoire et ciblé par des recommandations émises par la HAS¹³⁹², contrairement au DMP reposant sur la seule volonté du patient. Il est défini par la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites¹³⁹³ et est abordé à plusieurs reprises dans le Code du travail¹³⁹⁴. Selon l'article L. 4624-2 du Code du travail, le médecin du travail établit un dossier en santé au travail qui « retrace dans le respect du secret médical les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis... » Le Code du travail précise que « le dossier médical est communiqué, sur sa demande, au médecin inspecteur du travail et peut être adressé, avec l'accord du travailleur, à un médecin de son

¹³⁸⁷ Recommandation de la HAS en 2009.

¹³⁸⁸ C. Duhamel, Respect du secret professionnel : en médecine du travail, le silence est d'ordre, Alternatives économiques, 1^{er} avril 2002 ; P. Adam, Médecins du travail : le temps du silence ?, Dr., soc. 2015, p. 541.

¹³⁸⁹ C. santé pub., art. L. 1110-4.

¹³⁹⁰ C. trav., art. L. 4624-8.

¹³⁹¹ C. santé pub., art. R. 4127-72 : « le médecin doit 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 ».

¹³⁹² Haute Autorité de Santé / Service des bonnes pratiques professionnelles. Le dossier médical en santé au travail, 2009, p. 12. Ces recommandations ont un caractère réglementaire et s'imposent donc aux services de santé au travail : CE, 27 avr. 2011, n° 334396.

¹³⁹³ C. trav., art. L. 4624-2.

¹³⁹⁴ C. trav., art. R. 4412-56, R. 7214-20 et R. 7214-21.

choix »¹³⁹⁵. La formulation de cet article laisse entrevoir la possibilité de communiquer le dossier médical du salarié au médecin inspecteur sans avoir recueilli préalablement l'avis de l'intéressé¹³⁹⁶. C'est la même logique selon laquelle on permet au médecin mandaté par l'employeur, dans le cadre d'une contestation devant le Conseil de prud'hommes, d'avoir accès aux éléments médicaux ayant fondé les avis émis par le médecin du travail. Cela concerne-t-il aussi le DMST ? Ici, une difficulté majeure se pose quant au respect du secret médical. Comme le DMP, le DMST est un outil rythmant la pratique professionnelle des médecins, dans le respect de la confidentialité et du droit des patients. Cependant, le patient dispose d'un « champ d'action renforcé et élargi dans le DMP, comparativement au DMST »¹³⁹⁷. Concernant l'hébergement des données contenues dans le DMP, la loi prévoit sa création « auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel agréé »¹³⁹⁸. Le DMST, quant à lui, fait l'objet de plus de souplesse – certains diront de moins de précaution – parce qu'il peut être conservé au sein de l'établissement de santé l'ayant constitué ou être déposé auprès d'un hébergeur agréé. Qu'il s'agisse du DMP, comme du DMST, le responsable du traitement des données doit assurer la sécurité des informations¹³⁹⁹. Le manquement à cette obligation est sanctionné pénalement¹⁴⁰⁰. S'agissant de la conservation des données, pour le DMP, la loi prévoit un délai de dix ans après sa clôture¹⁴⁰¹, qui peut être demandée par le patient, laquelle est irréversible et effective après validation par le médecin de l'hébergeur. Pour le DMST, le patient ne peut demander sa suppression. Il n'existe pas de règle générale de durée de conservation. L'exposition du travailleur à certains risques professionnels peut engendrer une conservation de cinquante ans, durée correspondant au délai de prise en charge de maladies professionnelles dans le cas des cancérogènes¹⁴⁰². Le DMP prévoit la traçabilité en temps réel non seulement des données de santé retranscrites mais également des actions effectuées par les professionnels de santé sur ce document. Les moyens mis en œuvre pour le DMST divergeant, ces informations ne sont pas forcément transmises au patient salarié qui demande une copie de son DMST. « Par analogie avec le

¹³⁹⁵ C. trav., art. L. 4624-8, R. 4412-56 ; C. santé pub., art. L. 1110-4.

¹³⁹⁶ S. Brissy, Collecte et traitement des informations nécessaires, Droit et secret dans les SSTI – Actes Journées Santé Travail du CISME – Tome V – 2015, p. 52.

¹³⁹⁷ V. Mesli, Quelles articulations entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail ?, *RDSS* 2014, p. 266.

¹³⁹⁸ Art. L. 161-36-1 CSS.

¹³⁹⁹ Loi n° 78-17 du 6 janv. 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, art. 34, modifiée par la loi du 6 août 2004.

¹⁴⁰⁰ Art. 226-17 C. pén.

¹⁴⁰¹ Art. L. 161-36-3 CSS.

¹⁴⁰² A. Chapouthier-Guillon, Le dossier médical en santé au travail, in *Travail et sécurité*, n° 725, 2012. 48.

dossier hospitalier, le DMST contient des données communicables sous certaines conditions et des données non communicables. » Les notes personnelles du médecin¹⁴⁰³ entrent dans la seconde catégorie. Le DMP participe d'une philosophie qui confère au patient davantage d'autonomie, en meilleure adéquation avec la loi Kouchner de 2002¹⁴⁰⁴. En effet, rien n'est tenu hors de la connaissance du patient. Le DMST est obligatoire quand le DMP émane de la volonté seule du patient. Le DMST est plus un outil règlementaire qu'un outil médical. « Le médecin du travail est l'acteur principal contrôlant le contenu du DMST, alors qu'il s'agit du patient pour le DMP. »¹⁴⁰⁵

2. Un outil limité à la traçabilité professionnelle

184. Limites de l'information contenue. « Toute personne prise en charge par un professionnel de santé (...) a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. (...) La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. »¹⁴⁰⁶ Le travailleur peut s'opposer à ce qu'une information fasse partie des éléments communicables de son DMST. Par ailleurs, le travailleur contrôle directement une partie des données de son DMST. C'est lui-même qui donne les informations le concernant. Cependant, le médecin peut être considéré comme responsable du DMST, le Code de déontologie médicale précisant qu'il « doit protéger contre toute indiscretion les documents médicaux, concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées »¹⁴⁰⁷. En outre, le DMST peut être renseigné par le médecin, certes, mais aussi par d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire sans que le salarié n'ait donné le moindre accord. Cependant, il est libre de donner des informations à caractère médical le concernant comme de les taire¹⁴⁰⁸. Selon l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, des

¹⁴⁰³ Arr. 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. JO 17 mars, p. 5206.

¹⁴⁰⁴ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

¹⁴⁰⁵ F.-A. Allaert, C. Quantin, Le dossier médical personnel du patient : réflexions sur le portail d'accès unique et le masquage du dossier, Ingénierie et Recherche Biomédicale, n° 30, 2009. 114.

¹⁴⁰⁶ C. santé pub., art. L. 1110-4.

¹⁴⁰⁷ C. santé pub., art. R. 4127-73.

¹⁴⁰⁸ C. Radé, S. Fantoni-Quinton, *Disputatio* : secret, mensonges, conséquences pour le salarié au regard de son obligation de sécurité et de loyauté, Colloque Lille, Entre secret et mensonge, face aux obligations de prévention et de sécurité au travail, Regards croisés franco-québécois, 3-4 nov. 2016.

professionnels de santé, appartenant à la même équipe de soins peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. De plus, le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins – ce qui est le cas pour une équipe de santé au travail –, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable¹⁴⁰⁹. Ces écrits intégrés au dossier médical retracent les dires du salarié, son vécu, son ressenti. Cette transcription, nécessairement subjective, doit faire l'objet d'un usage maîtrisé et être confrontée à ce que le médecin peut connaître de l'objectivité des situations de travail, de son organisation, de l'entreprise, de ce que disent les autres salariés, de leur vécu, de ce que le médecin du travail peut connaître également des situations semblables décrites par ses pairs ou retrouvées dans la littérature. Le médecin ne peut, dans un certificat qui serait alors perçu comme « authentifiant » les propos du salarié, qui peuvent être réels mais aussi exagérés ou inventés, mettre en cause l'employeur. En tout état de cause, lorsque le médecin incrimine, il sort de son rôle selon le CNOM¹⁴¹⁰ qui exerce son pouvoir disciplinaire en la matière. Les caractères qualitatif et quantitatif de l'information reçue par le médecin du travail sont essentiels. De plus, un point d'équilibre est à trouver entre les conséquences chronophages d'une recherche trop pointilleuse de l'information et le temps médical disponible. Le choix opéré par le médecin du travail quant au contenu des informations renseignées répond aux priorités qu'il entend porter dans l'exercice de son métier. Se donner pour objectif de renseigner au mieux tout ce qui est relatif à l'emploi et à la santé du salarié semble réaliste. En revanche, relater tous les dires du salarié, sans opérer de sélection, envahirait le temps de consultation au détriment de l'investigation nécessaire à l'établissement du lien santé-travail, et ne présenterait pas d'intérêt. En outre, les données socio-administratives, comme le nombre d'enfants par exemple, peuvent revêtir une importance particulière car permettant de comprendre des difficultés de santé, tant l'équilibre entre organisation de la vie privée et organisation du travail avec horaires variables peut être difficile, particulièrement pour les femmes.

¹⁴⁰⁹ V. Mesli, Quelles articulations entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail ?, *RDSS* 2014, p. 266.

¹⁴¹⁰ C. santé pub., art. R. 4126-1 ; CE, 10 févr. 2016, n° 384299 : tel est le cas du médecin qui reconnaît qu'il s'était senti obligé d'établir un avis d'inaptitude à l'égard d'un salarié de l'entreprise concernée en raison de la réaction de ce salarié déclarant que « faute de cet avis d'inaptitude, il ne lui restait qu'à se suicider » et qui admettait qu'il avait établi ultérieurement des avis d'inaptitude à partir des seuls dires du salarié, sans analyse précise du poste du travail ni échange préalable avec ses employeurs ; CE, 11 oct. 2017, n° 403576 : comme tout médecin, les médecins du travail sont tenus de respecter les obligations déontologiques.

Concernant la santé des travailleurs, les antécédents médicaux personnels ainsi que les habitudes (alcool, tabac et autres addictions) présentant un intérêt pour l'évaluation du lien entre l'état de santé du travailleur et le poste de travail ou pour le suivi de la santé du travailleur soumis à certaines expositions professionnelles, sont particulièrement importants. La mise à jour du DMST, pourtant essentielle, est également difficile à réaliser notamment en raison de l'espacement des visites médicales et de la tendance à leur démedicalisation¹⁴¹¹. Avec la fin de la visite médicale systématique, il convient légitimement de s'interroger sur la pertinence d'élaboration de ce dossier médical. En effet, cette visite d'embauche, médicale, permettait non seulement de délivrer un certain nombre d'informations au travailleur concernant son travail et les risques y afférant mais également de recueillir les données de santé, pourtant « nécessaires aux actions individuelles et collectives en santé au travail »¹⁴¹², qu'il voulait bien communiquer au médecin du travail, aujourd'hui à l'infirmier en santé au travail¹⁴¹³, pour la constitution de ce dossier¹⁴¹⁴ qui est un marqueur important dans la vie au travail. Or, pour une prévention des risques professionnels de qualité, la question de la traçabilité de l'état de santé est majeure.

185. Conséquences en termes de prévention. Les garanties qui entourent le DMP ne sont pas les mêmes ou ne sont pas de la même intensité en santé au travail. Ceci participe de la défiance que peuvent nourrir les salariés à l'égard de la médecine du travail et influencent négativement la mission de prévention de cette dernière. De façon générale, tout accès ou toute communication concernant les données d'un dossier médical doit se faire dans le respect du secret professionnel. Toute violation de ce secret constitue une infraction pouvant engager la responsabilité du professionnel de santé¹⁴¹⁵. Comme l'indique l'article L. 1111-2 du Code de la Santé publique, « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé ». Le DMST et le DMP sont tous deux accessibles au travailleur/patient à tout moment. En revanche, les modalités d'accès, de copie et les délais sont différents. Le médecin du travail doit répondre à la demande d'accès à un DMST par un travailleur. Le délai à respecter dans ce cas est de huit jours au plus tard, avec une période de réflexion de 48 heures au minimum, le délai étant porté à deux mois pour des données datant de plus de cinq ans¹⁴¹⁶. Pour le DMP, l'accès aux données par le patient est possible à tout moment. Alors que certaines données ne

¹⁴¹¹ <http://www.e-pairs.org/colloque2014/0-ecrits-medecins-travail.html#02>

¹⁴¹² C. trav., art. R. 4626-33.

¹⁴¹³ C. trav., art. R. 4624-11, 1° ; R. 4624-12.

¹⁴¹⁴ C. trav., art. R. 4624-46.

¹⁴¹⁵ C. Santé pub., art. R. 4127-4 ; C. pén., art. 226-13.

¹⁴¹⁶ Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, art. 43 ; C. Santé pub., art. L. 1111-7.

sont pas consultables par le travailleur dans son DMST, il n'existe pas de donnée inaccessible au patient dans son DMP. Le DMST est accessible au médecin du travail et aux autres acteurs de l'équipe pluridisciplinaire, dans le respect du secret et dans les limites de l'exercice de leurs fonctions. Le Code du travail précise également l'accès au DMST par d'autres acteurs dans des circonstances précises, au travers de l'article L. 4624-2 qui dispose : « ce dossier ne peut être communiqué qu'au médecin de son choix, à la demande de l'intéressé. En cas de risque pour la santé publique ou à sa demande, le médecin du travail le transmet au médecin inspecteur du travail. Ce dossier peut être communiqué à un autre médecin du travail dans la continuité de la prise en charge, sauf refus du travailleur ». La coexistence de deux outils distincts aux règles propres pose question. En effet, « malgré les dénominateurs communs entre ces dossiers »¹⁴¹⁷, notamment préventif, le DMST reste hors du champ et des règles de santé publique applicables au DMP. La question de l'accès au DMP par le médecin du travail se pose depuis sa création¹⁴¹⁸. Il est admis que l'interdiction de l'accès au DMP au médecin du travail constitue une entrave au suivi individuel des salariés rendant difficile la traçabilité de l'histoire de santé des travailleurs et des antécédents médicaux. « Le bilan de réforme de la médecine du travail » propose la création d'un outil spécifique permettant de retracer l'historique des expositions et les facteurs professionnels affectant potentiellement la santé, afin « soit de permettre au médecin du travail de renseigner le DMP du salarié sur les facteurs professionnels intéressant sa santé (...), soit de mettre en place un outil spécifique sous forme d'un dossier médical personnel du travail »¹⁴¹⁹. « L'insuffisance de liens entre médecine du travail et médecine de ville et hospitalière » est également pointée¹⁴²⁰. Pour y remédier, il est envisagé « un volet spécifique « expositions et risques professionnels » (...) accessible à l'ensemble des médecins du travail tout au long du parcours professionnel et pourrait être diffusé aux autres médecins »¹⁴²¹. Le rapprochement des deux dossiers se heurte à « des

¹⁴¹⁷ V. Mesli, Quelles articulations entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail ?, *RDSS* 2014, p. 266.

¹⁴¹⁸ Réforme de la médecine du travail de 2011-2012 ; « Le bilan de réforme de la médecine du travail » en 2007 ; rapport de 2008 du Conseil économique et social sur « l'avenir de la médecine du travail » ; Une proposition de loi « visant à améliorer la santé au travail des salariés et à prévenir les risques professionnels auxquels ils sont exposés » déposée au Sénat le 27 octobre 2007 (articles 16 à 18), Sénat. Déb. Parl., 22 janv. 2008, rapport IGAS d'octobre 2008 sur « la traçabilité des expositions professionnelles »

¹⁴¹⁹ C. Aubin, R. Pelissier, P. de Saintignon, J. Veyret, F. Conso, P. Frimat, *Le bilan de réforme de la médecine du travail*, nov. 2007.

¹⁴²⁰ C. Dellacherie, *L'avenir de la médecine du travail*, Cons. écon. et soc., 2008.

¹⁴²¹ C. Dellacherie, *L'avenir de la médecine du travail*, Cons. écon. et soc., 2008.

réticences sur de potentielles déviations de l'utilisation de ces données »¹⁴²² nuisant ainsi à la qualité du conseil, limitant la mission de vaccination, d'épidémiologie et de lutte contre les addictions du médecin du travail par l'absence de lien systémique avec la santé publique.

Paragraphe 2. L'insuffisance de liens systémiques entre santé au travail et santé publique

186. La transmission au médecin inspecteur du travail du DMST en cas de risque pour la santé publique¹⁴²³ constitue, bien que pouvant être critiquée, un exemple de dimension de santé publique de la santé au travail, de même que la possibilité offerte au médecin du travail de procéder à des vaccinations dans un but exclusif de prévention des risques professionnels¹⁴²⁴. Même si le médecin du travail participe à la veille sanitaire en déclarant tout symptôme et toute maladie présentant un caractère professionnel¹⁴²⁵, et en déclarant à l'autorité sanitaire¹⁴²⁶ l'existence de toute affection figurant sur la liste des maladies contagieuses à déclaration obligatoire, le médecin du travail est hors du parcours de soins (A). Pour mener à bien sa mission préventive, il doit être dûment informé de tout ce qui est de nature à fragiliser le lien santé-travail, que cela concerne le volet santé dans sa dimension personnelle ou le volet santé au travail. L'absence de lien systémique entre médecine du travail et santé publique constitue une perte de chance dommageable non seulement pour le suivi du travailleur mais également pour la prise en charge de chacun dans une approche plus globale de santé, faisant de la médecine du travail une médecine insuffisamment préventive (B).

¹⁴²² C. Manaouil, Le dossier médical personnel (DMP) : « autopsie » d'un projet ambitieux ?, Médecine et Droit. 2009. 24 ; D. Lejeune, La traçabilité des expositions professionnelles, IGAS, nov. 2008 ; V. Mesli, Quelles articulations entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail ?, *RDSS* 2014, p. 266.

¹⁴²³ C. trav., art. L. 4624-8.

¹⁴²⁴ C. trav., art. R. 4626-25.

¹⁴²⁵ C. Séc. soc., art. L. 461-6.

¹⁴²⁶ C. santé publ., art. L. 3113-1.

A. *Un médecin hors parcours de soins*

187. Les systèmes de santé et de santé au travail évoluent selon des règles et des fonctionnements propres. Ainsi, le médecin du travail est un médecin isolé (1) dans un système de santé cloisonné (2).

1. **Un médecin isolé**

188. La construction de la santé au travail en parallèle du système de santé. Le système de santé au travail s'est construit progressivement en marge du système de santé¹⁴²⁷. Régis à la fois par le Code du travail et le Code de la Santé publique, les médecins du travail exercent leurs missions dans le cadre de ce dernier « sans toutefois pleinement observer les droits reconnus aux usagers du système de santé »¹⁴²⁸. Partageant la perspective de prise en charge globale de la santé des usagers, pour ce qui concerne la population dont elle a la charge, c'est-à-dire les salariés, la médecine du travail, dans le cadre des services de santé au travail, conduit les « actions de santé dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel »¹⁴²⁹. On notera l'expression « actions de santé » permettant de dépasser le strict cadre du travail¹⁴³⁰. En outre, « le rôle du médecin du travail est réaffirmé en matière de prévention de la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, éminent problème de santé publique actuel, de même que celui du vieillissement de la population et donc de la pénibilité¹⁴³¹ dont la réduction doit être un fer de

¹⁴²⁷ S. Fantoni-Quinton, J. Saison, Le système de santé au travail est-il une exception au système de santé français ?, *RDSS* 2014, p. 217.

¹⁴²⁸ *Ibid.*

¹⁴²⁹ C. trav., art. L. 4622-2.

¹⁴³⁰ S. Fantoni-Quinton, J. Saison, Le système de santé au travail est-il une exception au système de santé français ?, *RDSS* 2014, p. 217.

¹⁴³¹ M. Véricel, La quasi-disparition du compte de prévention de la pénibilité, *RDT* 2017, n° 10, pp. 649-651.

lance de la santé au travail »¹⁴³². La prévention de la désinsertion professionnelle est également du ressort du médecin du travail, ainsi que la contribution au maintien dans l'emploi des travailleurs, y compris face à un handicap. A cet égard, la santé sociale est une forme de santé, après la santé physique et la santé mentale, qui occupe une place croissante¹⁴³³, ce qui a un impact fort en matière de santé sociale. Enfin, le système de santé au travail participe au suivi et contribue à la traçabilité des différentes expositions professionnelles et à la veille sanitaire. Pour parfaire la dimension globale de la prise en charge et du suivi de la médecine du travail, cette dernière, désormais imprégnée d'une culture de la promotion de la santé en milieu de travail qui contribue à la sécurité sanitaire et à la santé des citoyens, contribue à la traçabilité des différentes expositions professionnelles et à la veille sanitaire. « Face d'une part, aux problématiques communes, telles que le vieillissement de la population, les addictions, l'alimentation, les cancers, mais aussi l'évolution de la démographie médicale, d'autre part, aux enjeux communs de prévention et de meilleure rationalisation, et enfin, à la perméabilité des frontières entre vie privée et vie professionnelle, est-il encore judicieux d'avoir deux systèmes de santé si cloisonnés ? »¹⁴³⁴ Par ailleurs, la santé au travail, avec la pluridisciplinarité a fait l'objet d'un rapprochement avec la santé publique. En effet, la logique de contractualisation qui s'inscrit désormais dans le fonctionnement des services de santé interentreprises participe de la logique que l'on retrouve au sein des ARS notamment. Malgré cet effort de mise en relation, de conventions, *via* la commission médico-technique¹⁴³⁵ dans les SSTI, avec les ARS, la timidité des connexions traduit un cloisonnement persistant du système de santé avec celui de la santé au travail.

2. Un système de santé cloisonné

189. L'atomisation des compétences médicales. Les médecins compétents en santé au travail sont si nombreux qu'une confusion règne sur les compétences de chacun. Le Code de la Sécurité sociale prévoit, à l'article L. 321-1, que l'assurance maladie assure le versement d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le

¹⁴³² S. Fantoni-Quinton, J. Saison, Le système de santé au travail est-il une exception au système de santé français ?, *RDSS* 2014, p. 217.

¹⁴³³ P.-Y. Verkindt, L'irrésistible ascension du droit de la santé au travail, *JCP S* 2015, n° 1243.

¹⁴³⁴ S. Fantoni-Quinton, J. Saison, Le système de santé au travail est-il une exception au système de santé français ?, *RDSS* 2014, p. 217.

¹⁴³⁵ C. trav., art. L. 4622-13.

médecin traitant de continuer ou de reprendre le travail. Le contrôle médical est assuré par le médecin-conseil selon l'article L. 315-1 du Code de la Sécurité sociale, alors que l'article L. 1226-11 du Code du travail attribue la compétence de la constatation d'inaptitude au médecin du travail¹⁴³⁶. D'après l'article R. 4623-1 du Code du travail, il est de la compétence du médecin du travail de conseiller l'employeur pour l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise. La diversité de ce personnel médical appelle la question du secret médical, des modalités d'accès aux données de santé. En matière de contrôle, les articles L. 161-19 et L. 162-3 du Code de la Sécurité sociale prévoient les modalités de secret partagé par le Conseil national de l'Ordre des médecins¹⁴³⁷. Enfin, au bénéfice des salariées allaitant leur enfant, un local dédié est prévu par le Code du travail sous la surveillance d'un médecin visitant le local au moins une fois par semaine désigné par l'employeur. Ce médecin, qui n'est pas médecin du travail, est signataire d'un règlement intérieur affiché à l'entrée du local¹⁴³⁸. Ce schéma, dont il est assez malaisé de comprendre toute la logique, et qui traduit un maillage médical assez diffus, n'est pas le plus adapté qui soit.

190. Les rapports entre médecin du travail et médecin traitant¹⁴³⁹. Contrairement à la médecine de ville, qui est une médecine de soin, intervenant pour rétablir un état de santé altéré, la médecine du travail a un rôle exclusivement préventif¹⁴⁴⁰. Bien que ce soit le médecin traitant qui délivre le certificat médical destiné à permettre aux salariés d'arrêter de travailler pour assurer la convalescence nécessaire à son rétablissement et assurer qu'il retrouve ses capacités normales, prescription médicale à l'origine de la suspension du contrat de travail, c'est le médecin du travail qui, après examen du salarié, prend la décision relative à la reprise du travail, mettant ainsi un terme à la suspension du contrat, conformément à l'article R. 4624-21 du Code du travail. Le droit aux indemnités journalières de l'assurance-maladie dépend de l'arrêt de travail, et donc du médecin traitant. L'assurance maladie peut déclarer le salarié incapable d'exercer une profession quelconque, par le mécanisme de l'invalidité, sans que le médecin traitant ne soit associé à cette décision. Ni le médecin du travail ni l'employeur ne sont informés par l'assurance maladie de la reconnaissance de l'invalidité. Il appartiendra alors au salarié absent à son poste de travail pour invalidité de

¹⁴³⁶ J. Barthélémy, « Peut-on dissocier le droit du travail et le droit de la Sécurité sociale ? », *Dr. soc.*, 2007, p. 787.

¹⁴³⁷ 215^e session du 27 mars 1998.

¹⁴³⁸ C. trav., art. R. 4152-23.

¹⁴³⁹ Aptitude, invalidité, Rôles respectifs du médecin du travail, du médecin-conseil et du médecin traitant, dmt, pratiques et déontologie, pp. 441-447, INRS.

¹⁴⁴⁰ C. trav., art. L. 4623-3.

justifier de son absence auprès de son employeur. À défaut, ce dernier pourrait le licencier pour absences injustifiées. Si le salarié informe l'employeur de sa reconnaissance d'invalidité, celui-ci devra le soumettre à l'examen médical du médecin du travail. Dans la négative, un employeur, qui licencie un salarié du fait de son absence pour raisons de santé, sans respecter la procédure relative à l'inaptitude, procéderait à un licenciement discriminatoire, conformément à l'article L. 1132-1 du Code du travail, sanctionné par la nullité. Le médecin du travail connaît l'entreprise et le poste occupé mais il ne sait de la santé du salarié que ce que ce dernier veut bien lui en dire, et éventuellement ce que l'examen clinique et les examens complémentaires lui enseignent. Le médecin traitant connaît souvent mieux l'état de santé général du salarié mais ne dispose pas, ou beaucoup trop rarement, des informations, pourtant très importantes, relatives au contexte professionnel de son patient. Dès lors, on peut regretter le déficit de communication entre médecin du travail et médecin traitant. Cependant, cette collaboration n'est pas rendue possible par les textes qui donnent toujours le dernier mot au salarié pour ce qui est d'accorder ou non la transmission d'informations entre les professionnels de santé¹⁴⁴¹. Le salarié peut être réticent et redouter que le médecin du travail le déclare inapte avec le risque de reclassement, voire de licenciement, qui peut y être associé. En pareille hypothèse, le risque sanitaire se double d'un risque social de perte d'emploi qui, lui-même, peut avoir des répercussions sur la santé du salarié. Le développement de l'échange d'informations entre ces deux praticiens, au demeurant très importants dans la vie du salarié et dans sa prise en charge sanitaire, repose sur l'accord indispensable du patient, dans le strict respect de sa liberté individuelle. Ceci ne transparaît pas très clairement à l'article R. 4624-29 du Code du travail qui dispose qu' « en vue de favoriser le maintien dans l'emploi des travailleurs en arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois, une visite de reprise est organisée par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil des organismes de sécurité sociale ou du travailleur. » Ainsi, le médecin traitant est fondé à solliciter le médecin du travail. Or, cette sollicitation apparaît strictement formelle en raison de l'absence de notion d'équipe de soins¹⁴⁴² et de secret partagé ne permettant pas d'échanges directs entre les deux médecins, le médecin du travail n'ayant pas accès au DMP¹⁴⁴³. On peut ainsi se demander si cette sollicitation du médecin traitant n'est pas soumise à l'accord exprès du travailleur. C'est un exemple concret de cloisonnement des systèmes de santé. Dans l'hypothèse inverse, c'est-à-dire celle reconnaissant la possibilité au médecin traitant de

¹⁴⁴¹ C. trav., art. R. 4412-56.

¹⁴⁴² C. santé pub., art. L. 1110-4, II et III ; L. 1110-12.

¹⁴⁴³ C. santé pub., art. L. 1111-18.

librement solliciter le médecin du travail, sans l'assentiment du patient/travailleur, nous serions dans une situation juridique délicate. En effet, bien qu'il ne s'agisse pas, à proprement parler, d'une violation du secret médical¹⁴⁴⁴, en raison de l'absence de divulgation expresse d'informations de nature médicale, cette initiative du médecin traitant, non consentie par le patient travailleur, pourrait être contestée par ce dernier.

191. Les rapports entre médecin du travail et médecin-conseil¹⁴⁴⁵. L'article R. 4624-29 du Code du travail prévoit la possibilité pour le médecin conseil d'être à l'initiative de l'organisation par le médecin du travail d'une visite de préreprise du travailleur. Cette visite est obligatoire pour les arrêts de travail de plus de trois mois¹⁴⁴⁶. Contrairement aux rapports entre le médecin traitant et le médecin du travail, les conditions d'exercice de cette disposition, reprise dans le Code de la Sécurité sociale¹⁴⁴⁷, semblent échapper au contrôle du salarié qui subirait ainsi cette situation. En effet, le médecin conseil étant un médecin de contrôle¹⁴⁴⁸, l'accord exprès du travailleur ne semble pas être requis s'agissant de l'accès aux données de santé strictement nécessaires à l'exercice de sa mission et dans le respect du secret médical¹⁴⁴⁹. Par ailleurs, on peut s'interroger sur l'intérêt de cette possibilité offerte à ce médecin de solliciter une visite de préreprise. Son contrôle s'exerçant, premièrement, sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité, notamment¹⁴⁵⁰ et, deuxièmement, sur les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations¹⁴⁵¹, on peut se demander quel sens poursuit cette disposition du Code du travail qui entretient, à l'évidence, la dimension de contrôle de la médecine du travail. De plus, le médecin-conseil pouvant être sollicité par l'employeur¹⁴⁵², il y a un risque de confusion nuisible à la confiance indispensable à l'action du médecin du travail. L'article D. 323-3 du Code de la Sécurité sociale précise en outre que, lorsqu'il saisit le médecin du travail à son initiative, le médecin-conseil en informe préalablement le médecin

¹⁴⁴⁴ C. santé pub., art. L. 1110-4, spéc. I.

¹⁴⁴⁵ Aptitude, invalidité, Rôles respectifs du médecin du travail, du médecin-conseil et du médecin traitant, dmt, pratiques et déontologie, pp. 441-447, INRS.

¹⁴⁴⁶ Conformément à l'emploi du présent : « une visite de préreprise est organisée ».

¹⁴⁴⁷ C. Séc. soc., L. 323-4-1.

¹⁴⁴⁸ C. séc. Soc., art. L. 315-1.

¹⁴⁴⁹ C. séc. Soc., art. L. 315-1, V.

¹⁴⁵⁰ C. séc. Soc., art. L. 315-1, I.

¹⁴⁵¹ C. séc. Soc., art. L. 315-1, II.

¹⁴⁵² C. séc. soc., art. L. 315-1, II : « Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application de l'article L. 1226-1 du code du travail, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, ce médecin transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai maximal de quarante-huit heures. Le rapport précise si le médecin diligenté par l'employeur a ou non procédé à un examen médical de l'assuré concerné. »

traitant. Dans tous les cas, l'assuré est également informé. Dans le cadre de ses missions, le médecin du travail, après la visite de préreprise, organisée avec l'accord du salarié, communique au médecin-conseil les éléments pertinents à prendre en compte par ce dernier dans l'exercice de ses missions, afin de préparer le retour à l'emploi. Il est donc possible pour le médecin-conseil, à son initiative ou à celle du médecin traitant, de saisir le médecin du travail pour avis sur la capacité du salarié à reprendre son emploi. La circulaire 76/2004 du 25 juin 2004 relative au programme d'amélioration de la qualité sur le contrôle et le suivi de l'arrêt de travail de longue durée, au sens des articles L. 323-1 et L. 324-1 du Code de la Sécurité sociale, a incité les médecins-conseils à un partenariat renforcé avec les médecins du travail. Il n'y a pas de lien automatique entre inaptitude et invalidité : un salarié reconnu inapte par le médecin du travail et qui n'est pas reclassé dans l'entreprise parce qu'il n'y a aucun autre poste disponible correspondant à ses nouvelles capacités, ne bénéficiera donc pas nécessairement d'une pension d'invalidité¹⁴⁵³. Egalement, en l'absence de constatation par le médecin du travail de l'inaptitude du salarié, le licenciement prononcé au seul motif d'un classement en invalidité de la 2^e catégorie est nul et cause nécessairement à ce dernier un préjudice¹⁴⁵⁴. Par ailleurs, lorsqu'un salarié est classé en invalidité, il en informe son employeur qui le fera examiner par le médecin du travail qui se prononcera alors sur son aptitude¹⁴⁵⁵. Deux conséquences possibles alors : soit le médecin du travail le déclare apte à la reprise de son poste mais le salarié ne souhaite pas reprendre son emploi, alors l'employeur pourra le licencier pour cause réelle et sérieuse ; soit le salarié est déclaré inapte et le reclassement est impossible, alors il pourra être licencié pour inaptitude. Compétence du médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, l'invalidité est une notion définie par le Code de la Sécurité sociale et concerne la capacité d'une personne à travailler. Selon les articles L. 341-1 et R. 341-2 de ce Code, elle correspond à un état réduisant au moins des deux tiers la capacité de gain ou de travail de la personne considérée. L'invalidité fait l'objet d'une classification en trois catégories selon que la personne peut exercer une activité réduite (catégorie 1), ne peut plus exercer quelconque activité professionnelle (catégorie 2) ou doit recourir à l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie courante (catégorie 3)¹⁴⁵⁶. Au-delà du fait que les notions d'aptitude et d'invalidité ne soient pas régies par les mêmes codes, il s'agit de deux notions clairement distinctes. En effet, il peut y avoir

¹⁴⁵³ Circ. DRT n° 94-13, 21 nov. 1994.

¹⁴⁵⁴ Cass. soc., 13 janv. 1998, n° 95-45.439, n° 153 P + B : *Bull. civ.* V, n° 9.

¹⁴⁵⁵ Cass. soc., 25 mai 2011, n° 09-71.548 ; Cass. soc. 30 avr. 2014, n° 12-28.827 ; Cass. soc., 17 mai 2016, n° 14-23.138.

¹⁴⁵⁶ L. 341-4 Code de la Sécurité sociale.

congruence entre ces notions. C'est le cas pour une personne reconnue à la fois inapte à son emploi et reconnue invalide par la caisse de Sécurité sociale. En revanche, un salarié peut être reconnu apte à son emploi et bénéficier d'une pension d'invalidité¹⁴⁵⁷. Le salarié peut également être reconnu inapte à son poste de travail sans pour autant être reconnu invalide ou être déclaré consolidé et apte à reprendre le travail par la caisse primaire d'assurance maladie alors que son contrat de travail est toujours suspendu¹⁴⁵⁸. Les deux droits, droit du travail et droit de la sécurité sociale, sont ici déconnectés¹⁴⁵⁹. En effet, la déclaration d'invalidité n'influe pas sur la suspension du contrat de travail¹⁴⁶⁰.

192. Médecine du travail et santé publique. Le cantonnement de la médecine du travail à la seule activité professionnelle, sans lien avec les dispositifs de santé publique, n'a que peu de sens¹⁴⁶¹ d'autant que, par exemple, en matière de risque chimique, « les instructions techniques, précisant les modalités des examens médicaux que respectent les médecins du travail, sont déterminées, en tant que de besoin, par arrêté conjoint des ministres chargés du travail et de l'agriculture »¹⁴⁶². Il convient de dépasser le risque professionnel comme seul risque du travail salarié dépendant du ministère du travail¹⁴⁶³ mais bien lui reconnaître des conséquences plus larges, dépassant même, dans certaines hypothèses de plus en plus nombreuses, la sphère purement professionnelle. Cette séparation apparaît d'autant plus illusoire que l'interconnexion et les interférences entre vie privée et vie professionnelle sont importantes et même croissantes. Il conviendrait donc de repenser le système de santé au travail à l'aune des réalités nouvelles du travail et de la société. On assiste également à un accroissement de la place de l'Etat dans la prévention des risques professionnels, notamment par l'agrément que l'administration du travail délivre et qui est nécessaire aux SST pour exister, mais aussi par contractualisation¹⁴⁶⁴. Selon l'article L. 4622-10 du Code du travail, « les priorités des services de santé au travail sont précisées, dans le respect des missions

¹⁴⁵⁷ Cass. soc., 4 mai 1999, n° 96-44.924.

¹⁴⁵⁸ Cass. soc., 7 juin 1995, n° 92-41.810.

¹⁴⁵⁹ « Le classement d'un salarié en invalidité 2^e catégorie par la sécurité sociale, qui obéit à une finalité distincte et relève d'un régime juridique différent, est sans incidence sur l'obligation de reclassement du salarié inapte qui incombe à l'employeur par application des dispositions du code du travail. », Cass. soc. 9 juill. 2008, n° 07-41.318 P: D. 2008. AJ 2229 ; JCP S 2008. 1507, obs. Verkindt.

¹⁴⁶⁰ Cass. soc., 27 janvier 1998, n° 95-44.168.

¹⁴⁶¹ M. Caron, Le système de la santé au travail : vers la fin d'une exception, *RDSS* 2014 p. 276

¹⁴⁶² C. trav. R. 4412-49.

¹⁴⁶³ C'est le cas pour des situations très particulières comme les expositions aux rayonnements ionisants pour lesquelles il est prévu que « les règles de préventions des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, y compris les travailleurs indépendants et les employeurs, exposés aux rayonnements ionisants sont fixées dans le respect des principes généraux de radioprotection des personnes énoncés à l'article L. 1333-1 du code de la santé publique » (C. trav. L. 4451-1).

¹⁴⁶⁴ C. trav., art. L. 4622-14 et L. 4622-16

générales prévues à l'article L. 4622-2, des orientations de la politique nationale en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail, d'amélioration des conditions de travail, ainsi que de son volet régional, et en fonction des réalités locales, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre le service, d'une part, l'autorité administrative et les organismes de sécurité sociale compétents, d'autre part, après avis des organisations d'employeurs, des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national et des agences régionales de santé. » Cependant, dans le prolongement du législateur, le juge s'est toujours refusé à reconnaître au médecin du travail une mission de service public¹⁴⁶⁵. Or, la santé au travail, entre santé et travail, entre santé publique et santé au travail, couvre le contentieux d'une matière transjuridique qui dépasse la *summa divisio* droit privé/droit public dans un enjeu de protection et d'indemnisation où les responsabilités et obligations de l'employeur et de l'Etat, sont intimement mêlées. C'est le sens de l'arrêt du conseil d'État du 3 mars 2004¹⁴⁶⁶ rappelant que l'État ne peut abandonner aux employeurs sa responsabilité de protection de la santé et doit ainsi organiser l'efficacité du système garantissant à chacun cette prévention. Au-delà de la santé au travail *stricto sensu*, le médecin du travail intervient de fait en matière de santé publique¹⁴⁶⁷, en procédant « aux vaccinations obligatoires ainsi qu'à celles qui seraient imposées par une épidémie »¹⁴⁶⁸, ou « en cas de risques particuliers de contagion »¹⁴⁶⁹, en menant « des examens médicaux généraux et complémentaires »¹⁴⁷⁰ dont il informe « des résultats et de l'interprétation »¹⁴⁷¹ chaque travailleur qui en bénéficierait, ou bien en assurant le suivi des expositions et de leurs effets en communiquant sur la demande du médecin inspecteur du travail et avec l'accord du travailleur¹⁴⁷².

¹⁴⁶⁵ Tribunal des Conflits, 24 févr. 1992, n° 2686 : « le litige entre le médecin du travail et l'employeur est un litige entre deux personnes privées, l'association du service médical interentreprises n'étant pas chargée d'une mission de service public. » ; Conseil d'Etat, 29 janv. 1986 : incompétence de la juridiction administrative au motif que « les fautes que le médecin du travail peut commettre dans l'exercice de ses fonctions ne se rattachent pas à l'exercice de prérogatives de la puissance publique, que le litige (...) concerne des relations entre des personnes de droit privé et qu'il appartient aux juridictions de l'ordre judiciaire de connaître. »

¹⁴⁶⁶ CE, Ass., 3 mars 2004, n° 241153, n° 241152, n° 241151 et n° 241150 : note D. Linotte, Gaz. Pal. 2005, n° 12, pp. 67-70.

¹⁴⁶⁷ C. trav. R. 4626-25 al. 1.

¹⁴⁶⁸ C. trav. R. 4626-25 al. 2.

¹⁴⁶⁹ C. trav. R. 4626-25 al. 3.

¹⁴⁷⁰ C. trav. R. 4412-46.

¹⁴⁷¹ C. trav. R. 4412-46.

¹⁴⁷² C. trav. R. 4412-56.

B. Une médecine insuffisamment préventive

193. La conséquence directe du cloisonnement du système de santé au travail est un frein à l'efficacité de la médecine du travail et une perte de chance dommageable pour les travailleurs, notamment en termes de prévention. Alors que des problématiques communes existent, la santé est en fait composée de systèmes parallèles (1). Par ailleurs, la médecine du travail est sous-représentée (2) alors que l'ambition portée par cette spécialité médicale mériterait une mobilisation accrue.

1. Des problématiques communes

194. Eclatement du système de santé. Les statistiques relatives aux accidents du travail ou maladies professionnelles rappellent qu'en dépit des nombreuses réformes apportées à la législation de l'hygiène et de la sécurité au travail, l'efficacité de celle-ci se heurte à certaines limites. Entre 2001 et 2015, on observe une baisse globale des accidents du travail avec arrêt de 15,3%. Corrélativement, on observe deux évolutions contradictoires et significatives : une hausse de 28% chez les femmes et une baisse de 28,6% chez les hommes. Concernant les maladies professionnelles, l'évolution globale est de +110,4% avec 80,1% pour les hommes contre 155% d'augmentation chez les femmes¹⁴⁷³. La question étiologique est centrale, surtout pour certaines maladies dont le lien avec le travail est difficile à démontrer en raison de facteurs parfois multiples et de déclarations parfois très espacées dans le temps des expositions aux risques. La question du principe de précaution doit être posée¹⁴⁷⁴ ainsi que celle d'un système de santé prenant en compte toutes les spécificités des activités humaines, au premier rang desquelles celles effectuées dans un cadre de travail. Or, des incohérences manifestes sont liées à la compartimentation dont fait actuellement l'objet la santé d'un citoyen français qui travaille alors que l'interdépendance, en raison des interactions

¹⁴⁷³ F. Chappert, P. Therry, Photographie statistique des accidents de travail, des accidents de trajet, et des maladies professionnelles en France selon le sexe entre 2001 et 2015, mars 2017, ANACT.

¹⁴⁷⁴ C. Durand, La régulation publique des risques professionnels. Contribution sur l'émergence du concept de sécurité sanitaire environnementale, thèse Droit, Nantes, 2002. L'auteur appelle à faire sortir la gestion des risques professionnels de la sphère de l'entreprise pour l'intégrer à la sphère de la santé publique et de l'environnement, dans la perspective d'une « gestion holistique des risques » régie par un droit des risques « universels ». Elle ne recommande pas pour autant d'abroger les législations relatives à la prévention et à la réparation des risques professionnels, mais de faire bénéficier ces dernières des instruments de régulation propre au droit de la santé publique (p. 109 et s.) et au droit de l'environnement (p. 212 et s.) : intégration de la sécurité, veille sanitaire, principe de précaution, etc. Elle fait d'ailleurs observer que le droit de l'hygiène et de la sécurité au travail a largement contribué à la formation de ces instruments.

multiples entre vie privée et vie professionnelle, entre conditions de travail et santé globale, ne fait plus de doute. Au plan médical, on ne peut que déplorer une prise en charge segmentée, au détriment d'un suivi de santé conjoint et efficace. La multiplication des coûts générés par la juxtaposition sans connexion du système de santé et de celui de santé au travail est aussi dommageable. Resté en marge du système de santé français, le système de santé au travail s'est construit à la marge de certains principes fondateurs inscrits dans le Code de la Santé publique. Les droits des usagers et ceux des travailleurs ne sont donc pas symétriques. Les premiers ont droit à une égalité d'accès au système de santé, disposent du libre arbitre concernant leur santé. A l'inverse, le système de santé au travail s'illustre par une inégalité d'accès en fonction du statut du travailleur et du statut de l'entreprise dans lequel il évolue. Par exemple, le travailleur indépendant ne sera pas suivi par un médecin du travail. Le salarié d'une TPE sera suivi dans le cadre d'un service de santé interentreprises et le salarié d'une grande entreprise aura un médecin présent sur son lieu de travail. Les disparités sont importantes et une attention particulière doit être portée sur la situation des très petites entreprises¹⁴⁷⁵. En outre, le système de santé au travail se caractérise par l'absence de libre choix du praticien contrairement au système de santé. On peut se demander si ces entorses au droit commun ne sont pas de nature à constituer une atteinte au droit fondamental du travailleur-patient du respect de sa dignité et de l'autonomie de sa volonté, notamment en raison du caractère autoritaire et contraignant des avis d'(in)aptitude susceptibles de conclure chaque visite médicale. En réalité, chaque visite médicale est conclue par cet avis. En effet, pour les postes sans risque particulier, lorsque le salarié voit un médecin du travail ou est orienté vers lui, ce dernier présumera son aptitude en demeurant silencieux sur la question ou bien conclura à une inaptitude. Pour les postes à risques, chaque visite médicale sera conclue par un avis d'(in)aptitude. La question de la compatibilité est clairement posée de ces dispositions au regard des règles déontologiques du Code de la Santé publique¹⁴⁷⁶. « Notre législation est le reflet de notre préférence collective pour le soin au détriment de l'éducation et de la prévention. Nous semblons considérer que le rôle de notre système de santé est de

¹⁴⁷⁵ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, p. 57 ; « Mobiliser les TPE, un défi pour la prévention », Revue des conditions de travail n° 5, 09/01/2017 (ANACT) : le régime général assure 2,1 millions d'établissements, dont 85 % emploient moins de 10 salariés. Ces TPE emploient 24 % de l'effectif du régime général, soit 4 millions et demi de salariés, mais concentrent également le nombre des accidents du travail.

¹⁴⁷⁶ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013. 1023 ; S. Fantoni-Quinton, J. Saison, Le système de santé au travail est-il une exception au système de santé français ?, *RDSS* 2014, p. 217.

soigner les malades en oubliant qu'ils devraient aussi nous aider à ne pas être malade ou alors le plus tard possible et de la façon la moins maligne possible. Pour ce faire, l'éducation (sexuelle, alimentaire, hygiénique) et la prévention sont, comme le montrent de nombreux exemples (ou contre-exemples) étrangers (et quelques exemples nationaux), des outils efficaces que nous nous estimons sans aucun doute¹⁴⁷⁷. »¹⁴⁷⁸ Enfin, l'éclatement et la multiplication des dispositions relatives à l'organisation de notre système de santé participent de sa complexité et du manque de compréhension et de lisibilité de ce dernier. Il est en effet difficile d'établir un *continuum* juridique¹⁴⁷⁹ entre nos deux systèmes de santé, mais également entre le sanitaire et le médico-social¹⁴⁸⁰ qui restent régis par des règles différentes. « Malgré les bouleversements technologiques et les évolutions profondes de l'état de santé des Français, l'organisation profonde des systèmes de santé est restée extrêmement stable pendant des décennies et les réflexions prospectives sont encore très frileuses. »¹⁴⁸¹ Malgré quelques mesures sporadiques émanant de textes épars¹⁴⁸², la médecine souffre d'une absence de vision, et surtout de mise en œuvre, d'un système dédié à couvrir les risques de nature sanitaire de manière rigoureuse. La santé au travail dispose d'atouts majeurs, notamment parce qu'elle dispose du plus grand réseau de prévention. Le médecin du travail est le mieux placé pour établir le diagnostic étiologique concluant l'analyse clinique médicale du travailleur et celle du travail permise par ses connaissances de l'entreprise.

195. Clivages entre médecines. Même si cette dernière « n'est pas [totalement] déconnectée de la santé en général et peut même l'impacter »¹⁴⁸³, force est de constater

¹⁴⁷⁷ Voir le « Manifeste pour une reconnaissance et un financement fiable de la promotion de la santé, de l'éducation pour la santé, de la prévention collective et de la santé communautaire » lancé en février 2014 par neuf organisations dont la Société Française de Santé Publique.

¹⁴⁷⁸ S. Fantoni-Quinton, J. Saison, Le système de santé au travail est-il une exception au système de santé français ?, *RDSS* 2014, p. 217.

¹⁴⁷⁹ J. Hardy, Le système de santé vu du droit : une réalité diffuse, un régime juridique complexe, *RDSS* 2014, p. 229.

¹⁴⁸⁰ V. le colloque intitulé « La distinction entre le sanitaire et le médicosocial a-t-elle encore un sens ? », organisé par l'AFDS en oct. 2013.

¹⁴⁸¹ <http://www.henriverdier.com/2010/01/medecine-la-fin-du-colloque-singulier.html>

¹⁴⁸² L'article L. 1413-7 du Code de la santé publique prévoit que l'agence nationale de santé publique se voit transmettre les informations nécessaires à l'exercice de ses missions par : 1° Les professionnels de santé ; 2° L'Etat et les collectivités territoriales, leurs établissements publics, les services de protection civile ou d'urgence, le service de santé des armées, les observatoires régionaux de la santé et les organismes de sécurité sociale ainsi que les services de promotion de la santé en faveur des élèves, les services universitaires ou interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé et les autres correspondants, publics et privés, du réseau national de santé publique mentionnés à l'article L. 1413-3 ; 3° Les services de santé au travail ou, pour les données personnelles de santé, les médecins du travail ; 4° Les entreprises publiques et privées, afin d'améliorer la connaissance et la prévention des risques sanitaires en milieu de travail. L'agence contribue à la mise en place, dans ces entreprises, de surveillances épidémiologiques en lien notamment avec les services de santé au travail.

¹⁴⁸³ M. Caron, Le système de la santé au travail : vers la fin d'une exception, *RDSS* 2014 p. 275

cependant que les liens qui les unissent ne sont pas légion¹⁴⁸⁴. Il est évident, en revanche, que la santé au travail poursuit l'objectif d'amélioration de la santé, ne serait-ce que par son objectif d'adaptation permanente du travail à l'homme et non le contraire¹⁴⁸⁵. Contribuer à l'amélioration de la santé, participer à la recherche du bien-être physique et mental, se préoccuper de la lutte contre les risques suffisent-ils à démontrer les liens systémiques entre santé au travail et santé en général ? Sur le modèle de quelques initiatives limitées, comme entre les ministères du travail et de l'agriculture¹⁴⁸⁶, il faudrait opérer des rapprochements pour prendre en compte des réalités dommageables issues du travail et d'autres qui relèvent du champ non professionnel qui peuvent se conjuguer. C'est la raison pour laquelle il faut décroiser et connecter les deux systèmes. Le monde du travail est un monde de l'effort dans lequel, si on est diminué par des fragilités, maladies ou accidents, on peut développer des vulnérabilités plus fortes pouvant déboucher sur des accidents ou des maladies en cascade. La santé est un tout et doit être appréciée globalement. C'est la raison pour laquelle le fait que la médecine du travail n'ait pas de lien systémique avec les autres spécialités médicales est un réel problème. Cette absence de coordination, ce clivage entre médecines de soins, hospitalière et médecine du travail est dommageable pour les salariés/patients. Ceci peut s'expliquer d'abord d'un point de vue historique. En effet, la médecine du travail est une institution qui date du sortir de la seconde guerre mondiale, concomitamment à la naissance de la Sécurité sociale. Il s'agissait à l'époque de remettre sur pied une population entière, accablée par la guerre, affaiblie par les privations et les manques de soins, et de réinsérer dans le corps social des millions d'hommes et de femmes prisonniers et déportés¹⁴⁸⁷. Ce n'est pas vraiment la santé au travail qui est une priorité à ce moment-là mais davantage la promotion d'une meilleure santé au service du travail, pour la reconstruction, la guerre ayant considérablement réduit la force de travail potentielle. Le relèvement du niveau sanitaire des Français était alors le cœur du projet car il conditionnait aussi la relance de l'économie. Au service de ce défi considérable, furent créées la Sécurité sociale et la médecine du travail. Il faut relever que ces deux institutions-clés furent installées dans un statut de droit privé, financées par les entreprises. De plus, l'intégration de la médecine du travail au Code du travail explique l'exclusion de cette protection des artisans, travailleurs indépendants ainsi

¹⁴⁸⁴ Arrêté du 3 août 2018 relatif à l'organisation de la direction générale du travail, JORF n° 0180 du 7 août 2018, texte n° 27, spéc. art. 3 et 5.

¹⁴⁸⁵ P. Lokiec, « L'adaptation du travail à l'homme », *Dr. soc.*, n° 7/8, juil.-août 2009, p. 755 : « Ce n'est pas à l'homme de s'adapter au travail mais au travail de s'adapter à l'homme. »

¹⁴⁸⁶ C. trav., art. R. 3122-19, R. 4626-11, R. 4412-49.

¹⁴⁸⁷ Hubert Seillan, *Les services de santé au travail – quel avenir ?*, Editions Préventique, p. 13.

que le secteur de l'agriculture non visés par ce Code. Dès lors, c'est la question du financement qui est à l'origine de la spécificité de notre système de santé au travail. Conférer la tâche au médecin du travail d'être un prévisionniste des interférences négatives du travail sur la santé de chaque salarié sans véritable système d'ingénierie de la santé n'a pas favorisé l'action du préventeur. En effet, une démarche de prévention n'est réellement efficace que lorsqu'elle s'inscrit dans une connaissance précise de l'état de santé du sujet considéré, ce qui n'est pas toujours le cas en médecine du travail. Une bonne coopération entre le médecin et son patient est la condition *sine qua non* de l'efficacité médicale. On ne peut faire une prévention efficace *ex nihilo*. La médecine du travail est isolée et ne dispose pas des outils et des ressources nécessaires à l'accomplissement de l'objectif qui lui est dévolu par la loi.

196. La prévention¹⁴⁸⁸ comme socle commun des systèmes de santé. La médecine du travail a été consacrée par la loi au moment des épidémies de tuberculose, de sorte qu'elle a eu, dès le départ, un rôle de veille sanitaire¹⁴⁸⁹, de prévention à dimension collective, ainsi qu'un fort rôle en matière de vaccination. Cette dimension a été par la suite reléguée au second plan, situation dommageable dans la mesure où le médecin du travail est, finalement, le seul médecin incontournable que l'on doit consulter, dans l'hypothèse où la personne considérée travaille ou est en capacité de travailler. C'est un fait dont il ne faut pas mésestimer la portée. L'ensemble des médecins du travail constitue une formidable source de données sur la santé au travail, qui n'est qu'insuffisamment mise à profit. Il serait essentiel de connecter les médecins du travail à la veille sanitaire¹⁴⁹⁰. Malgré les principes et les potentialités qu'offre le médecin du travail au regard de la spécialité qui est la sienne, force est de constater qu'il est souvent absent des dispositions légales. En matière de droits d'alerte et de retrait par les salariés, le médecin du travail n'est mentionné ni dans les principes¹⁴⁹¹ ni dans les conditions d'exercice¹⁴⁹². Cependant, lorsque les résultats de l'évaluation des risques

¹⁴⁸⁸ L. Lerouge, La reconnaissance du droit à la protection de la santé mentale au travail, LGDJ, 2005 ; S. Bourgeot et M. Blatman, L'état de santé du salarié, 2^e éd., Éd. Liaisons, 2009 ; P.-Y. Verkindt, Un nouveau droit des conditions de travail, *Dr. soc.* 2008. 634 ; v. n° spéc. La prévention des risques psycho-sociaux du point de vue du code du travail, *Sem. soc. Lamy* 2011, n° 01480 ; M. Blatman, L'obligation de sécurité de résultat de la Cour de cassation en six étapes, *Sem. soc. Lamy* 2007, n° 1275, p. 6 ; M.-A. Moreau, Pour une politique de santé dans l'entreprise, *Dr. soc.* 2002. 817. F. Debord et J.-F. Paulin, La santé aux confluent du droit du travail et du management, dans *Droit du travail et pratiques de management*, dir. Cyril Wolmark et E. Mazuyer, *Sem. Soc. Lamy Suppl.* 18 mars 2013, p. 50-61, v. en particulier p. 53 sur les exigences de délibérations sociales et T. Aubert-Montpeyssen et M. Blatman en sept. 2012, Les risques psycho-sociaux au travail et la jurisprudence française : la culture de la prévention, *Dr. soc.* 2012. 832

¹⁴⁸⁹ C. Séc. Soc., art. L.461-6.

¹⁴⁹⁰ Rapport fait au nom de la mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante, n° 2884, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 février 2006.

¹⁴⁹¹ C. trav., art. L. 4131-1 et s.

¹⁴⁹² C. trav., art. L. 4132-1 et s.

à des agents biologiques pathogènes révèlent l'existence d'un risque d'exposition au virus de la rubéole ou au toxoplasme, il est interdit d'exposer une femme enceinte. L'employeur prend, après avis du médecin du travail, les mesures nécessaires au respect de cette interdiction¹⁴⁹³. On ne peut que déplorer cette sollicitation trop ponctuelle du médecin du travail en matière de santé et sécurité au travail. L'article L. 4622-2 du Code du travail ne prévoit pas que le médecin du travail soit systématiquement sollicité lorsqu'un risque est décelé en entreprise. En revanche, le médecin du travail peut s'autosaisir¹⁴⁹⁴, à condition d'être informé. De plus, l'absence de rapports entre les différents médecins cristallise une certaine forme d'impuissance sur le terrain de la prévention, pourtant socle commun entre santé au travail et santé publique et une mise en œuvre inefficace d'une politique de l'(in)aptitude. La logique de la contractualisation dans les SSTI est une tentative de convergence dont il faudrait faire évoluer les principes et les modalités pour permettre une efficacité accrue.

2. Une médecine sous-représentée

197. La place réduite du médecin du travail dans les institutions de santé. « Alors qu'en médecine de soins, le malade est libre de ne pas recourir au médecin, en médecine du travail, il y a une obligation qui pèse à la fois sur les travailleurs et sur l'employeur, de supporter l'examen, par le médecin, aussi bien de l'état de santé des salariés que des dangers pour leur santé que peuvent comporter les conditions de travail. D'autre part, si le médecin du travail ne peut prendre, à la place de l'employeur, les décisions nécessaires à la santé des travailleurs, l'employeur qui refuse de suivre les avis du médecin du travail prend certains risques.»¹⁴⁹⁵ D'un point de vue institutionnel, force est de constater que le médecin du travail est sous-représenté dans les institutions concourant à l'organisation de la prévention¹⁴⁹⁶, notamment chargées de déterminer les causes techniques des risques professionnels¹⁴⁹⁷. Si l'on examine de près la composition de ces institutions, il n'y a guère qu'au sein du Conseil d'orientation sur les conditions de travail, placé auprès du ministre chargé du travail, participant à l'élaboration de la politique nationale en matière de protection et de promotion

¹⁴⁹³ C. trav., art. D. 4152-3.

¹⁴⁹⁴ C. trav., art. L. 4624-9.

¹⁴⁹⁵ J. Savatier, *Le médecin du travail et le sort du salarié*, *Dr. soc.* 1987. 604.

¹⁴⁹⁶ Titre IV du Livre VI de la Quatrième partie du Code du travail.

¹⁴⁹⁷ C. trav. L. 4623-1 2°.

de la santé et de la sécurité au travail, ainsi que d'amélioration des conditions de travail, que le médecin du travail est représenté de droit, en son nom et sa qualité¹⁴⁹⁸. La désignation en dernière ligne de la composition de la commission de la « personne spécialiste de médecine du travail » et l'absence de désignation de droit dans les autres institutions, autrement que par des jeux de désignation non statutaire¹⁴⁹⁹, et donc soumis à des volontés extérieures, sont évocatrices de la place que l'on veut accorder au médecin du travail dans les dispositifs de santé au travail. Dans les organismes et commissions de santé et de sécurité, c'est-à-dire les organismes professionnels de santé, de sécurité et des conditions de travail¹⁵⁰⁰, les Commissions de santé et de sécurité¹⁵⁰¹, l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics¹⁵⁰² ainsi que dans les dispositions relatives à l'aide à l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail, le médecin du travail n'est pas non plus cité. Par ailleurs, la prévention des risques, que ce soit pour la santé au travail ou la santé en général, dispose d'organismes qui travaillent en concertation les uns avec les autres ou qui facilitent la concertation sur des sujets précis. Si leur fonctionnement n'est pas exempt de critiques, et si leur création ou évolution est souvent la résultante d'événements majeurs concernant la santé publique, il reste qu'ils sont prévus pour traiter de questions qui touchent les deux systèmes de santé. C'est le cas pour l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) qui possède pour mission première de fournir aux autorités l'information nécessaire à la prise de décision concernant la prévention des risques professionnels et d'appuyer les principales politiques publiques en la matière¹⁵⁰³. Par ailleurs, la Haute autorité de santé (HAS) est une autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité. Elle exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique¹⁵⁰⁴. Santé et santé au travail sont toutes deux présentes dans la même organisation. En outre, l'Institut national de l'environnement industriel et des risques (INERIS) a pour mission de contribuer à la prévention des risques que les activités économiques font peser sur la santé, la sécurité des personnes et des biens, et sur

¹⁴⁹⁸ C. trav. D. 4641-5 *in fine*.

¹⁴⁹⁹ Pour les Comités régionaux de la prévention des risques professionnels : C. trav. R. 4641-31 ; pour l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail : C. trav. L. 4642-2 et arrêté du 23 déc. 1997 (JO 1er janvier 1998) fixant la composition du comité scientifique et les règles de désignation de ses membres ;

¹⁵⁰⁰ C. trav. L. 4643-1 à L. 4643-3.

¹⁵⁰¹ C. trav. L. 4643-4.

¹⁵⁰² C. trav. R. 4643-2 à R. 4643-42.

¹⁵⁰³ www.anses.fr

¹⁵⁰⁴ www.has-sante.fr

l'environnement. Il mène des programmes de recherche visant à mieux comprendre les phénomènes susceptibles de conduire aux situations de risques ou d'atteintes à l'environnement et à la santé, et à développer sa capacité d'expertise en matière de prévention. Ses compétences scientifiques et techniques sont mises à la disposition des pouvoirs publics, des entreprises et des collectivités locales afin de les aider à prendre les décisions les plus propices à une amélioration de la sécurité environnementale¹⁵⁰⁵. De plus, le Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) est une instance nationale de concertation entre partenaires sociaux et pouvoirs publics. Placé auprès du ministre chargé du travail, le Conseil participe à l'élaboration de la politique nationale de prévention des risques professionnels. Il est consulté sur les projets de lois et textes réglementaires en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail et les projets en matière d'instruments internationaux. Il formule des recommandations et des propositions d'orientation en matière de conditions de travail. Enfin, l'agence régionale de santé (ARS) rassemble au niveau régional les ressources de l'Etat et de l'Assurance maladie, pour renforcer l'efficacité collective et garantir l'avenir du service public de la santé¹⁵⁰⁶. Dans le même ordre d'idées, la prévention des risques est un objectif qui permet à plusieurs ministères de travailler ensemble. En effet, les ministères chargés du travail, de l'agriculture, de la santé et de l'environnement traitent de sujets conjoints : l'évaluation des risques, et d'enjeux convergents : la gestion des risques¹⁵⁰⁷. La thématique de la prévention et les réflexions menées autour de celle-ci ont permis la mise en place d'une traçabilité qui, à moyen ou long terme, devrait assurer un lien plus étroit entre santé au travail et santé en général et donc entre système de santé au travail et système de santé en général¹⁵⁰⁸.

¹⁵⁰⁵ www.ineris.fr

¹⁵⁰⁶ www.ars.fr

¹⁵⁰⁷ PST 2005-2009, p. 83.

¹⁵⁰⁸ M. Caron, Le système de la santé au travail : vers la fin d'une exception, *RDSS* 2014 p. 277.

198. La clinique médicale du médecin du travail. Sous la poussée conjointe des évolutions du travail et du développement des connaissances scientifiques, la clinique médicale du travail s'efforce de dépasser les modalités traditionnelles de la prise en charge médicale¹⁵⁰⁹ en favorisant l'investigation du lien entre santé et travail¹⁵¹⁰. Il s'agit de confronter les risques du poste de travail à l'activité réelle du salarié. C'est une conception de l'homme au travail issue des sciences humaines, de l'ergonomie, de la psycho-dynamique du travail et de la clinique de l'activité. Dans ce dispositif, la parole du salarié occupe une place centrale. La clinique médicale du travail inscrit la médecine du travail dans une évolution du métier accaparé, dès son origine, par des objectifs de sélection de la main-d'œuvre par l'utilisation généralisée de la notion d'(in)aptitude. Relevant d'une médecine d'expertise, les déclinaisons de la mission préventive consistant à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs peuvent paraître « utopiques dans leur principe général »¹⁵¹¹. Permettre « le meilleur ajustement de l'outil humain aux exigences de la production »¹⁵¹² est le rôle du médecin du travail détenteur du savoir scientifique. « Jusqu'au début des années 1980, la clinique médicale du médecin du travail s'adresse à une personne a priori en bonne santé. Cette approche clinique qui ne dispose, comme expérience, comme référence et comme connaissance, que l'apprentissage sur le corps pathologique issu de l'enseignement de l'université et des hôpitaux, s'est longtemps confrontée à une absence d'objet. »¹⁵¹³ L'ergonomie, qui émerge alors, ouvre de nouvelles perspectives et connaissances par la prise en compte de la notion « d'activité de travail », définie comme « la différence entre le travail réel et le travail prescrit et l'impossibilité de déduire une compréhension de l'activité d'une simple description des tâches officielles »¹⁵¹⁴. La pleine connaissance du travail nécessite, comme la clinique du travailleur, une forme de

¹⁵⁰⁹ P. Davezies, Médecine du travail : la clinique médicale du travail, une pratique émergente, Santé & Travail, janvier 2013 ; P. Davezies, Défis et responsabilités face à la souffrance au travail, SSL 2012, n° 1536, pp. 41-48.

¹⁵¹⁰ A. Grossetête, La clinique médicale du travail, Santé & Travail, n° 97, janvier 2017.

¹⁵¹¹ A. Loubet-Deveaux et F. Bardot, « Une nouvelle pratique : la clinique médicale du travail », Travailler 2003/2 (n° 10), p. 14.

¹⁵¹² *Ibid.*

¹⁵¹³ A. Loubet-Deveaux et F. Bardot, « Une nouvelle pratique : la clinique médicale du travail », Travailler 2003/2 (n° 10), p. 13.

¹⁵¹⁴ F. Daniellou, « Evolution de l'ergonomie francophone : théories, pratiques, et théories de la ,pratique », Des évolutions en ergonomie, Toulouse, Octarès, 1998.

transversalité. En effet, non seulement une appréhension objective, c'est-à-dire une connaissance du poste de travail et des exigences et capacités qu'il nécessite en soi, est requise, mais également, et c'est l'objet de la clinique du travail permise par les actions en milieu de travail, avoir une connaissance précise des conditions subjectives de travail et de leur impact sur la santé du travailleur concerné, au cas par cas, est indispensable. C'est à ce prix que la connaissance du travail réel (**paragraphe 2**) sera effective et que les actions de prévention idoines pourront être menées de manière efficiente. Comme la clinique du travailleur, celle du travail, constitue un impératif de santé majeur (**paragraphe 1**).

Paragraphe 1. Un impératif de santé majeur

199. Politique de prévention des risques professionnels. La clinique du travail doit mobiliser tous les leviers pertinents et une approche transversale nécessaire au diagnostic et à la prise en charge globale. Une connaissance des postes de travail et une analyse fine de la compatibilité des conditions de travail avec l'état de santé du travailleur s'inscrivent pleinement dans une stratégie d'évitement du risque. Même si les textes originels ne parlent pas de risque professionnel mais de santé des travailleurs, il n'en reste pas moins que le risque professionnel est la pierre angulaire de la santé au travail parce que c'est sur cette notion que se cristallisent les principales difficultés liées à son identification, son évaluation, sa prévention, sa gestion. C'est la raison pour laquelle le risque professionnel est l'objet d'une politique de santé¹⁵¹⁵. La volonté d'organiser une politique de prévention¹⁵¹⁶ des risques professionnels s'est manifestée par la création d'institutions chargées de jouer le rôle d'expert auprès des pouvoirs publics et les employeurs. Ainsi, ont été créés les « comités d'hygiène et de sécurité » d'entreprise¹⁵¹⁷, devenus comités sociaux et économiques¹⁵¹⁸, les « services

¹⁵¹⁵ M.-A. Moreau, « Pour une politique de santé dans l'entreprise », *Dr. soc.* 2002, p. 817.

¹⁵¹⁶ Aux termes de l'art. 3, d, de la directive 89/391 du 12 juin 1989, précité, la prévention des risques professionnels s'entend de l' « ensemble des dispositions ou des mesures prises ou prévues à tous les stades de l'activité dans l'entreprise en vue d'éviter ou de diminuer les risques professionnels ». Sur l'émergence du concept de prévention en matière de santé au travail, v. B. Desjardins, « La prévention des handicaps », *Dr. soc.* 1991, p. 588 ; T. Aubert-Monpeyssen, P.-Y. Verkindt, « La protection de la santé du travailleur : approche juridique de la notion de prévention », in *La santé du salarié*, actes des journées Michel Despax organisées par l'Université de Toulouse 1 (mai 1999), Dalloz, p. 29.

¹⁵¹⁷ Décret du 2 août 1941 (JO du 10, D.A. 1941, 394), art. L. 4611-1 et s. C. trav.

¹⁵¹⁸ Ord. n° 2017-1386 du 22 sept. 2017, art. 1.

médicaux du travail »¹⁵¹⁹, devenus services de santé au travail¹⁵²⁰, qui, sauf urgence, ne peuvent prodiguer de soins, ainsi que l'Institut national de recherche et de sécurité¹⁵²¹. À partir de la loi n° 76-1106 du 6 décembre 1976¹⁵²², le législateur a entrepris de définir certains principes d'organisation de la prévention dans les entreprises. Il a donc été faite obligation aux employeurs de faire bénéficier les travailleurs d'une formation à la sécurité et de procéder à l'évaluation des risques professionnels¹⁵²³. Dans le même esprit, le législateur a créé de nouveaux droits et pouvoirs au bénéfice des autres acteurs de la prévention que sont les médecins du travail, les inspecteurs du travail, les représentants des salariés¹⁵²⁴ et les salariés eux-mêmes¹⁵²⁵. Le droit de retrait¹⁵²⁶, reconnu à tout salarié refusant d'exécuter son travail dans des conditions comportant un « danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé » est une manifestation forte de cette politique. Parce que risque et prévisibilité¹⁵²⁷ sont intimement liés, le rôle du médecin du travail, médecin préventologue – spécialiste de préventologie, branche de la médecine consacrée à la prévention des maladies et des accidents¹⁵²⁸ – est nécessairement essentiel. Travailler à la prévisibilité, c'est évaluer pour mieux prévenir. L'impératif d'évaluation est concomitant à l'enjeu de l'étiologie (A). En effet, il est important de progresser sur la causalité et la hiérarchie dans la causalité pour mieux appréhender et

¹⁵¹⁹ Loi n° 46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail (JO du 12), art. L. 4621-1 et L. 4622-1 C. trav. P. Chaumette, *Les services médicaux et sociaux du travail. L'essor de l'humain dans l'entreprise*, thèse Droit, Rennes, 1981.

¹⁵²⁰ D. n° 2004-760 du 28 juill. 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail et modifiant le code du travail.

¹⁵²¹ Créé en 1947 à l'initiative de la Caisse nationale d'assurance maladie, l'Institut national de sécurité (INS), devenu en 1968 Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), est une association « loi 1901 » assurant une mission de service public.

¹⁵²² Loi relative au développement de la prévention des accidents du travail (JO du 7 déc. p. 7028, D. 1976, législ. p. 457).

¹⁵²³ V. C. trav., art. L. 4141-2 (loi n° 76-1106 du 6 décembre 1976) et R. 4121-1 (décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001) C. trav.

¹⁵²⁴ Habilitation du médecin du travail à faire des propositions comme les transformations de postes que l'employeur est tenu de prendre en considération (art. L. 4624-1 C. trav., 1976), pouvoir attribué aux agents de l'Inspection du travail d'ordonner l'arrêt du travail dans certains cas (art. L. 4132-5 C. trav., 1982), droit reconnu au CHSCT de faire appel à un expert agréé en cas de révélation d'un risque grave (art. L. 4614-12 C. trav.).

¹⁵²⁵ B. Salmon, *Le droit de la santé et de la sécurité du salarié: vers un droit au travail sûr*, thèse Droit, Nantes, 2000, p. 349 et s.

¹⁵²⁶ Art. L. 4131-3 C. trav., loi n° 82-1097 du 23 décembre 1982. P. Chaumette, « Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et le droit de retrait du salarié », *Dr. soc.* 1983, p. 425.

¹⁵²⁷ CE, 10 mars 2017, n° 396432 : « il appartient aux juges du fond devant lesquels est invoquée la violation de ces dispositions [C. santé pub., art. L. 1111-2] de rechercher dans la littérature médicale si le risque qui est survenu était connu ou s'il se rattache à une catégorie de risque connu, la circonstance qu'il constitue un aléa thérapeutique ne permettant pas par elle-même de conclure à son imprévisibilité ; qu'en se bornant à relever que l'accident médical dont Mme A...a été victime présentait le caractère d'un aléa thérapeutique et devait de ce fait être regardé comme imprévisible, sans rechercher si le risque de lésion du nerf fibulaire commun au cours de l'opération subie était répertorié dans la littérature médicale, et sans examiner, dans l'affirmative, s'il présentait une fréquence statistique significative ou pouvait emporter des conséquences graves, la cour administrative d'appel a commis une erreur de droit ».

¹⁵²⁸ Branche de la médecine consacrée à la prévention des maladies et des accidents selon le Larousse ; science de la prévention des risques et des accidents selon l'encyclopédie Universalis.

prévenir le risque professionnel, ce qui correspond précisément au rôle du médecin du travail (B).

A. *L'enjeu de l'étiologie*

200. Etude des causes. En médecine, l'étiologie est l'étude des causes des maladies. Cette discipline est essentielle au moins à deux égards. Déterminer l'arbre des causes est utile pour prévenir et traiter la maladie mais, également, cette recherche de causalité permet de déterminer les responsabilités pour indemniser les victimes. Dans l'esprit des articles L. 176-1 et L. 176-2 du Code de la Sécurité sociale, cela permet d'assurer la prise en charge des maladies et accidents par la branche dédiée de la Sécurité sociale : pour une maladie professionnelle ou un accident du travail, c'est la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) qui doit indemniser¹⁵²⁹ alors que pour un accident ou une maladie « de droit commun » c'est la branche maladie. Ces articles prévoient, à la charge de la branche AT/MP et au profit de la branche maladie, maternité, invalidité, décès du régime général, un versement annuel pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre des accidents et affections non pris en charge. Le montant de ce versement est pris en compte dans la détermination des éléments de calcul de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles. Par conséquent, l'étiologie permet de rééquilibrer les budgets des branches de l'assurance maladie en fonction des causes de dépenses occasionnées¹⁵³⁰. La branche AT/MP a trois missions complémentaires : prévenir et réduire les risques professionnels (prévention), reconnaître les sinistres et indemniser les victimes des conséquences des préjudices subis (réparation¹⁵³¹) et assurer l'équilibre financier de la branche (tarification) en assurant le paiement de la juste contribution aux entreprises. Ceci est une mesure de justice vis-à-vis de la collectivité. En effet, il n'est pas normal que le régime général prenne en charge les maladies et accidents trouvant leur origine dans le travail. La branche AT/MP, placée sous la double tutelle des ministères en charge de la santé et du travail, est pilotée par la CNAMTS. Elle obéit à des règles de gouvernance spécifiques et fonctionne selon une convention d'objectifs et de gestion (COG), tripartite, composée des

¹⁵²⁹ C. Séc. soc., art. L. 200-2.

¹⁵³⁰ Arr., 30 déc. 2017, JO du 31, texte n° 97 : D. Castel, AT/MP – Cotisations – Les taux collectifs au 1^{er} janvier 2018, JT 2018, n° 204, p. 10.

¹⁵³¹ F. Guiomard, Réparation du préjudice né des accidents du travail et des maladies professionnelles : un chantier jurisprudentiel d'envergure, *Dr. ouvr.* 2010. 615.

ministères de tutelle, de la Commission AT/MP et de la CNAMTS. La dernière COG signée met l'accent sur la priorisation des actions de prévention, la sécurisation des processus et de développement des partenariats avec les autres acteurs de la prévention. COG et plan de santé travail sont articulés. Ainsi, le troisième plan santé retient pour axes stratégiques la priorisation de la prévention, en rupture avec une logique fondée sur la réparation (prévention primaire, prévention de l'usure professionnelle, risques prioritaires), la favorisation d'une approche positive du travail (qualité de vie au travail, maintien en emploi et performance, transversalité santé travail/santé publique), et le renforcement des acteurs et ressources, notamment l'inspection du travail et la médecine du travail. La reconnaissance en AT¹⁵³² ou MP¹⁵³³ offre une amélioration en matière d'amélioration de l'indemnisation de l'assuré, comparativement à celle du risque maladie¹⁵³⁴. Dans la perspective d'une gestion saine des branches, la lutte contre la sous-déclaration pour améliorer le droit à réparation des victimes de risques professionnels et garantir l'imputation des dépenses sur le bon risque est une priorité¹⁵³⁵. La branche AT/MP, dont les cotisations sont uniquement à la charge des entreprises, obéit à une logique assurantielle induisant des règles de tarification conciliant une double logique de responsabilisation et de prévention. Le principe de solidarité est également appliqué. En effet, la branche assure l'ensemble des entreprises du régime général quel que soit leur niveau de risque, tout comme elle indemnise l'ensemble des victimes même si l'employeur est défaillant. Par ailleurs, le système est assis, d'une part, sur la mutualisation des risques du travail, selon des règles équitables ne mettant pas en péril la viabilité des

¹⁵³² En 2015, 1 194 404 accidents de travail et 163 573 accidents de trajets ont été déclarés. 94,1 % des accidents de travail font l'objet d'une décision de prise en charge et 93 % des accidents de trajet.

¹⁵³³ En 2015, 107 889 déclarations de maladies professionnelles ont été reçues en caisse primaire et reconnues d'origine professionnelle dans 61 % des cas.

¹⁵³⁴ M. Jeantet, A. Thiebeauld. « Les missions de la branche AT/MP », Regards, vol. 51, no. 1, 2017, pp. 33-49 : les prestations en nature sont prises en charge à 100 % (contre 80 % en maladie) sans que l'assuré n'ait à faire l'avance de frais. Concernant les prestations en espèces, le régime est également plus favorable puisque les indemnités journalières correspondent à 60 % du salaire sur le 1er mois, 80 % au-delà (au lieu d'une indemnisation à hauteur de 50 % du salaire en maladie). Elles sont fiscalisées à hauteur de 50 % depuis 2010 et soumises à l'impôt sur le revenu pour la maladie, sauf si elles sont en lien avec une affection de longue durée.

¹⁵³⁵ M. Jeantet, A. Thiebeauld. « Les missions de la branche AT/MP », Regards, vol. 51, no. 1, 2017, pp. 33-49 : Bien que le nombre d'accidents de travail et de maladies professionnelles déclarés et reconnus ces dix dernières années soit en constante augmentation, il existe une « sous déclaration » des risques professionnels, c'est-à-dire une prise en charge à tort des dépenses de santé par la branche maladie en lieu et place de la branche AT/MP. Chaque année, ce phénomène fait l'objet d'une compensation financière sous la forme d'un transfert d'un milliard d'euros au profit de la branche maladie. Ce montant est arrêté par le gouvernement suite aux travaux d'une commission *ad hoc* (Commission « L. 176-1 » du nom de l'article du code de la sécurité sociale prévoyant à la charge de la branche AT/MP un versement annuel visant à compenser la prise en charge par l'assurance maladie des AT/MP sous-déclarés).

entreprises¹⁵³⁶, et, d'autre part, sur l'incitation des entreprises à se préoccuper de l'impact économique de la santé et de la sécurité au travail. La détermination des taux de cotisation varie selon la taille de l'entreprise, son secteur d'activité, la sinistralité imputable à l'entreprise. On le voit, au-delà de ces enjeux de justice et d'équilibre financier des comptes des branches de l'assurance maladie gouvernés par un principe de « responsable payeur », un intérêt diagnostique (1) couplé à un intérêt thérapeutique et prophylactique (2) poursuit un objectif d'amélioration globale de la santé.

1. Un enjeu diagnostique

201. Le risque professionnel¹⁵³⁷, notion centrale de la santé au travail. Le droit de la santé au travail occupe une place de plus en plus importante dans le champ du droit social. Le risque professionnel est central en santé au travail puisqu'il s'agit du risque inhérent à l'exercice d'un métier, un risque encouru par le fait du travail, mais également au-delà car les impacts sur la santé dépassent très largement la sphère professionnelle. Il s'agit tout d'abord d'un risque physique lié au travail, mais pas seulement puisque la santé mentale est également considérée. Quant aux risques dits « sociaux », ils résultent pour l'essentiel de la perte de capacité de gain liée à l'activité salariale rémunérée. Par suite, il faut s'interroger sur ce qu'il faut entendre par travail¹⁵³⁸. Selon Delphine Gardes¹⁵³⁹, c'est le droit qui permet de tisser le lien entre « l'accomplissement d'un travail » et « la protection de la personne du fait de son travail ». Par extension, il convient de savoir à qui attribuer la qualité de « travailleur »¹⁵⁴⁰. Cette qualification est importante dans la mesure où elle conduit à octroyer la compétence à un médecin du travail pour assurer la préservation de sa santé. Par ailleurs, la question se pose de la limitation de la médecine du travail au travail salarié d'autant que le cloisonnement disciplinaire ne revêt que peu de sens tant les frontières sont poreuses entre santé au travail et santé publique du fait, notamment, de la complexité de l'étiologie.

¹⁵³⁶ M. Jeantet, A. Thiebeauld. « *Les missions de la branche AT/MP* », Regards, vol. 51, no. 1, 2017, pp. 33-49 : Le taux moyen de cotisation annuelle AT/MP sur la masse salariale est de 2,32 % en 2017.

¹⁵³⁷ M. Babin, *Le risque professionnel*, thèse Nantes 2003.

¹⁵³⁸ A. Supiot, *Critique du droit du travail*, PUF, 1994, p. 3 et s. ; D. GARDES, *Essai et enjeux d'une définition juridique du travail*, thèse 2012, Toulouse.

¹⁵³⁹ *Essai et enjeux d'une définition juridique du travail*, P.U.S.S. UT1 Capitole.

¹⁵⁴⁰ A. Supiot (dir.), *Au-delà de l'emploi. Transformations du travail et devenir du travail en Europe*, Flammarion, 1999, p. 88 : toute activité humaine qui répond à une obligation volontairement souscrite (adhésion à un contrat ou à un statut) ou légalement imposée (exemple : éducation d'enfant), ou au moins à un engagement auquel est attaché des effets de droit (bénévolat), que ce travail soit d'ailleurs exercé à titre onéreux ou gratuit.

202. La reconnaissance des maladies professionnelles. Lorsqu'il s'agit de reconnaître une maladie professionnelle, le rôle du médecin du travail n'est pas exclusif¹⁵⁴¹. En effet, les médecins traitant, hospitalier et du travail partagent la compétence de la constatation des maladies professionnelles par l'établissement d'un certificat initial que la victime devra joindre à la déclaration d'une maladie inscrite au tableau des maladies professionnelles¹⁵⁴². En second lieu, et à titre complémentaire, l'article L. 461-1, alinéa 3, du Code de la Sécurité sociale prévoit que si l'intéressé ne remplit pas toutes les conditions fixées par le tableau au regard, soit du délai de prise en charge de la maladie, soit de la durée minimale d'exposition au risque, soit de la liste limitative des travaux, la maladie en cause peut cependant être reconnue d'origine professionnelle, lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime. Cette relation de causalité doit être recherchée par le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) dont l'avis motivé s'impose à la Caisse. Cette seconde catégorie ne concerne qu'un nombre marginal de cas. Depuis 1993, un nouveau droit à réparation a été institué en cas de maladie ne figurant pas sur l'un des tableaux mais gravement invalidante. L'article L. 461-1, alinéa 4, du Code de la Sécurité sociale, prévoit que, s'il est établi que la maladie en cause a été « essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime », alors la maladie en cause pourra être reconnue d'origine professionnelle. Dans le cas d'une maladie non recensée par la Sécurité sociale, elle peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle a entraîné une incapacité permanente partielle. Dans ce cas, le dossier est présenté au CRRMP composé d'un médecin conseil régional de l'assurance maladie, d'un médecin spécialiste en pathologies professionnelles et d'un médecin inspecteur régional du travail qui, aidé par le service prévention des risques professionnels, statue sur la reconnaissance.

2. Un intérêt thérapeutique et prophylactique

203. Prise en charge. La question de l'étiologie conduit à s'interroger sur celle du financement des conséquences du travail sur la santé. En effet, plus fine sera l'analyse, plus en phase avec la réalité sera la participation des entreprises au financement des conséquences que l'activité professionnelle peut avoir sur les travailleurs. Ainsi, mieux on arrivera à

¹⁵⁴¹ C. Séc. soc., art. L. 461-6.

¹⁵⁴² Imprimé national S6100.

déterminer la part que peut avoir le travail dans la causalité des accidents et maladies¹⁵⁴³, meilleures seront leur prise en charge, avec les conséquences en termes d'équilibre de la Sécurité sociale que cela induit, et meilleure pourront être aussi les actions préventives. Un pas a été franchi avec l'ANI¹⁵⁴⁴ qui prévoit la prise en charge des contrats collectifs par les entreprises en matière d'accès aux complémentaires santé¹⁵⁴⁵. Il convient, dans le sillon qui a été creusé par les partenaires sociaux, de s'interroger, à l'aune de ce nouveau postulat, de poser les jalons du système de protection sociale du 21ème siècle.

204. Les principaux risques professionnels liés à la santé. Nous laisserons à la cyndinique, discipline de l'étude des dangers regroupant tous les aspects des sciences étudiant les risques naturels, technologiques et industriels en vue d'essayer d'établir des règles de prévention, le soin de réaliser une cartographie exhaustive. Cependant, référencer est utile pour établir le domaine précis d'action d'une notion et circonscrire juridiquement ses effets. En fonction des secteurs d'activité, les expositions aux risques professionnels peuvent varier fortement, selon le risque considéré, en fonction des métiers et de leurs contraintes spécifiques. Les salariés du commerce et des transports et ceux de l'industrie sont fortement soumis à des contraintes de rythme de travail. Les contraintes physiques intenses concernent surtout la construction, l'agriculture, tandis que le travail prolongé sur écran est plus fréquent dans le tertiaire. L'exposition à des bruits intenses est à déplorer surtout chez les salariés de la construction et, dans une moindre mesure, de l'industrie ou de l'agriculture. L'exposition à des produits chimiques est également source de risques pour ces mêmes salariés. C'est l'enquête « surveillance médicale des expositions aux risques professionnels » (SUMER) qui dresse une cartographie des expositions des salariés aux principaux risques professionnels en France. Elle permet de réaliser des outils d'aide au repérage des expositions et de définir des actions de prévention prioritaires pour les acteurs impliqués dans le domaine du travail et de la santé au travail. Cette enquête présente le double intérêt de reposer, d'une part, sur l'expertise professionnelle du médecin du travail qui peut proposer aux salariés un questionnaire parfois très technique, et, d'autre part, sur le grand nombre de salariés enquêtés. La grande diversité des risques possibles rencontrés dans les établissements industriels, commerciaux, administratifs etc. rend très difficile l'établissement d'une liste exhaustive. Là n'est d'ailleurs pas l'intérêt de cette étude. On peut cependant dresser un panorama très rapide des risques

¹⁵⁴³ C. Séc. soc., livre IV. – M. Babin, Ces accidents du travail qui ne disent pas leur nom, *Cah. soc.* 2013, n° 258, p. 544.

¹⁵⁴⁴ ANI du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail.

¹⁵⁴⁵ J.-P. Chauchard, Les équivoques de l'assurance maladie complémentaire en entreprise, *RDSS* 2016, p. 149.

existant au travail. Parmi les principaux, on peut citer les risques mécaniques, physiques, chimiques, biologiques, radiologiques, psychologiques, psychosociaux. Dans ce cadre, on dénombre les travaux exposant à des agents biologiques, aux rayonnements ionisants, aux agents chimiques dangereux, aux vibrations mécaniques, à des travaux comportant des risques d'origine électrique ou d'effondrement, d'ensevelissement, des travaux en hauteur, avec des appareils sous pression, en milieu confiné, au contact du verre ou du métal en fusion, à des températures extrêmes, en contact d'animaux, ou bien encore les travaux en milieu hyperbare. La source de risques au travail est finalement considérable. La notion de pénibilité, finalement abandonnée¹⁵⁴⁶, avait vocation à prendre en compte les risques liés à l'exposition à des facteurs de pénibilité au-delà de certains seuils, ne pouvant être évités, et pouvant laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé. L'idée était de faire travailler moins longtemps les salariés exposés à des facteurs de risques professionnels d'une intensité et d'une durée minimales. Ces derniers sont au nombre de six classifiés selon deux situations de pénibilité liées aux rythmes de travail, ou à un environnement physique agressif¹⁵⁴⁷. Pour être pris en compte, les facteurs de risques professionnels doivent avoir une intensité et une durée minimales. Avec l'Ordonnance du 22 septembre 2017, l'employeur déclare les facteurs de risques professionnels dans un compte professionnel de prévention¹⁵⁴⁸ et le médecin du travail « participe à la prévention des risques professionnels »¹⁵⁴⁹, sans autre précision quant à son implication.

205. Les risques satellites, indirectement professionnels. Parmi les risques envisagés dans le Code du travail, faisons d'emblée l'économie du risque financier¹⁵⁵⁰ qui n'a pas de lien direct ou indirect avec les risques professionnels dans leur dimension sanitaire, fût-ce au sens le plus large, ou même du risque de défaillance de l'entreprise¹⁵⁵¹, tous deux liés au plan d'épargne salariale. Conséquence des aléas économiques notamment, le risque de l'emploi¹⁵⁵², risque social, est pris en charge par les pouvoirs publics par les politiques actives de l'emploi¹⁵⁵³ qui sont elles-mêmes assumées par les employeurs en raison des charges qui

¹⁵⁴⁶ M. Véricel, La quasi-disparition du compte de prévention de la pénibilité, *RDT* 2017, n° 10, pp. 649-651.

¹⁵⁴⁷ Ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention, *Jo* du 23.

¹⁵⁴⁸ C. trav., art. L. 4163-1.

¹⁵⁴⁹ C. trav., art. R. 4623-1.

¹⁵⁵⁰ C. trav., art. R. 3334-1-2 et L. 3334-11.

¹⁵⁵¹ C. trav., art. L. 3332-27.

¹⁵⁵² M.-L. Morin, « Le risque de l'emploi », *Revue de la CFDT*, n° 30, 2000, p. 18.

¹⁵⁵³ Voir sur ce point l'expression intéressante de « prévention des risques d'inadaptation à l'emploi » (C. trav. D. 5121-1) concernant les dispositifs en faveur de l'emploi et plus précisément les conventions d'aide au développement de l'emploi et des compétences.

leur sont prélevées, par les salariés en raison des cotisations qui sont déduites de leur rémunération, mais également et, de manière plus générale, par l'impôt qui permet d'assurer la redistribution, et essentiellement supporté par les travailleurs. En effet, la précarisation du salariat et les nouvelles formes d'emploi moins protectrices, dont l'organisation de la santé au travail peine à assurer la surveillance qu'elles mériteraient au regard des risques accrus pesant sur la santé des travailleurs concernés, impactent ces derniers qui peuvent alterner des périodes plus ou moins longues dans l'emploi et hors de l'emploi. À cet égard, le risque de perte d'emploi constitue un risque professionnel pour trois raisons : le préjudice subi réparé par l'indemnité de licenciement, le chômage et toute perte de chance subséquente, et enfin les aléas du retour à l'emploi. En outre, tout le droit du licenciement économique est fondé sur la responsabilité de l'employeur à qui le licenciement est imputable¹⁵⁵⁴. Au-delà, l'employeur a l'obligation d'adapter les salariés à l'évolution de leur emploi, de faire en sorte qu'ils demeurent employables pour précisément limiter le risque de perte d'emploi. La question relative au reclassement est fondamentale en matière de perte d'emploi lié aussi bien à des problématiques de santé du salarié qu'économiques. Le médecin du travail est en charge de conseiller l'employeur sur les aménagements éventuels de poste ou sur les propositions d'autres postes afin que les changements envisagés ne soient pas de nature à altérer sa santé et que l'emploi soit préservé. La préservation de l'emploi participe bien de la préservation de la santé. C'est la raison pour laquelle les procédures d'inaptitude notamment¹⁵⁵⁵ sont si rigoureuses, pour précisément rendre difficile le contournement du droit de la rupture du contrat de travail par une constatation médicale qui ne donnerait pas toutes les garanties relatives au respect dû à l'emploi, surtout en matière de contrat précaire.

¹⁵⁵⁴ M.-L. Morin, Partage des risques et responsabilité de l'emploi. Contribution au débat sur la réforme du droit du travail, *Dr. soc.* 2000, 730.

¹⁵⁵⁵ C. trav. L. 1243-1.

B. La double exigence du médecin du travail

206. Une approche populationnelle, un dépistage individuel. Le rôle du médecin du travail, plus que tout autre médecin, par sa mission exclusivement préventive, est un rôle d'anticipation. En effet, son diagnostic « pré-symptomatique » qui précède le diagnostic médical classique est particulièrement exigeant. L'action préventive que mène le médecin du travail à destination de la communauté de travail après avoir diagnostiqué une fragilité d'un salarié par le fait de son travail est du domaine de la thérapeutique au sens large, de même que les préconisations d'aménagement de poste à titre individuel qu'il est amené à faire. Le repérage des signes fonctionnels intermittents, souvent ressentis par épisodes douloureux mais aussi souvent banalisés, relèvent de la compétence du médecin du travail parce qu'il est le plus à même de déterminer les liens entre santé et travail, au terme d'une démarche étiologique. Cette instruction diagnostique permet ensuite la réponse thérapeutique matérialisée par l'intervention sur la situation de travail. Souvent discrets, les symptômes vécus ne motiveraient pas le sujet à consulter un médecin généraliste. C'est la raison pour laquelle le passage périodique devant un médecin du travail est nécessaire, de même que la consignation précise des constatations effectuées dans le cadre d'un examen clinique sont indispensables pour être à même d'établir le lien entre situation de travail, fragilité personnelle et préventions secondaire individuelle et primaire collective. En complément de cette immersion plus profonde dans le travail réel, les échanges entre professionnels de santé doivent être renforcés pour que les connexions et interactions se multiplient au bénéfice de meilleurs et plus précoces diagnostics et actions préventifs. Plus on se situe en amont, plus les actions seront bénéfiques sur la santé. Au stade de l'atteinte, la logique juridique a tendance à prendre le pas sur la logique médicale dans la mise en œuvre de procédures qui tiendront compte d'autres paramètres que les seules considérations de préservation de la santé. Entre autres, la question relative au maintien de l'emploi se posera et sera parfois de nature à déclasser la santé de son caractère normalement prioritaire. La juridicisation de l'écrit médical est un exemple de cette réalité. Il ne faut cependant pas oublier les effets bénéfiques du caractère contraignant de ces écrits médicaux sur l'employeur qui, en raison de son obligation de sécurité, est obligé, dans les faits, de suivre les indications du médecin du travail. En effet, en cas de refus, il devra exposer ses motivations par écrit, ce qui pourra être de nature à se retourner contre lui. Ces écrits sont des facilitateurs probatoires pour les salariés en cas de conflit avec leur employeur et un moyen de pression sur ce dernier pour mettre en œuvre les

mesures destinées à faire cesser le risque pesant sur la santé des salariés concernés. Ainsi, la mission du médecin du travail est axée sur une double exigence préventive individuelle (1) et collective (2).

1. Un rôle préventif individuel

207. Le rôle d'information du médecin du travail¹⁵⁵⁶ est essentiel et il complète celui de l'employeur. Leur articulation doit être renforcée et s'inscrire dans une collaboration étroite. A cet égard, dans le cadre de la visite de reprise consécutive à un arrêt de travail de plus de trois mois¹⁵⁵⁷, le Code du travail prévoit que le médecin du travail informe l'employeur « afin que toutes les mesures soient mises en œuvre en vue de favoriser le maintien dans l'emploi du travailleur »¹⁵⁵⁸. De plus, « le médecin du travail est informé par l'employeur de tout arrêt de travail d'une durée inférieure à trente jours pour cause d'accident du travail afin de pouvoir apprécier, notamment, l'opportunité d'un nouvel examen médical et, avec l'équipe pluridisciplinaire, de préconiser des mesures de prévention des risques professionnels. »¹⁵⁵⁹ Ces quelques dispositions sont une bonne base sur laquelle il faut continuer à avancer. En période d'arrêt, l'employeur peut solliciter une visite avec le médecin du travail. On peut s'interroger sur le fait que le salarié puisse s'opposer à ce que le médecin du travail informe l'employeur de ses recommandations concernant les mesures à mettre en œuvre en vue de favoriser le maintien dans l'emploi du travailleur¹⁵⁶⁰. N'y a-t-il pas incompatibilité avec son obligation de loyauté de participer à la démarche d'adaptation de poste et de reclassement s'il s'est opposé dès la reprise à communiquer avec son employeur ? Ne peut-on considérer que le salarié ne respecte pas, dans cette hypothèse, son obligation de sécurité¹⁵⁶¹.

¹⁵⁵⁶ C. trav., art. L. 4622-2, 2° (conseil), L. 4624-1 (visite d'information et de prévention), R. 4624-1, 5° (délivrance de conseils en matière d'organisation des secours et des services d'urgence), 8° (animation de campagnes d'information et de sensibilisation aux questions de santé publique en rapport avec l'activité professionnelle), R. 4624-11, 2° (information sur les risques éventuels auxquels l'expose son poste de travail), 3° (sensibilisation sur les moyens de prévention à mettre en œuvre), 5° (information sur les modalités de suivi de l'état de santé du travailleur par le service et sur la possibilité dont il dispose, à tout moment, de bénéficier d'une visite à sa demande avec le médecin du travail).

¹⁵⁵⁷ C. trav., art. R. 4624-29.

¹⁵⁵⁸ C. trav., art. R. 4624-30.

¹⁵⁵⁹ C. trav., art. R. 4624-33.

¹⁵⁶⁰ C. trav., art. R. 4624-30.

¹⁵⁶¹ C. Radé, L'obligation de sécurité du salarié, *Dr. ouvr.* 2012, pp. 578-582.

2. Un rôle préventif collectif

208. Sur le plan collectif, le médecin du travail a des attributions extrêmement larges. Selon l'article R. 4624-1 du Code du travail, ses actions sur le milieu de travail comprennent notamment la visite des lieux de travail ; l'étude de postes en vue de l'amélioration des conditions de travail, de leur adaptation dans certaines situations ou du maintien dans l'emploi ; l'identification et l'analyse des risques professionnels ; l'élaboration et la mise à jour de la fiche d'entreprise ; la délivrance de conseils en matière d'organisation des secours et des services d'urgence ; la participation aux réunions du comité social et économique ; la réalisation de mesures métrologiques ; l'animation de campagnes d'information et de sensibilisation aux questions de santé publique en rapport avec l'activité professionnelle ; les enquêtes épidémiologiques ; la formation aux risques spécifiques ; l'étude de toute nouvelle technique de production ; l'élaboration des actions de formation à la sécurité et à celle des secouristes. Malgré cela, quand un salarié fait une alerte, le médecin du travail n'est pas associé¹⁵⁶², c'est le CSE qui est l'acteur principal dans ce domaine. L'intérêt d'informer le médecin est pourtant évident. D'autres dispositions existent et ne sont pas mises en œuvre. C'est le cas de la déclaration au médecin du travail pour tout arrêt pour maladie professionnelle. Dans les faits, cette disposition n'est pas souvent respectée. Egalement, dans une logique de santé publique tant de prévention des maladies professionnelles que d'une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle, l'article L. 461-6 du Code de Sécurité sociale impose au médecin du travail de déclarer tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie, lorsqu'ils ont un caractère professionnel. Enfin, il peut être indiqué ici que le rôle préventif collectif du médecin du travail a été renforcé avec la loi Travail¹⁵⁶³. En effet, désormais, l'article R. 4624-42 du Code du travail prévoit que le médecin du travail ne peut déclarer l'inaptitude médicale d'un travailleur à son poste de travail que si, en plus de la réalisation d'au moins un examen médical, il a réalisé ou fait réaliser une étude de ce poste, mais également des conditions de travail dans l'établissement et indiqué la date à laquelle la fiche d'entreprise a été actualisé, et procédé à un échange avec l'employeur. Ce texte permet de mieux articuler les dispositions et les outils, comme la fiche d'entreprise, entre eux. Bien qu'encore insuffisant, ce texte va dans le bon sens, celui d'un accroissement des échanges entre les protagonistes, et d'une complémentarité des approches

¹⁵⁶² C. trav., art. L. 4132-2 et s.

¹⁵⁶³ L. n° 2016-1088 du 8 août 2016, art. 102.

individuelle et collective, permettant un renforcement de l'approche préventive grâce à une meilleure connaissance du travail réel.

Paragraphe 2. La connaissance du travail réel

209. Le travail réel. Le travail est un déterminant de santé, d'où l'intérêt de sa connaissance et de l'évaluation des risques professionnels¹⁵⁶⁴. « Le lien santé-travail est exploré à partir de ce que sait le médecin de l'histoire de l'entreprise, de la trajectoire du salarié, des éléments de compréhension de l'organisation issus des entretiens cliniques avec d'autres salariés, et des difficultés et conflits rapportés par d'autres salariés de l'entreprise, ou par l'employeur. Ce travail médical, où le passage à l'écrit est essentiel, pourra permettre que se déploie en écho une mise en délibération collective des difficultés de la contribution des sujets dans leur travail. Ainsi, le médecin du travail contribuera à les rendre acteurs de la transformation de leur travail, en remettant le travail réel au centre de l'élaboration collective. »¹⁵⁶⁵ L'analyse du travail réel est la première étape, objective, que doit mener le médecin du travail, avant de se livrer à l'analyse de la compatibilité de l'état de santé du salarié avec le poste de travail, qui est, quant à elle, une analyse subjective car elle correspond à l'étude des conditions de travail, c'est-à-dire aux conditions réelles et ressenties par le travailleur dans l'exercice de son travail. Pour ce faire, elle nécessite une immersion dans la réalité de l'exercice du travail. Dans un premier temps, le médecin du travail doit se livrer à l'évaluation du risque professionnel dans l'analyse objective du poste (**A**). Ensuite, il doit étudier la corrélation entre poste de travail et état de santé du travail, c'est-à-dire procéder à l'analyse subjective des conditions de travail (**B**).

A. *L'analyse objective du poste*

210. L'analyse objective du poste suppose les actions cumulatives, bien que disjointes, de l'évaluation du risque professionnel par l'employeur (1) et par le médecin du travail (2).

¹⁵⁶⁴ J. Munoz, L'évaluation des risques professionnels du point de vue du sociologue : entre contradictions et opportunités, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 113.

¹⁵⁶⁵ <http://www.e-pairs.org/colloque2014/0-ecrits-medecins-travail.html#03>

1. L'appréhension du risque professionnel par l'employeur

211. L'obligation de prévention de l'employeur. Au titre de cette obligation, l'employeur doit organiser une information des travailleurs sur les risques du travail pour la santé et la sécurité et les mesures prises pour y remédier¹⁵⁶⁶. De plus, en fonction des risques constatés, des actions particulières de formation à la sécurité¹⁵⁶⁷ sont conduites dans certains établissements avec le concours, le cas échéant, des organismes professionnels d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et des services de prévention des caisses régionales d'assurance maladie. En matière de harcèlement moral, la Cour de cassation¹⁵⁶⁸ a décidé que l'obligation de prévention des risques professionnels résulte de l'article L. 4121-1 du Code du travail¹⁵⁶⁹. On peut toutefois se demander s'il s'agit de « déterminer si cette obligation de prévention des risques professionnels n'est qu'une variation de l'obligation de sécurité, plus adaptée aux dispositions du Code du travail, ou si elle matérialise un schisme, permettant l'émergence d'une obligation de prévention affranchie de l'obligation de sécurité »¹⁵⁷⁰. Encourager l'employeur à agir constitue un message plus positif, voire progressiste, qu'un système juridique qui n'a pour effet que de sanctionner automatiquement une absence de résultat¹⁵⁷¹, quels que soient les moyens mis en œuvre¹⁵⁷², dès qu'un risque est réalisé, ce caractère systématique étant de nature à démobiliser les efforts de prévention de l'employeur¹⁵⁷³. Comme l'a souligné Jean-Yves Frouin, l'obligation de sécurité serait une obligation de moyens et l'employeur n'engagerait pas sa responsabilité à condition d'avoir respecté l'obligation de prévention des risques qui, elle, deviendrait l'élément central du dispositif jurisprudentiel. Il est intéressant de noter que la deuxième chambre civile ne fait plus automatiquement mention de cette obligation de sécurité dans le contentieux de la faute

¹⁵⁶⁶ C. trav., art. L. 4141-1 à L. 4141-4.

¹⁵⁶⁷ C. trav., art. L. 4142-1 à L. 4142-4.

¹⁵⁶⁸ Cass. soc., 6 déc. 2017, n° 16-10.885 à 16-10.891, D.

¹⁵⁶⁹ V. A. Bugada, L'obligation de sécurité pesant sur l'employeur en matière prud'homale : obligation de moyen ou de résultat ?, *JCP S* 2014. 1450.

¹⁵⁷⁰ L. de Montvalon, Le crépuscule de l'obligation de sécurité de résultat, *JSL*, mars 2018, n° 449, pp. 4-7.

¹⁵⁷¹ S. Fantoni-Quinton et P.-Y. Verkindt, « Obligation de résultat en matière de santé au travail. À l'impossible, l'employeur est tenu ? », *Dr. soc.* 2013. 229 ; B. Lardy-Pélissier, La santé du salarié : de la prévention au reclassement, *Sem. soc. Lamy* 2012, n° 1523.

¹⁵⁷² P.-Y. Verkindt, Un signe fort de la maturité sur l'obligation de sécurité de résultat, *SSL* 2016, n° 1726, pp. 11-14.

¹⁵⁷³ « L'obligation de sécurité de résultat, poussée à l'extrême, décourage la prévention » : Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, p. 65.

inexcusable pour recentrer le débat sur l'évaluation¹⁵⁷⁴ et la prévention des risques, parfois aux visa des articles L. 4121-1 et suivants du Code du travail¹⁵⁷⁵. Dans un arrêt du 25 novembre 2015¹⁵⁷⁶, la Cour de cassation opère un tournant en ne se prévalant pas de l'expression d' « obligation de sécurité de résultat » mais en la préférant à celle d' « obligation légale imposant de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs ». Selon le professeur Pierre-Yves Verkindt, « la Chambre sociale de la Cour de cassation est venue mettre fin à l'automatisme de la condamnation de l'employeur en lui ouvrant la possibilité d'établir qu'il a mis en place une prévention et des moyens adaptés »¹⁵⁷⁷. Dans un autre arrêt du 1^{er} juin 2016¹⁵⁷⁸, la Chambre sociale indique que l'employeur « informé de l'existence de faits susceptibles de constituer un harcèlement moral » doit avoir « pris les mesures immédiates propres à le faire cesser ». En tout état de cause, pèse sur l'employeur une obligation de prévention¹⁵⁷⁹.

212. La connaissance du risque sanitaire au travail. Prendre en compte l'état des connaissances scientifiques et techniques pour adapter les règles de prévention des risques professionnels est une évidence. Cependant, la difficulté réside dans le degré de précaution à appliquer et des conséquences en matière de compétitivité. C'est l'idée selon laquelle le droit du travail serait une entrave à l'activité économique. Or, il n'est pas raisonnable de mettre en balance les intérêts de l'entreprise et ceux des salariés. La santé des hommes ne peut être perçue comme une variable d'ajustement dans le monde des affaires et la bonne santé des travailleurs participe ainsi d'une meilleure productivité, au service de l'employeur. Cette ambition ne peut être suivie d'effet qu'en adaptant la médecine du travail et même, plus largement, la conception que l'on a du rapport de l'homme et du travail¹⁵⁸⁰. Le

¹⁵⁷⁴ J. Munoz, L'évaluation des risques professionnels du point de vue du sociologue : entre contradictions et opportunités, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 113.

¹⁵⁷⁵ Cass. civ., 2^{ème}, 9 nov. 2017, n° 16-22.538, D.

¹⁵⁷⁶ Soc. 25 nov. 2015, n° 14-24.444, D. 2015. 2507 ; *ibid.* 2016. 144, chron. P. Flores, S. Mariette, E. Wurtz et N. Sabotier ; *ibid.* 807, obs. P. Lokiec et J. Porta ; *Dr. soc.* 2016. 457, étude P.-H. Antonmattei ; v. M. Babin, « L'obligation de sécurité de résultat, nouvelle approche », *JCP S* 2016. 1011 ; M. Keim-Bagot, E. Jeansen, « Quel devenir pour l'obligation patronale de sécurité ? », *RDT* 2016. 222.

¹⁵⁷⁷ P.-Y. Verkindt, Un signe fort de la maturité sur l'obligation de sécurité de résultat, *SSL* 2016, n° 1726, pp. 11-14.

¹⁵⁷⁸ Cass. soc., 1^{er} juin 2016, n° 14-19.702, D. 2016. 1681, note J. Icard et Y. Pagnerre ; v. J. Mouly, « L'assouplissement de l'obligation de sécurité en matière de harcèlement moral », *JCP* 2016. 822 ; G. Loiseau, Le renouveau de l'obligation de sécurité, *JCP S* 2016. 1220 ; et E. Lafuma, Effectivité de l'obligation de sécurité et atteinte effective à la santé : quelle conception juridique de la prévention ?, *RJS* 2016. 565.

¹⁵⁷⁹ M. Babin, Certificat et obligations déontologiques du médecin du travail, *JCP S* 2018, n° 35, p. 4 ; Cass. soc. 10 févr. 2016, n° 14-26.909 à n° 14-26.914 : *JCP S*, 1011, note M. Babin ; Cass. soc., 6 déc. 2017, n° 16-10.885 : *JCP S* 2018, 1051, note G. Loiseau.

¹⁵⁸⁰ P. Lokiec, L'adaptation du travail à l'homme, *Dr. soc.*, no 7/8, juil.-août 2009, p. 755 : « Ce n'est pas à l'homme de s'adapter au travail mais au travail de s'adapter à l'homme. »

positionnement de la médecine du travail est révélateur d'une certaine condition du salarié¹⁵⁸¹. Par ailleurs, la question relative au temps de travail est assez évocatrice. Le référentiel temps dans l'entreprise a été bouleversé notamment sous l'effet des 35 heures en réduisant le temps de travail effectif mais en intensifiant corrélativement le travail pour faire face à une culture de l'urgence induisant d'importantes modifications de l'organisation du travail¹⁵⁸² et générant ainsi des troubles sur le terrain de la santé mentale¹⁵⁸³, difficiles à mesurer tant leur origine peut être diverse et multifactorielle. Face à ce bouleversement dans la pratique du travail, la médecine du travail aurait dû être plus vigilante aux conditions de travail, aidée par l'équipe pluridisciplinaire, tout en tenant compte de la situation de santé du salarié afin d'avoir l'analyse la plus fine possible au service d'actions de prévention pertinentes. Malgré l'évidence de cette remarque, celle-ci fait débat dans la profession. L'explication peut-être réside-t-elle dans l'accès qui est dénié aux médecins du travail aux données de santé des salariés et, partant de cette réalité juridique, ils considèrent qu'ils sont en mesure de mener à bien leur mission préventive en se tenant aux seules déclarations que les salariés portent à leur connaissance lors des examens médicaux. La nature de l'activité, la manière dont elle est organisée et la façon de l'exercer sont également des données essentielles. Comment en effet obtenir des résultats tangibles en matière de prévention des risques professionnels lorsqu'on se cantonne à examiner les salariés, hors de leur travail et sans connaissance fine de leur santé, lors d'une visite médicale en cabinet, en négligeant l'étude du poste de travail et donc les conditions de travail ? En pareille situation, les compétences et l'expertise des médecins du travail sont insuffisamment mises à profit. A la question de savoir ce qu'est la médecine du travail, on peut répondre qu'il s'agit d'une spécialité médicale qui apprécie l'adéquation entre l'état de santé d'un travailleur et son travail, c'est-à-dire le travail, entendu objectivement, et les conditions subjectives dans lesquelles s'effectue le travail en question. Cette médecine de prévention s'appuie nécessairement sur une politique de prévention du risque qui est fonction de la connaissance de ce dernier.

213. La complexification de l'identification du risque. L'employeur est tenu d'évaluer les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs et de les transcrire dans le

¹⁵⁸¹ Voir sociologie du travail.

¹⁵⁸² S. Fantoni-Quinton, L'évolution du temps de travail et les enjeux relatifs à la santé des salariés, *Dr. soc.*, n° 4, avr. 2010, p. 395-400.

¹⁵⁸³ Lancement le 12 mars 2018 de la première norme internationale ISO 45001 de système de management de la santé sécurité au travail proposant des lignes directrices et des recommandations pour mieux protéger les salariés, baisser le nombre d'accidents du travail et développer un environnement de travail sain et sûr.

document unique d'évaluation des risques¹⁵⁸⁴. Un regain pour le concept juridique de risque professionnel s'est manifesté avec le centenaire de la loi du 9 avril 1898¹⁵⁸⁵. Depuis cette loi visant à réparer le préjudice né de l'accident du travail, l'identification du risque s'est complexifiée en raison notamment du développement des formes atypiques d'emploi, de la mobilité croissante des trajectoires professionnelles, de la temporalité des effets du travail sur la santé, rendant plus difficile la démonstration du lien de causalité entre le dommage considéré et le travail supposé être à l'origine de ce dernier. Le risque a été redimensionné en raison de l'intensification¹⁵⁸⁶ et de la mutation du travail passant par des organisations nouvelles à l'origine de risques nouveaux sur la santé, notamment mentale, des salariés, se traduisant par une augmentation importante des troubles musculo-squelettiques (TMS) et des troubles psychosociaux. En outre, un risque est bien souvent fonction de la personne considérée. En effet, le contexte social, environnemental et la situation de santé du salarié, les effets cumulatifs que peuvent avoir son travail et ses activités annexes sur sa santé, des sources plurifactorielles, rendent la compréhension et l'appréhension du risque plus difficiles. Le risque, entendu de manière individualisée, est une cause d'aggravation d'une situation existante de santé. Dans son article R. 4412-6, le Code du travail préconise à l'employeur, en matière d'exposition à des produits chimiques, de prendre en compte les propriétés des agents chimiques concernés, les informations communiquées par le fournisseur de produits chimiques, la nature, le degré et la durée de l'exposition, les conditions dans lesquelles se déroulent les activités impliquant les agents chimiques considérés, les valeurs limites d'exposition et les conclusions notamment fournies par le médecin du travail à l'appui des constatations qu'il a pu faire grâce à la surveillance médicale des travailleurs visés. En amont de la réalisation du risque biologique, l'employeur est invité à déclarer l'utilisation d'agents pathogènes¹⁵⁸⁷. En matière d'exposition au bruit, il doit prendre notamment en considération le niveau, le type, la durée d'exposition, les valeurs limites d'exposition et les conclusions du médecin du travail concernant la surveillance de la santé des travailleurs¹⁵⁸⁸. Avec la

¹⁵⁸⁴ Cass. soc., 8 juill. 2014 : « Le fait qu'il n'ait eu aucune indication ou précision, ni de preuves sur les substances ou préparations chimiques utilisées dans l'entreprise n'est pas de nature à l'exonérer de cette obligation. », D. 2014. Actu. 1552 ; *RJS* 2014. 602, n° 703 ; *JS Lamy* 2014, n° 375-2, obs. Taquet.

¹⁵⁸⁵ V. notamment les numéros spéciaux des revues *Droit ouvrier* (mai 1998) et *Droit social* (juillet-août 1998). Hubert Seillan, *L'obligation de sécurité du chef d'entreprise*, Dalloz, 1981 ; Y. Saint-Jours, N. Alavarez, I. Vacarie, *Les accidents du travail (Définition – réparation – prévention)*, Traité de sécurité sociale sous la direction d'Y. Saint-Jours, tome III, LGDJ, 1982.

¹⁵⁸⁶ « Nouvelles organisations du travail et risques pour la santé des salariés », Avis du Conseil économique et social rendu le 7 avril 2004.

¹⁵⁸⁷ C. trav. R. 4427-2.

¹⁵⁸⁸ C. trav. R. 4433-5.

complexification de l'identification et de l'évaluation du risque, le Code du travail donne une méthode à suivre détaillée. De plus, et c'est remarquable, l'employeur doit prendre en considération toute incidence sur la santé et la sécurité des travailleurs particulièrement sensibles à ce bruit. Il s'agit là d'une disposition visant une démarche d'évaluation du risque individualisée. Ceci paraît aller dans le sens d'une meilleure préservation de la santé des travailleurs. En effet, les résistances et les capacités des salariés peuvent varier de l'un à l'autre. Cette même précaution est rappelée en matière d'exposition aux vibrations¹⁵⁸⁹.

214. Risque professionnel¹⁵⁹⁰ : risque juridique ou risque médical ? La question de la nature du risque est intéressante à bien des égards. En effet, selon que l'on donne une déclinaison ou l'autre, l'impact juridique n'est pas le même. Si l'on envisage le risque professionnel principalement comme un risque juridique, cela revient à dire que le risque professionnel qui pèse sur la santé du travailleur a pour conséquence un risque juridique et économique pour l'employeur. C'est parce que l'employeur est débiteur d'une obligation de sécurité que, si la santé du travailleur est affectée du fait ou à l'occasion de son travail, sa responsabilité pourra être engagée. Si l'on envisage le risque professionnel comme un risque sanitaire, un risque médical, et non d'abord juridique, alors le questionnement change d'orientation et c'est bien la personne du travailleur qui est concernée. Il convient donc de mettre en place une politique exigeante de prévention du risque professionnel afin que le risque juridique pour l'employeur soit le plus minime possible et que le risque pesant sur la santé du travailleur tende également à disparaître. C'est d'ailleurs parce que les intérêts des protagonistes convergent, l'employeur souhaitant ménager sa responsabilité et minorer les risques qui pèsent sur lui, et le salarié soucieux d'amoindrir le risque qui pèse sur sa santé et sa sécurité, qu'ils auront à cœur de travailler au service de la non-altération de la santé des salariés du fait de leur travail. A cet égard, le médecin du travail a toute sa place pour assurer une surveillance des travailleurs et ainsi participer de cette limitation du risque professionnel sur leur santé. Mais il est difficile pour lui d'avoir une analyse médicale pertinente du risque professionnel à l'aune d'une approche juridique. L'analyse médicale doit précéder, sinon supplanter, l'approche juridique directe qui peut contrevenir à l'objectif de préservation de la santé des travailleurs.

¹⁵⁸⁹ C. trav. R. 4444-5.

¹⁵⁹⁰ M. Badel, La notion de risque professionnel : état des lieux à la lumière des évolutions récentes, *RDSS*, 2004, p. 206.

2. L'évaluation des risques professionnels par le médecin du travail

215. Elaboration du DUERP sans le médecin du travail. Depuis la loi du 31 décembre 1991¹⁵⁹¹, reprenant la directive européenne de 1989, et complétée par le décret du 5 novembre 2001¹⁵⁹², tout employeur est obligé d'évaluer les risques professionnels dans son entreprise et de formaliser cette évaluation¹⁵⁹³. Selon l'article R. 4121-4, le document unique d'évaluation des risques est élaboré par l'employeur¹⁵⁹⁴ qui peut, s'il en fait la demande, mobiliser le médecin du travail. Cependant, selon l'article R. 4623-1 2°, le médecin du travail « conseille l'employeur, notamment en participant à l'évaluation des risques dans le cadre de l'élaboration de la fiche d'entreprise ». Selon l'article R. 4624-46, pour chaque entreprise ou établissement, le médecin du travail (ou l'équipe pluridisciplinaire dans les SSTI) doit établir et tenir à jour une fiche d'entreprise ou d'établissement sur laquelle il consigne notamment les risques professionnels et les effectifs de salariés exposés à ces risques. Cette fiche constitue un des premiers leviers pour mettre en oeuvre une démarche de prévention et pour aider l'employeur dans l'identification et l'évaluation des risques présents dans son entreprise. Le Code ne prévoit pas, *a contrario*, d'action spécifique du médecin du travail dans l'élaboration du document unique. Il est dommage que les deux documents-clés de l'évaluation des risques, que sont la fiche d'entreprise et le document unique, ne fassent pas l'objet d'un rapprochement quant à leur élaboration et même, pourquoi pas, d'une fusion. Selon l'article L. 4121-1 du Code du travail, « l'employeur prend les mesures pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs » parmi lesquelles « la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés ». Assurément, le document unique, qui assure la formalisation de l'évaluation *a priori* des risques sous la forme d'un diagnostic en amont, systématique et exhaustif, des facteurs de risques auxquels les travailleurs peuvent être exposés, fait partie des moyens destinés à préserver la santé des travailleurs mais le texte, très général, ne renvoie pas explicitement au document unique. Il s'agit donc d'une obligation, sanctionnée en cas d'inexécution¹⁵⁹⁵, pesant sur l'employeur, avec des ramifications

¹⁵⁹¹ Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991.

¹⁵⁹² D. n° 2001-1016, 5 nov. 2001, JO 7 nov.

¹⁵⁹³ C. trav., art. L. 4121-3 et R. 4121-1.

¹⁵⁹⁴ La circulaire n° 6 de la Direction des relations du travail 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, est venue apporter des éléments utiles pour élaborer le document unique.

¹⁵⁹⁵ C. trav., art. L. 4161-1, R. 4121-1, R. 4741-1 ; Cass. soc., 8 juill. 2014, n° 13-15.474, n° 13-15.470.

pénales¹⁵⁹⁶, conformément à son obligation de sécurité visant à mettre en œuvre, dans chaque entreprise, une véritable politique incluant la prévention au même titre que la réparation, permettant ainsi d' « affirmer que la santé des salariés est une donnée essentielle de la politique menée dans l'entreprise. L'entreprise doit donc construire une réelle politique coordonnée incluant la prévention des risques tant sur le plan de la sécurité que de la santé des salariés. »¹⁵⁹⁷. Porteurs, selon l'IGAS¹⁵⁹⁸, d'une véritable logique de prévention, dans la pratique, force est de constater que ces objectifs ambitieux sont fonction du sérieux de l'employeur dans l'élaboration de ce document, trop souvent confiée à des juristes ou à des comptables, sans consultation de professionnels compétents, au premier rang desquels le médecin du travail et son équipe pluridisciplinaire. En effet, deux éléments font que l'objectif ambitieux connaît un résultat plutôt décevant. D'abord, le document unique d'évaluation des risques est davantage pensé comme un outil juridique que mis en œuvre dans le cadre d'une véritable expertise scientifique des risques. De surcroît, ce document ne fait pas l'objet d'un formalisme standardisé, ne pouvant ainsi générer la production de données objectives. Dès lors, les chefs d'entreprise, qui ont la responsabilité de l'élaboration de ce document, perçoivent cette dernière comme une contrainte réglementaire de plus¹⁵⁹⁹, ce qui n'est pas de nature à les enjoindre à orienter ce travail au seul profit de la préservation de la santé des travailleurs. Au contraire, ils élaborent ce document dans l'esprit d'une contrainte juridique qu'ils ont à cœur d'honorer pour des raisons de forme davantage que pour des raisons sanitaires. De plus, la coopération avec le médecin du travail n'est pas expressément inscrite dans les textes, au-delà des principes généraux. En effet, contrairement au droit italien¹⁶⁰⁰ qui prévoit que le médecin du travail « coopère, au sens de l'article 29, alinéa 1, avec l'employeur afin d'évaluer les risques »¹⁶⁰¹, le droit français ne prévoit pas ce type de relation entre médecin du travail et employeur en matière d'évaluation des risques professionnels. Il s'agit d'une occasion ratée dans la mesure où l'apport des connaissances scientifiques et l'évolution

¹⁵⁹⁶ D. Rebut, Le droit pénal de la sécurité du travail, *Dr. soc.* 2000, numéro spécial *Le droit pénal du travail*, sp. p. 983 et s.

¹⁵⁹⁷ Rapport fait au nom de la mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante, n° 2884, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 février 2006.

¹⁵⁹⁸ Rapport fait au nom de la mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante, n° 2884, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 février 2006.

¹⁵⁹⁹ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, p. 46.

¹⁶⁰⁰ M. Vincieri, Le rôle du « médecin compétent » et le droit de l'inaptitude dans la législation italienne, *RDT* 2017, p. 746.

¹⁶⁰¹ Décret législatif n° 81/2008, art. 2, al. 1, h).

des conditions de travail ont mis en évidence de nouveaux risques professionnels, qui ne peuvent, fort logiquement, être combattus qu'après avoir été identifiés.

216. L'évaluation des risques professionnels, obligation première de l'employeur.

En effet, dans cette perspective technique, médicale et organisationnelle, la démarche d'évaluation devrait permettre de comprendre, de traiter l'ensemble des risques professionnels et surtout de renforcer l'analyse préventive des risques au service de la préservation de la santé des travailleurs. « L'employeur tient à la disposition des membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, des délégués du personnel, ainsi que du médecin du travail, de l'inspection du travail et des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale, les éléments ayant servi à l'évaluation des risques. Les résultats de cette évaluation sont consignés dans le document unique d'évaluation des risques. »¹⁶⁰² Base doctrinale du droit de la santé et de la sécurité au travail, la démarche d'évaluation, transcrite dans un document, est l'obligation première de l'employeur en matière de risques professionnels. L'élaboration de ce support matériel et instrument juridique de la politique de prévention dans l'entreprise qu'est le document unique et qui transcrit les résultats de l'évaluation des risques¹⁶⁰³ doit être effectuée en liaison avec le CHSCT, mais elle est unilatérale¹⁶⁰⁴. L'employeur doit faire un inventaire des risques, en identifiant les dangers, et en analysant les différents facteurs qui, en se combinant, peuvent créer un risque pour la santé des travailleurs. Cette évaluation des risques doit se faire par unité de travail, celle-ci étant entendue au sens large. L'objectif de cette évaluation des risques étant de mettre en place une politique de prévention effective, l'unité de travail doit être circonscrite à partir d'une analyse fondée sur l'identité des conditions de travail et donc des risques. Le renforcement de la sécurité dans les entreprises, particulièrement celles qui sont à risques, devrait être la conséquence immédiate de l'élaboration de ce document qui doit mener, une fois que l'évaluation des risques a été opérée de façon « globale et exhaustive »¹⁶⁰⁵, à un programme annuel de prévention qui a pour objectif, selon les prescriptions de l'article L. 4121-2, de « combattre les risques à la source ». Les entreprises se trouvent confrontées à de nombreuses difficultés techniques et conceptuelles d'élaboration de ce document alors que l'obligation

¹⁶⁰² C. trav., art. R. 4412-64.

¹⁶⁰³ C. trav., art. L. 4121-2.

¹⁶⁰⁴ La circulaire d'application, en date du 18 avril 2002 (*Liaisons soc.* 24 mai 2002, n° 8286), préconise de mener la démarche de prévention en cinq étapes : la préparation par un inventaire des risques, l'évaluation des risques, l'établissement d'un programme d'actions, la mise en oeuvre des actions de prévention, et, le cas échéant, une nouvelle évaluation des risques.

¹⁶⁰⁵ Selon la circulaire, cela signifie que l'évaluation des risques doit être réajustée à chaque fois que des aménagements de postes ou transformations interviennent dans l'entreprise.

générale de préserver la sécurité et la santé des travailleurs¹⁶⁰⁶ est une exigence intrinsèque de l'entreprise qui conduit à l'élaboration, non de successions d'actions, mais d'une véritable politique de prévention¹⁶⁰⁷ dans l'entreprise¹⁶⁰⁸. Dans cette quête, même si elle n'est pas explicitement exigée, rien n'interdit une élaboration partagée du document unique. Le document unique d'évaluation des risques, simple obligation matérielle dont l'initiative appartient à l'employeur¹⁶⁰⁹, constitue une base tangible pour la définition d'une stratégie d'action dans chaque entreprise et peut être élaboré de manière collaborative avec le médecin du travail et au-delà même du seul médecin, dans une approche pluridisciplinaire. Les modalités concrètes de réalisation du document échappent au droit *a priori* mais peuvent faire l'objet d'un contrôle *a posteriori* par le juge. Ainsi, notamment pour ménager le risque juridique le concernant, l'employeur a tout intérêt de solliciter la participation de son conseiller privilégié en matière de santé au travail, le médecin du travail, à l'élaboration de ce document non seulement parce qu'elle est possible mais surtout parce qu'elle apparaît comme une nécessité au service d'une démarche la plus rationnelle et pertinente possible. L'intérêt d'élaborer ce document en étroite liaison avec les services de santé au travail tombe sous le sens pour au moins deux raisons : la première est celle de la démonstration de la bonne foi dans le respect de l'obligation et, la seconde, et non des moindres, est celle de donner un gage de sérieux et d'effectivité dans la mise en œuvre de cette obligation. Le recours au médecin du travail dans l'élaboration de ce document, aussi surprenant que cela puisse paraître, n'est qu'une faculté, qui transparaît seulement dans le terme générique de conseil¹⁶¹⁰, et non une obligation¹⁶¹¹. Au regard de l'article R. 4624-23 du Code du travail, qui prévoit l'avis du médecin du travail dans la liste de l'employeur des postes présentant des risques particuliers, on peut émettre quelques nuances. En effet, dans ce cas, un échange entre employeur et médecin du travail est prévu. C'est bien dans ce sens que la santé au travail doit évoluer. Une incise est ici tentante pour s'interroger sur la construction d'un système dans lequel le médecin du travail aurait autorité, c'est-à-dire qu'il aurait toute latitude et disposerait de tous moyens, pour lui-même impulser la mise en œuvre des conditions de cette préservation en préconisant à l'employeur toutes mesures pertinentes pour remplir l'objectif de protection.

¹⁶⁰⁶ M.-A. Moreau, Obligation générale de préserver la santé des travailleurs, *Dr. soc.* 2013. 410.

¹⁶⁰⁷ C. trav., art. L. 4121-2 7°.

¹⁶⁰⁸ M.-A. Moreau, « Pour une politique de santé dans l'entreprise », *Dr. soc.* 2002, p. 817.

¹⁶⁰⁹ C. trav., art. R. 4121-1.

¹⁶¹⁰ C. trav., art. L. 4622-2.

¹⁶¹¹ C. trav., art. L. 4121-1, 3° (mise en place d'une organisation et de moyens adaptés) ; L. 4121-2, 7° (ensemble cohérent).

B. L'analyse subjective des conditions de travail

217. L'analyse subjective des conditions de travail suppose de s'interroger d'abord sur la corrélation entre poste de travail et état de santé du travailleur (1). En outre, par extension, une analyse individuelle au profit du collectif doit être menée (2).

1. La corrélation entre poste de travail et état de santé du travailleur

218. La référence aux postes de travail. Il appartient au seul médecin du travail d'apprécier l'(in)aptitude¹⁶¹² d'un salarié à occuper un poste précis. Cette appréciation médicale s'opère en référence à un emploi particulier, celui occupé par le salarié¹⁶¹³. La notion d'(in)aptitude appelle nécessairement une connaissance fine de l'entreprise et des caractéristiques du poste occupé par le médecin du travail. Pour une appréciation médicale la plus pertinente possible, ce dernier doit également avoir une connaissance assez aboutie de la situation de santé du salarié. En effet, ce dernier peut souffrir d'une pathologie qui ne lui permet ou ne lui permettra plus d'occuper son emploi mais qui ne l'empêche pas d'en occuper un autre au sein de l'établissement. Pour que l'aménagement du poste soit possible en adaptation de la situation du salarié, ou sans reclassement dans le cas d'une constatation d'inaptitude, le médecin doit avoir la connaissance suffisante des capacités nouvelles du salarié. Pour que ce système de santé au travail fonctionne. Des connexions avec la santé publique doivent être établies. En effet, les informations détenues de part et d'autre sont précieuses, pour la personne du salarié (aptitude au travail, maîtrise des risques professionnels et de leur impact sur la personne du salarié), pour la communauté de travail (vérification que l'état de santé du salarié ne constitue pas un danger pour les autres travailleurs), pour la société (épidémiologie, vaccination, addiction, notion de tiers, équilibre du système de santé et de son financement...). La santé est un tout complexe qui doit être envisagé dans un système global.

219. Complémentarité entre l'analyse du poste de travail et l'examen clinique pour un suivi médical individuel pertinent. L'analyse du poste de travail nécessite une action de terrain. Or, force est de constater que l'action individuelle de surveillance médicale par l'(in)aptitude prévaut très largement sur l'action collective d'essence préventive. La médecine

¹⁶¹² C. trav., art. L. 4624-1 ; L. 4624-2 ; R. 4624-24 ; R. 4624-42.

¹⁶¹³ C. trav., art. L. 4624-1 et R. 4624-21.

du travail, pour mener sa mission, doit maîtriser parfaitement la connaissance des postes de travail et des conditions dans lesquelles est exercé le travail. Pour y parvenir, l'approche pluridisciplinaire apparaît pertinente et nécessaire pour comprendre le travail réel dans ses conséquences sur la santé des travailleurs. L'analyse du poste de travail est la première dimension collective de l'activité du médecin du travail dans la mesure où les constatations individuelles profitent au collectif de travail et s'inscrit en complémentarité de l'examen médical pratiqué dans le cadre du colloque singulier qui permet le suivi individuel du salarié. Il s'agit du préalable nécessaire à l'identification, d'une part, et à la prévention, d'autre part, des risques professionnels. Cette analyse, conduite par le médecin du travail, dans le cadre de sa mission de préservation de la santé des salariés, intervient de manière complémentaire avec l'évaluation des risques professionnels opérée par l'employeur dans le cadre de son obligation de sécurité déclinée en obligation d'identification des risques par poste de travail qu'il référence dans le document unique. Par ailleurs, l'analyse des conditions de travail correspond aux conditions réelles dans lesquelles le travail est effectivement pratiqué. Pour ce faire, elle nécessite une immersion dans la réalité de l'exercice du travail confié. Les conditions de la prise de décision du médecin du travail en matière d'aménagement de poste ou d'affectation à un autre poste sont encadrées par le Code du travail¹⁶¹⁴. Ces propositions sont justifiées par des considérations relatives à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs, permettant de prendre en compte les réalités subjectives de chaque travailleur. L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. En cas de difficulté ou de désaccord, l'employeur ou le salarié peut exercer un recours devant le Conseil de prud'hommes¹⁶¹⁵. La « proposition » du médecin du travail est faite au salarié et transmise à l'employeur si le salarié en est d'accord. Ce n'est pas l'inadaptation du poste à accueillir le salarié qui est ici pointée mais l'incapacité de santé du salarié à occuper le poste.

2. Une analyse individuelle au profit du collectif

220. « L'action sur le milieu de travail consiste dans la préparation, la réalisation, et les suites immédiates d'une intervention au bénéfice d'une entreprise ou de plusieurs entreprises, préalablement identifiées. Cette activité préventive – au bénéfice collectif ou individuel des

¹⁶¹⁴ C. trav., art. L. 4624-1.

¹⁶¹⁵ C. trav., art. L. 4624-7.

salariés – a pour but de mener ou de proposer des actions de prévention, de correction ou d'amélioration des conditions de travail. »¹⁶¹⁶ L'action collective en milieu de travail désigne, spécifiquement, les initiatives de terrain menées par le médecin du travail, en immersion dans le travail réel, dans la communauté de travail. Fort des constatations *ad hominem* réalisées par lui lors du suivi individuel des travailleurs, le médecin du travail peut ainsi mettre en œuvre, dans une dimension collective et pluridisciplinaire¹⁶¹⁷, à visée préventive, des actions à destination du collectif de travail. L'article R. 4624-1 ne prévoit pas de liste exhaustive des actions que le médecin du travail doit réaliser. *A contrario*, une telle limitation dans l'exercice médical aurait pu constituer une atteinte à son autonomie. En revanche, ces actions, pour les SSTI, doivent s'inscrire dans le projet de service décidé par le Conseil d'administration qui en assure la gouvernance. En tout état de cause, l'action en milieu de travail doit représenter le tiers du temps médical disponible consacré par le médecin du travail¹⁶¹⁸. Il est anormal de ne consacrer que le tiers du temps d'une activité à une mission qui est censée lui être exclusive. Cette critique est à nuancer. En effet, ainsi énoncé, cela revient à considérer que l'approche préventive n'est opérée que dans une dimension collective. Or, suivi individuel et prévention ne sont pas antagonistes. Mais, le suivi individuel, jusqu'alors¹⁶¹⁹ phagocyté par l'(in)aptitude, qui est la déclinaison pratique d'une approche théorique du contrôle, ne pouvait être pleinement satisfaisant. Une prévention efficace, quant à elle, nécessite une approche experte et une information exhaustive, quantitativement et qualitativement, sans quoi elle est vouée à l'échec, ne pouvant s'inscrire dans la pertinence et la personnalisation indispensables à sa réussite. Or, d'une part, assigner des objectifs discordants peut être de nature à amoindrir l'efficacité, voire à l'annihiler, et, d'autre part, les moyens et acteurs mobilisés ne doivent pas présenter d'incohérences, de dualités d'intérêts. Le médecin du travail participe pleinement de cet impératif préventif par le conseil qu'il prodigue dans une double destination.

¹⁶¹⁶ Circ. N° 6/62, 30 nov. 2012, p. 32.

¹⁶¹⁷ C. trav., art. R. 4624-1.

¹⁶¹⁸ C. trav., art. R. 4624-4.

¹⁶¹⁹ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JORF n° 0184 du 9 août 2016.

Chapitre 2. La double vocation du conseil

222. Le conseil au cœur de l'activité préventive. « Conseiller, le médecin du travail exerce un rôle d'influence dont l'épanouissement suppose qu'il soit perçu comme un véritable partenaire au sein de l'entreprise »¹⁶²⁰. Le conseil du médecin du travail, à la fois pour le salarié et pour l'employeur, pourrait prêter à caution quant à son équilibre. En effet, prodiguer de bons conseils concomitamment aux deux parties d'un contrat interroge du point de vue de la défense des intérêts de chacun. C'est peut-être parce que le droit du travail évolue, sur le postulat du déséquilibre d'une partie vis-à-vis de l'autre, que la construction de cette discipline juridique repose avant tout sur des améliorations de protection de la santé du travailleur subordonné qui ont pris naissance dans le cadre contractuel et s'en sont émancipées en raison du caractère impérieux de cet objectif et de son caractère d'ordre public. Le contrat, au-delà de la prestation de travail, la rémunération et le lien de subordination comporte une quatrième dimension qui concerne la préservation de la force de travail¹⁶²¹, non seulement pour que le contrat puisse continuer à s'appliquer mais également parce que la conséquence d'un contrat ne peut être l'affaiblissement d'une partie aboutissant à la diminution de la capacité de cette dernière à l'exécuter de sorte que l'employeur et le salarié ont une obligation de sécurité sur la personne du travailleur. C'est dans ce contexte que s'inscrit le conseil du médecin du travail. Par ailleurs, on peut considérer que le champ de la préservation de la santé dépasse le cadre strict du contrat de travail. L'intervention d'un tiers expert, le médecin du travail, est révélatrice. Les deux parties ne le consultent pas sur les mêmes choses. On conseille le salarié sur un certain champ – sa santé, ses vulnérabilités et ses équipements de protection individuelle – et l'employeur sur ses obligations de prévention. Même si la finalité est la même, ce n'est pas la même typologie de conseil. Conseiller l'employeur, ce n'est pas le conseiller en général. C'est le conseiller dans l'objectif de la prévention des risques professionnels. D'un point de vue juridique, cela revient aussi à protéger juridiquement, judiciairement, l'employeur qui, s'il met tout en œuvre pour prévenir toute altération de la santé du salarié, sera lui aussi protégé¹⁶²². La santé au travail constitue le

¹⁶²⁰ B. Teyssié, Prolégomènes sur la médecine du travail, *Dr. soc.* 1987. 561.

¹⁶²¹ T. Revet, *La force de travail : étude juridique*, Litec, 1992.

¹⁶²² P.-Y. Verkindt, Un signe fort de la maturité sur l'obligation de sécurité de résultat, *semaine sociale Lamy* n° 1726, p. 11 ; L. de Montvalon, Le crépuscule de l'obligation de sécurité de résultat, *JSL*, mars 2018, n° 449, pp. 4-7.

premier réseau de terrain au service de la prévention et de la connaissance des risques professionnels¹⁶²³. Or, la pratique des entreprises souffre encore d'un manque de culture de prévention, dont la responsabilité incombe à l'employeur¹⁶²⁴, mais relève de la mission du médecin du travail¹⁶²⁵. Selon l'article L. 4622-2, 2° du Code du travail, les services de santé au travail « conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants 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 la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ». En sa qualité d'animateur et de coordonnateur du service de santé, le médecin du travail a une place essentielle dans cette mission dont la nature est à éclaircir ainsi que les moyens d'action dédiés pour la mener. Le conseil prodigué par le médecin du travail a une double destination qui n'est pas symétrique, nonobstant la convergence des objectifs et, pour une part, des intérêts. Il s'adresse à la fois aux salariés (**section 1**) et à l'employeur (**section 2**).

¹⁶²³ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013. 1026.

¹⁶²⁴ C. trav., art. L. 4121-1, L. 4121-2 et L. 4121-3.

¹⁶²⁵ C. trav., art. L. 4622-3.

223. Le conseil aux salariés relève, pour une part, d'une approche individuelle – les avis relatifs aux aménagements de poste pour l'essentiel – et, d'autre part, d'une approche collective, par l'action en milieu de travail. Dans les deux cas, la dimension « contrôle social » est présente dans la prise de décision de l'employeur, elle s'exerce par les institutions représentatives du personnel. En effet, qu'il s'agisse de la procédure d'inaptitude¹⁶²⁶ ou bien des actions en milieu de travail¹⁶²⁷, l'avis du CSE, quand il existe, est requis, et, comme la proposition du médecin du travail, est pris en compte par l'employeur pour proposer au salarié un nouvel emploi approprié à ses capacités. Il en est également ainsi, par exemple, pour toutes dispositions nécessaires pour assurer la protection des travailleurs contre le froid et les intempéries¹⁶²⁸. Dans ces hypothèses, c'est l'employeur qui, pour valablement décider, doit prendre avis du médecin et du CSE. En revanche, ces deux derniers n'ont pas vocation à échanger ensemble. Si le conseil du médecin du travail à destination des salariés revêt une double dimension (**paragraphe 1**), individuelle/collective il a également une dimension institutionnelle : le conseil aux instances représentatives du personnel (**paragraphe 2**).

Paragraphe 1. Un conseil à double dimension, individuelle et collective

224. « Impératif de santé publique »¹⁶²⁹, prévenir les risques en entreprise suppose un accompagnement global mais également un accompagnement individuel des travailleurs. Selon l'article R. 4127-34 du Code de la Santé publique, le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable et veiller à leur compréhension, ce qui implique un devoir de conseil. La prévention des risques professionnels, qui s'opère davantage par l'action en milieu de travail, donc sur le terrain collectif, a pour conséquence la protection de la santé des travailleurs¹⁶³⁰. De plus, l'adaptation des postes pour préserver le maintien dans l'emploi des salariés¹⁶³¹ est un moyen individuel qui a des conséquences

¹⁶²⁶ C. trav., art. L. 1226-2 et L. 1226-10.

¹⁶²⁷ C. trav., art. R. 4624-7 : « Le médecin du travail avertit l'employeur, qui informe les travailleurs concernés ainsi que le comité social et économique, des risques éventuels et des moyens de protection dont il doit être fait usage ».

¹⁶²⁸ C. trav., art. R. 4223-15.

¹⁶²⁹ M. Caron, P.-Y. Verkindt, « L'effort humain » – Regards sur la pénibilité, *D.* 2011. 1580.

¹⁶³⁰ C. trav., art. R. 4623-1, 1^o.

¹⁶³¹ C. trav., art. R. 4623-1, 1^o, b.

individuelles mais aussi des bénéfices collectifs. La protection des travailleurs contre les nuisances ou l'amélioration de l'hygiène générale de l'établissement ou bien encore les modifications apportées aux équipements ont une dimension plus collective. « La démarche type est celle d'un suivi de chacun des salariés, puis d'une sommation collective des bilans des individus pour faire un suivi collectif de l'entreprise, identifier des signaux ou l'émergence de maladies professionnelles. Ces données collectives permettent d'établir des règles ou des recommandations qui en retour seront adaptées à chaque individu. »¹⁶³² La médecine du travail n'est pas un exercice tout individuel ou tout collectif mais une alchimie entre suivi individuel des salariés et suivi collectif au travail : c'est la complémentarité entre l'évaluation individuelle clinique et l'évaluation collective globale qui fait son intérêt. Le conseil aux salariés peut s'exercer selon deux modalités principales : le conseil individuel (A) – qui s'opère dans le cadre du colloque singulier, entre le médecin du travail et le travailleur – et le conseil collectif (B), qui intervient en milieu de travail, tourné vers la collectivité de travail.

A. *Le conseil individuel*

225. Le salarié conseillé, également acteur de sa santé. Le fait que pèse sur le médecin du travail une obligation de conseil vis-à-vis des salariés traduit-il, corrélativement, que le salarié ait une obligation de prévention¹⁶³³ attachée à son obligation de sécurité¹⁶³⁴ ? Il est évident que le salarié est un acteur essentiel à la mise en œuvre de la démarche de prévention de l'entreprise. Sa connaissance pratique de son poste de travail lui confère un rôle important, notamment pour identifier les risques et contraintes qu'il vit, suggérer des améliorations et proposer des mesures de prévention adaptées à son activité. Il doit appliquer les procédures mises en place et respecter les consignes données. Dans l'entreprise, tout salarié a l'obligation de prendre soin de sa santé et de celle de ses collègues concernés par ses actes au travail¹⁶³⁵. Son droit d'alerte¹⁶³⁶ et d'information, sa participation à l'amélioration de l'ensemble des procédures et des actions mises en œuvre, la sollicitation possible d'un

¹⁶³² J. Mouchikhine, B. Reneller, La médecine du travail : prévention des risques ou accompagnement des salariés ?, *JSL*, 27 févr. 2015, n° 382, pp. 34-37.

¹⁶³³ P. Cousseau, Quelle obligation de prévention imposer au salarié ?, *JSL*, n° 382, févr. 2015, pp. 24-28.

¹⁶³⁴ C. Radé, L'obligation de sécurité du salarié, *Dr. ouvr.* 2012, pp. 578-582.

¹⁶³⁵ C. trav., art. L. 4122-1.

¹⁶³⁶ C. trav., art. L. 4133-1 à L. 4133-5.

médecin du travail en dehors des examens obligatoires, son droit de retrait de certaines situations en cas de danger grave et imminent¹⁶³⁷ ou son droit d'expression sur la nature et les conditions de travail participent de cette prévention. Selon l'article L. 4122-1, 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. Les instructions de l'employeur précisent, en particulier lorsque la nature des risques le justifie, les conditions d'utilisation des équipements de travail, des moyens de protection, des substances et préparations dangereuses. Elles sont adaptées à la nature des tâches à accomplir. Cependant, ces dispositions sont sans incidence sur le principe de la responsabilité de l'employeur. Ainsi, seul l'employeur¹⁶³⁸ est véritablement débiteur principal de la prévention des risques professionnels. Non seulement, le médecin du travail est le conseiller du chef d'entreprise mais il prodigue également un conseil individuel au salarié, basé sur deux piliers : la préservation de la santé (1) et la préservation de la désinsertion professionnelle (2), c'est-à-dire le maintien dans l'emploi.

1. La préservation de la santé par l'information

3. **L'objectif du conseil : la prévention.** La préservation de la santé des travailleurs est l'objectif poursuivi par le médecin du travail dans sa mission exclusivement préventive. Le conseil est d'abord la traduction du devoir d'information du médecin. En effet, conformément aux principes généraux de santé publique, « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé »¹⁶³⁹. Dès lors, comme tout médecin, car « cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables »¹⁶⁴⁰, le médecin du travail « doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose »¹⁶⁴¹. L'exercice de la médecine du travail impose au médecin du travail d'informer le travailleur des risques de sa situation

¹⁶³⁷ L. 4131-1 à L. 4131-4 C. trav.

¹⁶³⁸ P. Cousseau, Quelle obligation de prévention imposer au salarié ?, *JSL*, n° 382, févr. 2015, pp. 24-28.

¹⁶³⁹ C. santé pub., art. L. 1111-2, al. 1.

¹⁶⁴⁰ C. santé pub., art. L. 1111-2, al. 2.

¹⁶⁴¹ C. santé pub., art. R. 4127-35.

professionnelle et de ses liens, éventuellement pathogènes, avec sa santé. « Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. »¹⁶⁴² L'entrée en vigueur de la Loi Travail¹⁶⁴³, et avec elle la fin de l'examen d'aptitude systématique, couplée à la fin du monopole de visite effectuée par le médecin du travail, entraîne une situation problématique. En effet, jusqu'alors, le médecin du travail était chargé, au cours de l'examen d'embauche, « d'informer le travailleur sur les risques des expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire »¹⁶⁴⁴. De plus, lors des examens périodiques, il avait obligation d'informer le travailleur « sur les conséquences des expositions au poste de travail et du suivi médical nécessaire »¹⁶⁴⁵. Il pouvait, dans ce cadre, demander les examens complémentaires nécessaires « au dépistage d'une maladie professionnelle ou à caractère professionnel susceptible de résulter de l'activité professionnelle du salarié »¹⁶⁴⁶. Ces possibilités demeurent avec la loi nouvelle. Cependant, pour les postes sans risque particulier, la possibilité désormais ouverte aux infirmiers en santé au travail de réaliser les visites d'information et de prévention¹⁶⁴⁷ ne manquera pas de se généraliser pour trois raisons principales, relatives au coût – le temps infirmier étant moins onéreux que le temps médical –, à la pénurie médicale, et à l'autorité conférée au médecin du travail sous l'empire duquel agissent les personnels du service de santé au travail dans le cadre de protocoles écrits par lui¹⁶⁴⁸.

226. L'auteur du conseil. Dès lors, les visites pouvant être menées par des infirmiers, dans cette hypothèse, ces derniers constituent une sorte de filtre avant l'éventuelle intervention du médecin du travail¹⁶⁴⁹, sauf sollicitation du médecin par le travailleur handicapé ou titulaire d'une pension d'invalidité¹⁶⁵⁰, ou tout salarié qui anticipe un risque d'inaptitude¹⁶⁵¹. La qualité de l'information, ainsi même que son caractère médical, pose question, cette situation pouvant créer une inégalité de traitement supplémentaire entre les travailleurs déjà distingués en fonction du poste occupé, sans risque particulier ou à risques. La volonté du législateur est de faire du salarié un acteur de sa santé¹⁶⁵². En l'informant

¹⁶⁴² C. santé pub., art. L. 1111-2, al. 3.

¹⁶⁴³ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JORF n° 0184 du 9 août 2016.

¹⁶⁴⁴ C. trav., art. R. 4624-11.

¹⁶⁴⁵ C. trav., art. R. 4624-16.

¹⁶⁴⁶ C. trav., art. R. 4624-25.

¹⁶⁴⁷ C. trav., art. L. 4624-1, al. 1 et 2.

¹⁶⁴⁸ C. trav., art. L. 4624-1, al. 3.

¹⁶⁴⁹ C. trav., art. L. 4624-1, al. 3.

¹⁶⁵⁰ C. trav., art. L. 4624-1, al. 5.

¹⁶⁵¹ C. trav., art. L. 4624-1, al. 6.

¹⁶⁵² S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

notamment grâce à la visite d'information et de prévention¹⁶⁵³, l'accompagnement doit favoriser une meilleure compréhension de la situation pour permettre au travailleur de mieux gérer son parcours professionnel. En cas de besoin, le salarié peut solliciter l'aide du médecin du travail¹⁶⁵⁴. Ce dernier, le cas échéant, doit envisager avec le salarié, c'est-à-dire avec son accord exprès et après l'avoir informé des conséquences de son intervention, la nécessité et les modalités d'une intervention dans l'entreprise pour aborder sa situation personnelle. Le salarié peut donc souhaiter que le médecin n'intervienne pas. Alors, « en rendant impossible toute intervention dans l'entreprise, le refus du salarié constitue une limitation de l'accompagnement du médecin du travail, ce qui doit être clairement expliqué. »¹⁶⁵⁵ Par ailleurs, le rôle de conseil du médecin du travail peut interférer avec le conflit que le salarié peut connaître avec l'employeur. Le CNOM est vigilant quant aux avis qui peuvent entrer en contradiction avec la déontologie¹⁶⁵⁶. C'est le cas de l'article 50 du Code de déontologie médicale qui dispose que tout « médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit... », et de l'article 76 du même Code qui prévoit que « l'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. » Certains voient dans le rôle du médecin du travail, à l'interface entre le salarié, dont il contribue à la préservation de la santé, et l'employeur, une forme de médiation. Cependant, la santé ne peut faire l'objet d'une quelconque négociation car le risque de contourner l'objet de l'inaptitude, de dévoyer son utilité est important alors que l'inaptitude est le seul garde-fou contre la discrimination en raison de l'état de santé¹⁶⁵⁷. A tout le moins, peut-elle faire l'objet d'un arbitrage d'intérêts, même si cette option paraît en contradiction avec l'objet exclusif de prévention.

¹⁶⁵³ C. trav., art. L. 4624-1.

¹⁶⁵⁴ C. trav., art. R. 4624-34.

¹⁶⁵⁵ <http://www.e-pairs.org/colloque2011/Actes/07-inapte-plus-retourner.pdf>

¹⁶⁵⁶ Ch. Disc. Nat., 30 nov. 2016, décision n° 12765.

¹⁶⁵⁷ C. trav., art. L. 1133-3.

2. La prévention de la désinsertion professionnelle

227. Le conseil du médecin du travail. Le conseil en prévention de la désinsertion professionnelle¹⁶⁵⁸ est une déclinaison de la mission préventive du médecin du travail axée sur la préservation de la santé des travailleurs. En effet, le médecin du travail, qui considère que le salarié ne peut plus occuper son poste en l'état, peut faire des propositions adaptées à son état de santé pour le maintenir en emploi¹⁶⁵⁹. À cet égard, il « 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 »¹⁶⁶⁰. L'aménagement du poste de travail participe de la prévention quand bien même il constitue un acte thérapeutique relevant des pratiques offertes au médecin du travail guidées par l'unique objectif de préservation de la santé des travailleurs. L'intérêt du salarié domine. C'est ainsi que le médecin du travail « reçoit le salarié, afin d'échanger sur l'avis et les indications ou les propositions qu'il pourrait adresser à l'employeur »¹⁶⁶¹. Selon l'article R. 4624-34 du Code du travail, « indépendamment des examens d'aptitude à l'embauche et périodiques ainsi que des visites d'information et de prévention, le travailleur bénéficie, à sa demande (...) d'un examen par le médecin du travail ». Cette sollicitation est conditionnée à l'anticipation par le salarié d'un « risque d'inaptitude ». L'objectif d'une telle sollicitation est « d'engager une démarche de maintien en emploi et de bénéficier d'un accompagnement personnalisé. » La prévention de la désinsertion professionnelle, à cet égard, peut être de nature à entrer en concurrence avec la préservation de la santé. C'est l'éternel débat qu'il peut y avoir entre préservation de l'emploi et préservation de la santé. C'est un dilemme que le salarié peut avoir à connaître, et, par ricochet, que le médecin du travail peut avoir à arbitrer en matière d'inaptitude¹⁶⁶².

¹⁶⁵⁸ C. trav., art. L. 4622-2, 2° ; C. Ferté, La santé au travail après le 1^{er} janvier 2017, *JCP S* n° 1, 10 janvier 2017, 1001.

¹⁶⁵⁹ C. trav., art. L. 4624-1, al. 6.

¹⁶⁶⁰ C. trav., art. L. 4624-3.

¹⁶⁶¹ C. trav., art. L. 4624-5.

¹⁶⁶² F. Dumayrou, Le reflux de la protection de l'emploi du salarié malade, *RDT* 2016, n° 11, pp. 678-692.

B. Le conseil collectif

228. Selon l'article R. 4141-1, « la formation à la sécurité¹⁶⁶³ concourt à la prévention des risques professionnels ». Elle a pour objet « d'instruire le travailleur des précautions à prendre pour assurer sa propre sécurité et, le cas échéant, celle des autres personnes travaillant dans l'établissement »¹⁶⁶⁴. Elle s'inscrit dans la dimension collective de l'action du médecin du travail en milieu de travail. Juridiquement encadrée par la règle du tiers-temps (1), il convient d'en mesurer l'effectivité (2).

1. La règle du tiers-temps

229. Le sens de la règle¹⁶⁶⁵. Avant d'avoir une existence juridique¹⁶⁶⁶, cette règle, invitant les médecins à assurer l'investigation du lien santé-travail, rendue possible grâce à une présence du médecin en milieu de travail pour le tiers de son temps de travail¹⁶⁶⁷, ne fut appliquée volontairement qu'à partir du milieu des années 1960 sous l'impulsion de quelques médecins du travail se référant à une clinique médicale du travail, assumant pleinement leur métier et leur positionnement dans le champ de la santé au travail et encourageant le médecin du travail à sortir de son cabinet médical et à mener des actions en milieu de travail, notamment éclairées par la pratique de l'ergonomie. Ce sont les premiers à critiquer l'aptitude, mettant ainsi en débat leur métier. Selon certains¹⁶⁶⁸, cette influence commençant à se faire sentir dans les années 1980, les organisations représentatives des employeurs décident alors, de mettre en place une stratégie de démedicalisation des services de médecine du travail devenus services de santé au travail. Cette règle permet de mieux encadrer l'action du médecin du travail et d'en favoriser la dimension collective¹⁶⁶⁹ sur le terrain. La règle formelle du tiers-temps part du postulat que le médecin du travail doit, pour être plus efficace

¹⁶⁶³ N. Gacia, La gestion préventive des risques en matière de sécurité et santé au travail, *JCP S* 2009. 1110 ; *RDT* 2009. 242, obs. M. Véricel.

¹⁶⁶⁴ C. trav., art. R. 4141-3.

¹⁶⁶⁵ C. trav., art. R. 4624-4.

¹⁶⁶⁶ 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.

¹⁶⁶⁷ C. trav., art. R. 4624-4 ; R. 4626-20.

¹⁶⁶⁸ P. Marichalar, La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010), *Politix*, n° 91, pp. 27-52.

¹⁶⁶⁹ C. trav., art. R. 4623-1.

dans sa mission de préservation de la santé des travailleurs¹⁶⁷⁰, orienter sa pratique médicale vers une présence accrue sur le terrain et donc une meilleure expertise des postes et des conditions de travail. Mieux le médecin du travail connaîtra le milieu réel de travail, meilleur sera son rôle de conseiller au service de la santé et de la sécurité des travailleurs¹⁶⁷¹ notamment observé en matière de propositions relatives au poste de travail¹⁶⁷². Même si des efforts ont été consentis, le rééquilibrage des missions du médecin du travail¹⁶⁷³, au profit de l'action correctrice en milieu de travail, autrement appelée règle du tiers-temps, peut être amélioré au moyen de leviers permettant de dégager du temps médical, de garantir un temps médical consacré à l'étude des conditions de travail et limiter les activités chronophages qui ne sont pas au cœur de la mission préventive des médecins. De plus, l'extrême diversité des actions à effectuer dans un temps imparti aussi faible, à savoir le tiers du temps de travail du médecin, paraît bien insuffisant. En effet, parmi ces missions, on peut notamment citer la visite des lieux de travail, l'étude des postes, l'identification et l'analyse des risques professionnels, l'élaboration et la mise à jour de la fiche d'entreprise, la délivrance de conseils en matière d'organisation des secours et des services d'urgence, la participation aux réunions du CSE, la réalisation de mesures métrologiques, l'animation de campagnes d'information et de sensibilisation aux questions de santé publique en rapport avec l'activité professionnelle, les enquêtes épidémiologiques, la formation aux risques spécifiques, l'étude de toute nouvelle technique de production, l'élaboration des actions de formation à la sécurité et à celle des secouristes¹⁶⁷⁴. En outre, ce temps doit également consacré par le médecin à sa mission d'animation et de coordination de l'équipe pluridisciplinaire¹⁶⁷⁵. Si un tiers du temps médical est utilisé à réaliser toutes ces missions, on peut s'interroger sur la part réellement consacrée à l'étude des postes. L'aménagement de la périodicité des visites médicales peut être une piste pour « récupérer » du temps médical mais il doit s'inscrire dans un dispositif d'ensemble cohérent et non être la conséquence de mesures visant à redonner illusoirement un peu de souffle à un système au bord de l'asphyxie. En effet, le législateur peut prévoir l'obligation du tiers-temps¹⁶⁷⁶, rappelant ainsi la méthode (trop) souvent suivie en matière de santé-sécurité au travail empreinte d'une logique contraignante, réglementaire, administrée, mais c'est au

¹⁶⁷⁰ C. trav., art. L. 4622-2.

¹⁶⁷¹ C. trav., art. R. 4623-1.

¹⁶⁷² C. trav., art. L. 4624-1.

¹⁶⁷³ C. trav., art. R. 4624-1.

¹⁶⁷⁴ C. trav., art. R. 4624-1.

¹⁶⁷⁵ C. trav., art. R. 4624-4.

¹⁶⁷⁶ C. trav., art. R. 4626-20, al. 1 pour les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux.

médecin du travail d'organiser son temps de travail comme il l'entend au service de la mission qui est la sienne au regard de son indépendance. Or, l'art médical nécessite de ne pas être enfermé dans des carcans mais plutôt être inspiré de bonnes pratiques qui doivent davantage émaner du Conseil national de l'Ordre des médecins que du Parlement. On se heurte ici très clairement à l'applicabilité de cette disposition car on sait bien que, sans mesure coercitive prévue, la liberté de la pratique appartient au praticien. Sur ce point, force est de constater que l'obligation est impossible à garantir. Il revient cependant au chef d'entreprise de prendre toutes les mesures pour permettre au médecin du travail d'effectuer ce tiers-temps¹⁶⁷⁷. La volonté de renforcer l'effectivité de la règle du tiers-temps, en opérant un bouleversement de la comptabilisation du temps médical¹⁶⁷⁸, doit être soumise à l'épreuve du temps et des faits. Pour l'heure, il y a un déficit culturel pour les actions de terrain mais des évolutions devraient intervenir. Seront-elles suffisantes ? Nous ne le pensons pas. Faudrait-il mettre en cause la responsabilité du médecin du travail ? Cela paraît peu réalisable. On ne peut, ou très difficilement, envisager un contrôle généralisé de l'action des médecins du travail. Ce sont peut-être les limites de l'indépendance de ces derniers qui est au demeurant, au service de l'efficacité de leur action, une nécessité absolue, condition *sine qua non* de leur non-subordination au chef d'entreprise qui emploie les salariés dont ils ont la mission d'éviter toute altération de la santé du fait de leur travail. Garantir au maximum cette indépendance ne garantit pas l'efficacité de l'action du médecin. Mais ne pas la garantir assure son inefficacité.

230. L'identification des risques collectifs par le médecin du travail. En sa qualité de « conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux »¹⁶⁷⁹, le médecin du travail doit explicitement participer à la traçabilité des risques professionnels. On distingue classiquement trois étapes dans la démarche médicale : le repérage des dangers et des risques d'altération de la santé et celui des postes de travail concernés ; la veille médicale des effets éventuels des risques repérés sur la santé des salariés exposés et la mise en évidence du lien santé-travail ; enfin, le signalement individuel à chaque salarié concerné, et le signalement collectif à la communauté de travail du risque et de ses effets. Pour ce faire, « le médecin du travail a libre accès aux lieux de travail »¹⁶⁸⁰. Le rapport annuel¹⁶⁸¹ et la fiche d'entreprise¹⁶⁸² sont les documents supports de ce suivi collectif. Depuis

¹⁶⁷⁷ C. trav., art. R. 4626-20, al. 2 ; R. 4624-4.

¹⁶⁷⁸ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JORF n° 0184 du 9 août 2016.

¹⁶⁷⁹ C. trav., art. R. 4623-1.

¹⁶⁸⁰ C. trav., art. R. 4624-1.

¹⁶⁸¹ C. trav., art. L. 4624-1 ; R. 4624-1 ; R. 4624-51.

juillet 2011, le médecin du travail a une obligation de signalement écrit « motivé et circonstancié »¹⁶⁸³ dès lors qu'il « constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs »¹⁶⁸⁴. La question qui se pose immédiatement est celle des moyens. En effet, ce devoir de signalement – « lorsque le médecin du travail constate..., il propose »¹⁶⁸⁵ – qui est un devoir d'alerte¹⁶⁸⁶ sans le nommer, doit pouvoir être effectif et suppose une présence sur le terrain. Ce cadre opératoire écrit est essentiel en prévention primaire car il a pour effet de donner une portée juridique à l'avis médical, auquel l'employeur est tenu de porter réponse, sans quoi l'inspecteur du travail et le juge pourraient être saisis. Il a également une portée en matière de politique sociale dans l'entreprise, et en dehors, en raison du cadre institutionnel prévoyant l'information des institutions représentatives du personnel¹⁶⁸⁷ et, d'autre part, l'information du médecin inspecteur du travail¹⁶⁸⁸. Le médecin du travail participe ainsi de l'interrogation des conditions du travail réel pour favoriser la prise en compte de leurs effets sur la santé des travailleurs en fournissant les éléments utiles à la prise de conscience et aux échanges nécessaires entre employeur, médecin et salariés, *via* les IRP, pour prévenir les risques professionnels. En cela, le médecin du travail est un relai important du débat entre les acteurs sociaux.

2. La pluridisciplinarité en santé au travail

231. Effectivité selon la taille de l'entreprise. La possibilité qui est offerte aux salariés d'être conseillés par le médecin du travail souffre d'une difficulté. En effet, non seulement la présence du médecin dans l'entreprise n'est prévue obligatoirement que dans le cadre des services de santé au travail autonomes¹⁶⁸⁹ mais, au surplus, s'agissant des services interentreprises¹⁶⁹⁰, la démographie des médecins du travail étant ce qu'elle est, c'est-à-dire déficitaire, elle ne favorise pas la présence de ces derniers en entreprise dans le cadre d'actions initiées en milieu de travail. La forme du service de santé au travail, dont

¹⁶⁸² C. trav., art. R. 4624-46 et s.

¹⁶⁸³ C. trav., art. L. 4624-9.

¹⁶⁸⁴ C. trav., art. L. 4624-9.

¹⁶⁸⁵ C. trav., art. L. 4624-9.

¹⁶⁸⁶ C. trav., art. L. 4131-1.

¹⁶⁸⁷ C. trav., art. L. 4624-9, III.

¹⁶⁸⁸ C. trav., art. L. 4624-9, III.

¹⁶⁸⁹ C. trav., art. R. 4624-2, 1^o.

¹⁶⁹⁰ C. trav., art. R. 4624-2, 2^o.

l'organisation incombe à l'employeur¹⁶⁹¹, est fonction de la taille de l'entreprise¹⁶⁹² : un service propre à une seule entreprise ou commun à plusieurs, d'où une hétérogénéité des situations. La pratique de la médecine du travail n'est pas la même selon la taille de l'entreprise. On peut dès lors se demander si l'égalité devant le système de santé est garantie¹⁶⁹³, pourtant proclamée par la Constitution¹⁶⁹⁴. En 2002, avec l'apparition des services de santé au travail¹⁶⁹⁵, supplantant la seule médecine du travail, la pluridisciplinarité a fait son entrée dans les dispositifs de santé au travail. L'objectif affiché a été de dépasser le champ purement médical afin d'assurer une plus large prévention, étendant les préoccupations à l'ergonomie notamment. La loi du 20 juillet 2011 a développé la pluridisciplinarité, érigée en obligation générale par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002¹⁶⁹⁶, et les décrets de 2003¹⁶⁹⁷ et 2004¹⁶⁹⁸ par la mise en place, au sein des services de santé interentreprises, d'une équipe pluridisciplinaire¹⁶⁹⁹ de santé au travail. Ainsi, la santé au travail, dans sa dimension contemporaine, qui suppose la mise en œuvre de la pluridisciplinarité, a fait évoluer la médecine du travail d'une pratique individuelle à une dimension plus collective, en équipe, dans le cadre d'un service de santé.

232. Le médecin du travail en entreprise¹⁷⁰⁰. Les moyens mis en œuvre au service de la santé des salariés dans leur dimension pluridisciplinaire échappent assez largement au médecin du travail. Apanage des grandes entreprises, le service interne, ou autonome, de santé au travail, ne bénéficie pas des mêmes ressources que le SSTI. En revanche, le médecin du travail est davantage présent dans l'entreprise, étant dans ses murs. Par ailleurs, ses déplacements étant moindres que le médecin du travail de SSTI, le médecin du service

¹⁶⁹¹ C. trav., art. L. 4622-1.

¹⁶⁹² C. trav., art. L. 4622-5.

¹⁶⁹³ J. Hardy, Le système de santé vu du droit : une réalité diffuse, un régime juridique complexe, *RDSS* 2014, p. 229.

¹⁶⁹⁴ Point 11 de la proclamation des principes particulièrement nécessaires à notre temps qui figure dans le préambule et dispose que « la Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

¹⁶⁹⁵ Sur la réforme (modeste) réalisée par la loi de modernisation sociale du 17 janv. 2002 (qui a remplacé « service médical du travail » par « service de santé au travail »), complétée par les décrets du 24 juin 2003 (D. n° 2003-546 du 24 juin 2003 pris pour l'application de l'article L. 241-2 du code du travail et modifiant le code du travail) et du 28 juill. 2004 (D. n° 2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail et modifiant le code du travail).

¹⁶⁹⁶ L. n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

¹⁶⁹⁷ D. n° 2003-546 du 24 juin 2003 pris pour l'application de l'article L. 241-2 du code du travail et modifiant le code du travail.

¹⁶⁹⁸ D. n° 2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail et modifiant le code du travail.

¹⁶⁹⁹ C. trav., art. L. 4622-8.

¹⁷⁰⁰ C. trav., art. L. 4622-4

autonome bénéficie d'un temps médical disponible plus important pour mener des actions de terrain plus soutenues. La pluridisciplinarité, quand elle existe, est largement perfectible. Elle résulte d'une mise en relation d'acteurs n'ayant jusque-là jamais travaillé ensemble. Il s'agit d'une obligation légale impulsée par la directive-cadre européenne de 1989 dont le but est de favoriser la convergence de disciplines complémentaires notamment par le recours à intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP)¹⁷⁰¹ dotés de compétences techniques, médicales ou organisationnelles¹⁷⁰². En outre, la question de l'évaluation du risque professionnel demeure posée, malgré des acteurs nombreux du fait de la pluridisciplinarité, leur coordination n'étant pas correctement assurée. Les outils semblent exister mais leur utilisation est imparfaite. Ceci est d'autant plus regrettable que les risques d'aujourd'hui sont plus grands que ceux d'hier, parce que les produits chimiques sont partout, que les liens entre les entreprises et leurs salariés sont de plus en plus distendus, que l'emploi est rare, que les exigences sociales sont plus grandes. Plus complexe qu'hier est la mission préventive du dispositif de santé au travail pilotée par le médecin du travail, plus difficile à mettre en œuvre, plus délicate aussi à évaluer. La pluridisciplinarité est certes une clé de lecture essentielle de la compréhension, de l'analyse et de la mise en œuvre de la prévention dans les entreprises. Cependant, elle doit être organisée dans le sens d'une efficacité maximale dans la poursuite de l'objectif fixé. Or, force est de constater que cet objectif n'est pas atteint, ou insuffisamment. La question de l'effet sur la prévention se pose, du point de vue de la poursuite de l'objectif de préservation de la santé des travailleurs. Assiste-t-on à une complémentarité ou à une concurrence des acteurs en présence ? Des interférences sont possibles entre les acteurs et le médecin du travail coordonnateur. Quelles conséquences dans l'approche disciplinaire, dans les fonctions du médecin ? Qui pilote l'action de prévention ? Est-ce l'employeur ? Le médecin ? Assiste-t-on à un renforcement de la place du médecin du travail ou à son effacement progressif ? Quelle place pour ce dernier dans les services de santé ? Le médecin du travail est un acteur incontournable de la prévention des risques professionnels. Un enrichissement certain du métier a été porté par la réforme. Le recours à des compétences autres que strictement médicales en est l'illustration mais le modèle doit encore être amélioré. La question du recentrage sur la fonction médicale se pose avec une redéfinition nécessaire des missions du médecin qui souffrent d'une certaine incohérence tant leur diversification interroge sur la possibilité de mener de front toutes les missions qui lui

¹⁷⁰¹ C. trav., art. L. 4644-1, R. 4623-38.

¹⁷⁰² C. trav., art. R. 4623-37.

sont dévolues¹⁷⁰³. La dimension collective que la Chambre sociale donne à l'obligation contractuelle de sécurité montre l'importance des acteurs appelés à concourir à la protection de la santé et de la sécurité des salariés au travail, sans occulter, bien au contraire, leur propre contribution. Ainsi, l'employeur y concourt en tout premier lieu et le salarié aussi à sa mesure. Ce dernier directement concerné possède, en outre, des prérogatives spécifiques, conseillé en cela, s'il en exprime le besoin, par le médecin du travail.

233. Le médecin du travail en service de santé¹⁷⁰⁴. Sans conteste, l'impulsion européenne qui a permis la mobilisation d'un plus large panel de compétences dans les services de santé interentreprises constitue une avancée pour la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs. En 2002, la loi de modernisation sociale¹⁷⁰⁵ a fait évoluer les services médicaux du travail en services de santé au travail pour favoriser le passage d'une vision exclusivement médicale de la prévention à une approche globale et pluridisciplinaire de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels. L'aspect très positif qui ressort immédiatement est la coopération entre médecins du travail et spécialistes de champs de connaissances complémentaires. L'objectif est de gagner en expertise du risque professionnel en dépassant le cadre purement médical pour embrasser plus largement la notion de risque professionnel et mettre davantage l'accent sur l'analyse des conditions de travail. Dans les faits, on constate un recours encore trop timide à des compétences à caractère pluridisciplinaire. La révolution culturelle ne paraît pas avoir complètement été opérée malgré une progression notable depuis 2002. La pluridisciplinarité n'en est encore qu'à ses débuts. Son évolution et son aboutissement passent par une organisation mieux adaptée aux besoins du terrain et en meilleure coordination dans le service et avec l'employeur. Selon l'article L. 4622-8 du Code du travail, « les missions des services de santé au travail sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers. » Le médecin du travail est une composante parmi les autres de l'équipe pluridisciplinaire, qui dispose d'un avis. En effet, « ces équipes peuvent être complétées par des assistants de services de santé au travail¹⁷⁰⁶ et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail. » Mais cet avis est-il purement consultatif, ou est-il contraignant ? Le texte conclut en attribuant au médecin du travail un simple rôle d'animation et de coordination de l'équipe pluridisciplinaire.

¹⁷⁰³ C. trav., art. R. 4623-1.

¹⁷⁰⁴ C. trav., art. L. 4622-7 et L. 4622-8.

¹⁷⁰⁵ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

¹⁷⁰⁶ C. trav., art. R. 4623-40.

Comment traduire ce rôle en termes juridiques ? Ceci fait-il du médecin du travail le manager, le responsable de cette équipe ? S'agit-il d'un renforcement, d'un enrichissement, d'une valorisation du métier de médecin du travail ? Les textes ne paraissent pas l'envisager ainsi, ne conférant pas clairement un rôle clé au médecin du travail. Les employeurs ont un pouvoir important puisque ce sont eux qui président le service. Une ambiguïté cependant réside dans le recours aux protocoles écrits que les médecins du travail peuvent réaliser pour déléguer un certain nombre de tâches, que ce soit aux infirmiers, aux assistants ou à des médecins venant renforcer l'équipe. On peut craindre également les interférences possibles entre l'action du médecin du travail et les autres intervenants en santé au travail. Entre complémentarité et concurrence des champs de compétences, il serait nécessaire d'identifier précisément les acteurs et leurs rôles respectifs. L'intérêt, malgré tout, de la construction du système est que le médecin du travail est chargé d'animer et de coordonner ces compétences. La mutation des services médicaux du travail en services de santé au travail en 2002 n'est pas allée suffisamment dans le sens d'une stratégie de rupture avec les pratiques passées malgré ce changement terminologique. La prise en compte d'une définition plus large de la santé, d'inspiration de l'OMS, a vu élargir les problématiques aux données environnementales et sociales. Le CHSCT¹⁷⁰⁷, animé lui aussi d'un souffle pluridisciplinaire, peut paraître parfois en concurrence avec le médecin du travail, lequel assiste à ses réunions à titre consultatif¹⁷⁰⁸. Ces deux institutions sont en effet amenées à porter des avis concomitants¹⁷⁰⁹. En cas de divergences d'opinion, c'est l'employeur, responsable *in fine*, qui doit trancher. Par ailleurs, la gouvernance des SSTI est déséquilibrée avec la prédominance de l'employeur qui en assure l'organisation et le financement¹⁷¹⁰ alors que le médecin n'est qu'un simple animateur et coordonnateur. Autrement dit, c'est le responsable juridique, et surtout économique, qui en est la cheville ouvrière alors qu'il ne dispose pas des connaissances requises, même si nul n'est censé ignorer la loi. Adapté à la situation, cet adage pourrait être traduit, spécialement pour les employeurs : « nul employeur n'est censé ignorer les pratiques à risque qu'il fait prendre, même sans connaissance de cause, à ses salariés ». Dans ce fonctionnement, le médecin peine

¹⁷⁰⁷ Désormais CSE.

¹⁷⁰⁸ C. trav., art. R. 4614-2

¹⁷⁰⁹ C. trav., art. R. 4222-21.

¹⁷¹⁰ Cass. soc., 19 sept. 2018, n° 17-16.219 : les cotisations dues par les employeurs lorsqu'ils adhèrent à un service de santé au travail interentreprises correspondent aux dépenses afférentes à ces services réparties proportionnellement au nombre de salariés ; la cotisation doit être fixée à une somme, par salarié équivalent temps plein de l'entreprise, correspondant au montant total des dépenses engagées par le service de santé interentreprises auquel adhère l'employeur rapporté au nombre total de salariés pris en charge par l'organisme ; seul peut être appliqué le cas échéant à ce calcul un coefficient déterminé correspondant au nombre de salariés nécessitant une surveillance médicale renforcée.

à prendre toute sa place. Il est un simple animateur et coordonnateur des services dont il n'a véritablement en charge ni la gestion, ni l'organisation, ni la direction. Sa place, dans l'organigramme, est insuffisante et ses marges de manœuvre sont réduites.

Paragraphe 2. Le conseil aux instances représentatives du personnel

234. Le contrôle social effectué par les IRP s'intègre dans la tradition française de démocratie sanitaire¹⁷¹¹, fondement de la Sécurité sociale qui fonctionne selon le principe du paritarisme. La présence dans ces instances du médecin du travail est donc un signe de l'intérêt de la santé au travail. Les bénéficiaires de son conseil (A) sont nombreux. Le médecin du travail, acteur clé de la santé-sécurité au travail, est aussi plus étroitement associé à la vie de l'entreprise et cela participe de l'amélioration de son accès à l'information, nécessaire pour prévenir efficacement les risques professionnels. Malgré ces dispositions, le système souffre d'une absence d'obligation générale d'information (B).

A. Les bénéficiaires du conseil

235. Une démarche managériale doit accompagner l'application des principes généraux de prévention¹⁷¹². Si le chef d'entreprise veut efficacement s'employer à éviter les risques, évaluer ceux qui ne peuvent être évités et, le cas échéant, les combattre à la source, il doit s'inscrire dans un processus dynamique¹⁷¹³ d'effectivité¹⁷¹⁴. Il s'agit d'une mobilisation de ressources, notamment humaines, associant les salariés à la gestion de la santé et de la sécurité au travail¹⁷¹⁵, lesquels disposent d'un droit d'alerte et de retrait¹⁷¹⁶, exercé en bon

¹⁷¹¹ Chabrol R., « La démocratie sanitaire », *RFAS*, 2000, n° 2, p. 103-110 ; Khodoss H., « Démocratie et droits des usagers », *RFAS*, 2000, p. 111-126 ; Laurent-Beq A. et Pommier J., « Citoyens et démocratie sanitaire », *Santé Publique*, 2003, vol. 15, n° 3, p. 309-312.

¹⁷¹² C. trav., art. L. 4121-2.

¹⁷¹³ Circ. DRT n° 2002-6, 18 avr. 2002, BOMES, n° 10, 5 juin 2002.

¹⁷¹⁴ H. Lanouzière, Prévenir les risques ou promouvoir la santé ? Comment passer d'une posture réactive à une démarche proactive ?, *SSL* 2014, n° 1655, pp. 29-34.

¹⁷¹⁵ Introduction avec la loi du 20 juillet 2011 d'un chapitre intitulé « Aide à l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail » dont le but poursuivi est la formation d'une équipe de salariés, selon l'article L. 4644-1 du Code du travail, possiblement menée par le médecin du travail, selon les articles R. 4141-1 et suivants, pour apporter son concours à ce dernier dans sa tâche de préservation de la santé des salariés ; Kapp, *Le mystérieux salarié qui apporte son aide à l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail*, Dr. ouvrier 2012. 253.

¹⁷¹⁶ Cass. soc., 5 juill. 2011, n° 10-23.319.

père de famille¹⁷¹⁷ en cas de danger grave et imminent¹⁷¹⁸, et s'entourant des compétences indispensables à la réalisation de cette mission, au premier rang desquelles le service de santé au travail et le médecin du travail. On parle parfois d'activités connexes pour celles que l'on ne peut intégrer directement dans la *summa divisio*, mission en milieu de travail vs activité clinique, la seconde faisant référence au suivi de santé des travailleurs, tandis que la première consacre le rôle de conseil du médecin du travail, rôle qui peut également s'inscrire dans une dimension individuelle en complément de l'activité clinique. Il est en effet difficile de sérier très nettement les missions car il y a nécessaire des recoupements. L'activité clinique, dans le cadre du colloque singulier, suppose une partie de conseil, ne serait-ce que par l'obligation d'information que tout médecin doit à son patient. Beaucoup d'éléments étant entrecroisés, il ne semble pas hors de propos d'intégrer à l'activité de conseil la participation du médecin du travail à la vie institutionnelle de l'entreprise. Plutôt qu'une activité connexe, cette dernière apparaît charnière. La présence du médecin du travail est requise dans différentes instances dont le comité social et économique CSE (1) et fournit des informations par l'élaboration de documents (2).

1. Le comité social et économique

236. Jusqu'alors membre de droit du CHSCT¹⁷¹⁹, désormais du CSE¹⁷²⁰, le médecin du travail « assiste, à titre consultatif, aux réunions du comité technique d'établissement et de la commission médicale d'établissement lorsque l'ordre du jour de ces instances comporte des questions intéressant la santé, la sécurité et les conditions de travail. »¹⁷²¹ Il participe en outre à la commission médico-technique¹⁷²² qui élabore le projet pluriannuel du service de santé au travail interentreprises, aux réunions du CSE à titre consultatif¹⁷²³. De plus, « le ou les médecins du travail chargés de la surveillance médicale du personnel figurent obligatoirement sur la liste mentionnée au premier alinéa. Ils peuvent donner délégation à un membre de l'équipe pluridisciplinaire du service de santé au travail ayant compétence en matière de santé

¹⁷¹⁷ C. trav., art. L. 4132-1 et L. 4131-3.

¹⁷¹⁸ C. trav., art. L. 4131-1 et s.

¹⁷¹⁹ C. trav., art. 4613-2 ; R. 4614-2.

¹⁷²⁰ C. trav., art. L. 2392-2.

¹⁷²¹ C. trav., art. R. 4626-21.

¹⁷²² C. trav., art. D. 4622-28.

¹⁷²³ C. trav., art. L. 2315-4.

au travail ou de conditions de travail. »¹⁷²⁴ Egalement, « 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. Les propositions et les préconisations du médecin du travail et la réponse de l'employeur sont transmises au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, aux délégués du personnel, 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. »¹⁷²⁵ Enfin, « le médecin du travail communique à l'employeur les rapports et les résultats des études menées par lui ou, dans les services de santé au travail interentreprises, l'équipe pluridisciplinaire, dans le cadre de son action en milieu de travail. L'employeur porte ces rapports et résultats à la connaissance du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, des délégués du personnel. Il les tient à disposition du médecin inspecteur du travail. »¹⁷²⁶ Au 1er janvier 2020, le CHSCT sera remplacé par une commission santé, sécurité et conditions de travail au sein du CSE qui aura pour mission de traiter des questions de santé et de sécurité au travail. Cette instance sera proche du CHSCT que nous connaissons car elle se verra attribuer, par délégation du comité, tout ou partie des attributions reconnues au CSE en matière de santé et sécurité¹⁷²⁷. Le médecin du travail y assistera avec voix consultative sur les points de l'ordre du jour en rapport avec la santé et la sécurité et pourra donner délégation à un membre de l'équipe pluridisciplinaire du service de santé au travail ayant compétence en matière de santé au travail¹⁷²⁸. En matière d'inaptitude, la Loi Travail¹⁷²⁹ prévoit que la proposition de l'employeur « prend en compte, après avis des délégués du personnel lorsqu'ils existent, les conclusions écrites du médecin du travail et les indications qu'il formule sur les capacités du salarié à exercer l'un des tâches existantes dans l'entreprise »¹⁷³⁰. Cette forme de collectivisation de la santé en entreprise remet en perspective la relation singulière entre le médecin du travail et le salarié en mettant en exergue la dimension collective *via* la représentation salariée.

¹⁷²⁴ C. trav., art. L. 4613-2.

¹⁷²⁵ C. trav., art. L. 4624-9.

¹⁷²⁶ C. trav., art. R. 4624-8.

¹⁷²⁷ C. trav., art. L. 2315-37 nouv.

¹⁷²⁸ C. trav., art. L. 2314-3 nouv.

¹⁷²⁹ Loi Travail du 8 août 2016, L. n° 2016-1088, 8 août 2016, art. 102 : JO, 9 août 2016.

¹⁷³⁰ C. trav., art., L. 1226-2 al. 2.

2. Les principaux documents élaborés par le médecin du travail

237. Le rapport annuel d'activité. Chaque année¹⁷³¹, le médecin du travail doit établir un rapport annuel d'activité pour les entreprises dont il a la charge¹⁷³² qui doit être annexé au bilan social de l'entreprise, après consultation de l'équipe pluridisciplinaire¹⁷³³, dont le modèle est fixé par arrêté ministériel¹⁷³⁴. Dans les services interentreprises, le directeur rédige une synthèse de l'activité du service présentant les actions réalisées sur le milieu de travail¹⁷³⁵ et celles menées pour assurer le suivi individuel de la santé des salariés. Ce rapport traite également du travail de nuit¹⁷³⁶ et des salariés temporaires¹⁷³⁷. Le rapport est transmis au conseil d'administration paritaire, à la commission de contrôle, au comité interentreprises ou éventuellement à la commission consultative de secteur¹⁷³⁸. Dans les services autonomes, il est transmis par le médecin du travail au comité d'entreprise ou d'établissement compétent. Ensuite, un exemplaire du rapport est transmis, « accompagné des éventuelles observations formulées par l'organe de surveillance »¹⁷³⁹, au comité technique d'établissement, à la commission médicale d'établissement et au CSE¹⁷⁴⁰, dans le délai d'un mois ainsi que la synthèse, le cas échéant, au directeur de la Direccte et au médecin inspecteur du travail. Le périmètre de rédaction est variable puisque « dans les entreprises ou établissements employant plus de trois cents salariés, le médecin du travail établit un rapport annuel propre à l'entreprise. Ce rapport est transmis au comité d'entreprise et au CHSCT, au plus tard à la fin du quatrième mois qui suit l'année pour laquelle il a été établi. Il est aussi transmis au CHSCT. Il en est de même dans les autres entreprises ou établissements lorsque le comité en fait la demande. »¹⁷⁴¹ Ce rapport est destiné à informer le contrôle social (les IRP) des conditions d'exercice du médecin du travail. C'est donc un document qui revêt une dimension politique permettant au médecin du travail de donner des arguments à un rapport de force social au service de l'amélioration de la condition sanitaire des travailleurs. Depuis le décret

¹⁷³¹ C. trav., art. L. 4624-1.

¹⁷³² C. trav., art. R. 4624-42.

¹⁷³³ C. trav., art. D. 4626-32.

¹⁷³⁴ C. trav., art. R. 4624-42 ; Arr. 13 déc. 1990, JO 1er févr. 1991 ; Circ. n° 92-21, 27 oct. 1922, BO Trav. n° 93/7.

¹⁷³⁵ C. trav., art. R. 4624-1.

¹⁷³⁶ C. trav., art. R. 3122-22.

¹⁷³⁷ C. trav., art. D. 4625-14.

¹⁷³⁸ C. trav., art. R. 4624-43.

¹⁷³⁹ C. trav., art. R. 4624-44.

¹⁷⁴⁰ C. trav., art. D. 4626-32.

¹⁷⁴¹ C. trav., art. R. 4624-45.

du 11 juillet 2014¹⁷⁴², qui a remplacé celui du 30 janvier 2012¹⁷⁴³ annulé par le Conseil d'Etat¹⁷⁴⁴, le rapport annuel relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la gestion financière du service de santé au travail et les rapports d'activité du médecin du travail comportent des éléments particuliers consacrés à la surveillance médicale des salariés temporaires¹⁷⁴⁵. Depuis la loi du 26 janvier 2016¹⁷⁴⁶, le rapport annuel d'activité comporte des données selon le sexe¹⁷⁴⁷.

238. La fiche d'entreprise. Le médecin du travail est chargé d'établir une fiche d'entreprise et de la mettre à jour dans les services autonomes. Dans les services interentreprises, ceci est de la compétence de l'équipe pluridisciplinaire¹⁷⁴⁸. Cette distinction n'a que peu de sens dans la mesure où l'équipe pluridisciplinaire n'a pas la personnalité juridique et parce qu'elle est animée et coordonnée par le médecin du travail. La formulation est donc, à tout le moins, maladroite. S'il s'agissait de dire que la fiche d'entreprise est élaborée dans une approche pluridisciplinaire par les membres de l'équipe pluridisciplinaire sous l'autorité du médecin du travail, alors l'objection de fond doit être levée, mais pas celle de forme. Il s'agit du document sur lequel le médecin du travail fait figurer les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés¹⁷⁴⁹. Jointe au document unique, la fiche d'entreprise, instrument de repérage des risques professionnels et des populations concernées, est complémentaire à ce dernier en ce qu'elle constitue aussi un instrument de sensibilisation et d'information de l'employeur sur les questions de santé au travail. Comme lui, elle constitue un levier pour mettre en œuvre une démarche de prévention et pour aider l'employeur dans l'identification et l'évaluation des risques présents dans son entreprise. Cette fiche n'est pas seulement le recueil d'éléments d'observations collectives issus de l'action en milieu de travail. L'activité médicale clinique opérée dans le cadre individuel du colloque singulier est une source précieuse d'informations qui offre des possibilités de recoupements avec les observations de terrain, participant ainsi de la complémentarité individuel-collectif. A cet égard, la perte du monopole du médecin du travail dans le suivi individuel, même s'il conserve son rôle de coordination et d'impulsion en raison de l'autorité qui lui est notamment conférée par les protocoles écrits, et, d'autre part, l'espacement des

¹⁷⁴² D. n° 2014-798 du 11 juill. 2014, art. 1.

¹⁷⁴³ D. n° 2012-137 du 30 janv. 2012.

¹⁷⁴⁴ CE, 17 juill. 2013, n° 358109.

¹⁷⁴⁵ C. trav., art. R. 4624-45.

¹⁷⁴⁶ L. n° 2016-41 du 26 janvier 2016, art. 38.

¹⁷⁴⁷ C. trav., art. L. 4624-1.

¹⁷⁴⁸ C. trav., art. R. 4624-37.

¹⁷⁴⁹ C. trav., art. R. 4624-37.

visites jalonnant ce suivi, sont un frein à la constitution d'une image opératoire fidèle à la réalité des conditions de travail. Document important, car établi de la main experte du médecin du travail, la fiche est transmise à l'employeur et est présentée au CHSCT ou, à défaut, aux délégués du personnel en même temps que le bilan annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans l'établissement et des actions menées au cours de l'année écoulée¹⁷⁵⁰. Cette fiche est tenue à la disposition du directeur de la DIRECCTE et du médecin inspecteur du travail et peut être consultée par les agents des services de prévention des organismes de Sécurité sociale et par ceux des organismes professionnels de santé, de sécurité et des conditions de travail¹⁷⁵¹. Un exemplaire est conservé au sein du service de santé au travail. La fiche d'entreprise vient valider le document unique qui contient le plan de prévention. C'est un document particulièrement utile à l'employeur dans la mise en œuvre de son obligation d'évaluation des risques professionnels¹⁷⁵².

B. L'absence d'obligation générale d'information du médecin du travail

239. Pour conseiller les IRP en santé-sécurité au travail, le médecin du travail doit être destinataire de toutes informations utiles. Or, il ne fait pas l'objet d'une information systématique de tout ce qui a trait à la santé et à la sécurité dans l'entreprise. Seules des mesures isolées (1) prévoient une information du médecin. On peut déplorer l'absence de principe général d'information (2) qui aurait pour effet de renforcer le médecin dans ses attributions et de l'associer plus avant dans la prévention.

1. Des mesures isolées

240. Concernant la nature et la composition des produits utilisés ainsi que leurs modalités d'emploi, l'employeur est tenu de communiquer au médecin du travail les fiches de données de sécurité relatives aux produits utilisés¹⁷⁵³. De plus, le médecin du travail est

¹⁷⁵⁰ C. trav., art. R. 4624-39.

¹⁷⁵¹ C. trav., art. R. 4624-40.

¹⁷⁵² Circ. DRT n° 6, 18 avr. 2002.

¹⁷⁵³ C. trav., art. R. 4624-4.

informé des résultats de toutes les mesures et analyses réalisées dans les domaines mentionnés à l'article R. 4623-1. De manière désorganisée, le Code du travail impose de multiples obligations d'information à destination du médecin du travail comme les expositions anormales à un agent cancérigène conformément à l'article R. 4412-92 ainsi que les mises à jour du plan de prévention lors de travaux effectués par une entreprise extérieure comme prévu à l'article R. 4513-9 alinéa 2. En retour, le médecin du travail doit communiquer à l'employeur les rapports et les résultats des études qu'il a pu mener¹⁷⁵⁴. Dans les services interentreprises, cette obligation vise l'ensemble des rapports et études produits par l'équipe pluridisciplinaire. C'est alors à l'employeur de porter à la connaissance du CSE ces rapports et résultats¹⁷⁵⁵.

2. L'absence de principe général d'information

241. Défaut d'information dommageable pour le préventeur. Il n'existe pas d'obligation générale d'information du médecin du travail comme pour le CSE¹⁷⁵⁶. Or, le médecin ne peut prodiguer un conseil de qualité et faire preuve de réactivité s'il n'est pas suffisamment informé. On pourrait très bien décliner l'article R. 4626-19 du Code du travail à toute la santé-sécurité au travail sans attendre la réalisation d'un risque. Ce dernier dispose que le médecin du travail est informé dans les meilleurs délais par le chef d'établissement de toute déclaration de maladie professionnelle, de maladie contractée pendant le travail et d'accident du travail. Même si ce n'est pas expressément prévu par les textes, l'employeur peut tout à fait saisir le médecin du travail et solliciter son expertise. Une méfiance persiste encore, notamment au regard du « pouvoir » dont dispose le médecin du travail en termes d'(in)aptitude mais également d'initiatives, pouvant être considérées comme nuisibles à l'activité de l'entreprise et au pouvoir de direction de l'employeur. Ce dernier, s'il le souhaite, pourrait associer davantage le médecin à tout ce qui concerne la santé-sécurité dans son entreprise, surtout au regard de son obligation de sécurité qui devrait l'amener à prendre plus largement appui sur le médecin pour bénéficier davantage de son conseil.

¹⁷⁵⁴ C. trav., art. R. 4624-8.

¹⁷⁵⁵ Circ. DGT n° 13, 9 nov. 2012.

¹⁷⁵⁶ C. trav., art. L. 4612-8.

242. Neuf grands principes. Véritables « tables de la loi » en matière de santé-sécurité au travail, les grands principes de prévention, issus de la directive-cadre de 1989 et définis par elle, qui régissent l'enjeu majeur pour l'entreprise que constitue la prévention des risques professionnels, au nombre de neuf, sont repris à l'article L. 4121-2 du Code du travail grâce à la loi du 31 décembre 1991¹⁷⁵⁷ qui en a assuré la transposition en droit interne¹⁷⁵⁸. L'employeur peut être mis en demeure de respecter les dispositions de l'article L. 4121-2, ce qui laisse entendre que l'ensemble de ces dispositions, y compris les « principes généraux de prévention », ont un caractère impératif à l'égard de l'employeur¹⁷⁵⁹. Ces règles ne prescrivent pas tant la suppression totale des risques que le respect de trois séries de priorités¹⁷⁶⁰. Premièrement, il faut s'efforcer de supprimer toute éventualité de réalisation d'un risque plutôt que de se contenter d'en limiter la probabilité. Deuxièmement, il faut s'efforcer d'intégrer l'impératif de sécurité dans les choix structurels (en matière d'équipements, d'organisation du travail, etc.) plutôt que de corriger les conséquences néfastes de ces choix. Enfin, troisièmement, il faut s'efforcer d'utiliser des moyens de protection collective (exemple : filet anti-chutes) plutôt que des moyens de protection individuelle (exemple : harnais de sécurité). C'est grâce à son expertise que le médecin du travail apporte son concours par son conseil afin de participer pleinement de la préservation de la santé des salariés, dans une démarche collaborative. L'obligation de prévention repose au premier chef sur l'employeur qui est comptable d'une obligation de sécurité en la matière¹⁷⁶¹. Obligation cardinale de l'employeur, la préservation de la santé-sécurité au travail des travailleurs ainsi que la préservation de l'emploi commandent que le chef d'entreprise mette en œuvre les mesures destinées à assurer l'effectivité de la prévention. La reconnaissance des risques

¹⁷⁵⁷ L. n° 91-1414, 31 déc. 1991.

¹⁷⁵⁸ P. Chaumette, « Commentaire de la loi du 31 décembre 1991 relative aux obligations de l'employeur et du salarié en matière de sécurité au travail », *Dr. soc.* 1992, sp. p. 339 : « L'intensité de l'obligation patronale dépendra moins des mesures s, et plus de l'appréciation circonstanciée des juges » (à propos de l'article L. 230-2 C. trav., L. 4121-1 nouv.) ; F. Meyer, F. KeSSLer, Transposition de la directive CEE 89/391, *Dr. ouvr.* 1992, 161.

¹⁷⁵⁹ P. Chaumette, « Commentaire de la loi du 31 décembre 1991 relative aux obligations de l'employeur et du salarié en matière de sécurité au travail », *Dr. soc.* 1992, sp. p. 339 : les principes généraux de prévention ne sont pas de simples souhaits, mais des principes d'action qui doivent être respectés.

¹⁷⁶⁰ T. Aubert-Monpeyssen, P.-Y. Verkindt, « La protection de la santé du travailleur : approche juridique de la notion de prévention », in *La santé du salarié*, actes des journées Michel Despax organisées par l'Université de Toulouse 1 (mai 1999), Dalloz, p. 37 et 38.

¹⁷⁶¹ M. Babin, Certificat et obligations déontologiques du médecin du travail, *JCP S* 2018, n° 35, p. 4 ; Cass. soc. 10 févr. 2016, n° 14-26.909 à n° 14-26.914 : *JCP S*, 1011, note M. Babin ; Cass. soc., 6 déc. 2017, n° 16-10.885 : *JCP S* 2018, 1051, note G. Loiseau.

professionnels est, à certains égards, un problème d'ordre scientifique, à d'autres égards un problème d'ordre économique, et juridique¹⁷⁶². Laisser la totale initiative à l'employeur qui ne dispose pas de compétence *a priori* n'est pas raisonnable, surtout dans les TPE. Sur ce point précisément, le Code du travail ne consacre que trop peu de place au médecin du travail et laisse l'employeur libre d'organiser en totale autonomie les actions qu'il entend mener pour assurer une prévention efficace des risques professionnels. Face à de tels défis et une responsabilité aussi lourde, l'employeur est contraint, dans certaines hypothèses, de recourir au conseil du médecin du travail (**paragraphe 1**). L'employeur peut aussi solliciter le conseil du médecin quand bien même celui-ci ne serait pas expressément prévu par la loi (**paragraphe 2**).

Paragraphe 1. L'obligation de recourir au médecin du travail

243. Les domaines d'intervention du médecin du travail s'inscrivent dans une large mission de conseil (**A**), d'autant que l'avis médical est plus contraignant qu'auparavant en raison du fait que le conseil est encadré (**B**).

¹⁷⁶² V. Sanseverino-Godfrin, La redéfinition du contour juridique des risques liés au travail, *JSL* 2013. 339.

A. *L'accompagnement de l'employeur*

244. « La protection de la santé des travailleurs n'est pas recherchée par des prescriptions s'adressant directement à eux, mais plutôt par des conseils ou des avis adressés à l'employeur »¹⁷⁶³. Le conseil du médecin du travail à destination de l'employeur est essentiel. En effet, c'est ce dernier qui dispose du pouvoir de direction, qui donne les instructions aux travailleurs, choisi les produits, met en place l'organisation de travail... En conséquence, l'étendue du conseil (1) ainsi que son objet (2) méritent quelques précisions.

1. L'étendue du conseil

245. Selon l'article R. 4623-1 du Code du travail, en plus d'être le conseiller des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux, le médecin du travail est aussi celui de l'employeur¹⁷⁶⁴, « notamment en participant à l'évaluation des risques dans le cadre de l'élaboration de la fiche d'entreprise et dans le cadre de son action sur le milieu de travail, réalisées, conformément à sa mission définie à l'article L. 4622-3, au service de la prévention et du maintien dans l'emploi des travailleurs, qu'il conduit avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, qu'il anime et coordonne¹⁷⁶⁵ » ou même en émettant un avis sur la liste des postes entrant dans la catégorie des postes présentant des risques particuliers que l'employeur peut rajouter¹⁷⁶⁶. Dans le cadre du champ étendu de ses missions, il participe à la prévention des risques professionnels et à la protection de la santé des travailleurs en conseillant l'employeur pour « 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 ; la protection des travailleurs contre l'ensemble des nuisances, notamment contre les risques d'accidents du travail ou d'exposition à des agents chimiques dangereux ; l'amélioration de l'hygiène générale de l'établissement et l'hygiène dans les services de restauration ; la prévention et l'éducation sanitaires dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle ; la construction ou les aménagements nouveaux ; les modifications apportées aux équipements ; la mise en place ou la modification de

¹⁷⁶³ J. Savatier, Le médecin du travail et le sort du salarié, *Dr. soc.* 1987. 604.

¹⁷⁶⁴ Protégé par l'article R. 4745-1 du Code du travail : *Crim.* 15 oct. 1985, *Dr. soc.* 1986. 779, note Savatier.

¹⁷⁶⁵ C. trav., art. L. 4622-8.

¹⁷⁶⁶ C. trav., art. R. 4624-23.

l'organisation du travail de nuit ; l'accompagnement en cas de réorganisation importante de l'entreprise »¹⁷⁶⁷. De plus, « le médecin du travail communique à l'employeur les rapports et les résultats des études menées par lui ou sous son autorité »¹⁷⁶⁸. Or, de nombreuses entreprises, majoritairement des TPE-PME, peinent à mettre en œuvre une démarche de prévention efficace en l'absence d'accompagnement concret¹⁷⁶⁹.

2. L'objet du conseil

246. Consultation et préconisations. Pour plusieurs types de consultations, le médecin du travail est traditionnellement sollicité. Tout d'abord, les consultations classiques sont multiples et dispersées dans le Code du travail. Elles sont de deux types : les consultations relatives aux biens, locaux et matériaux de travail, et celles relatives aux travailleurs. Pour les premières, le médecin du travail peut être amené à consulter tant pour les biens immeubles que meubles. S'agissant des biens immeubles, le médecin du travail peut conseiller soit l'employeur, soit l'inspecteur du travail. S'agissant des mesures à prendre pour entretenir et nettoyer les locaux, ainsi que leurs annexes¹⁷⁷⁰, protéger les salariés contre le froid et les intempéries¹⁷⁷¹, identifier les postes de travail concernés par la mise à disposition d'une boisson non alcoolisée¹⁷⁷² ou encore l'organisation et l'aménagement des locaux destinés à assurer la protection des salariés non-fumeurs¹⁷⁷³, l'employeur est tenu de recueillir l'avis du médecin du travail. Dans deux domaines précis que sont la restauration et les sanitaires, l'inspecteur du travail doit être saisi dans l'hypothèse d'aménagements souhaités par l'employeur. Ce dernier, de façon dérogatoire, peut aménager l'emplacement de restauration des salariés dans des locaux affectés au travail sous réserve que l'activité de ces locaux ne comporte pas l'emploi de substance ou préparation dangereuse et que l'employeur recueille l'autorisation de l'inspecteur du travail après avis du médecin du travail¹⁷⁷⁴. Ensuite, par dérogation aux règles relatives à l'aménagement des vestiaires collectifs, lavabos et

¹⁷⁶⁷ C. trav., art. R. 4623-1.

¹⁷⁶⁸ C. trav., art. R. 4624-8.

¹⁷⁶⁹ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, p. 58.

¹⁷⁷⁰ C. trav., art. R. 4224-18.

¹⁷⁷¹ C. trav., art. R. 4223-15.

¹⁷⁷² C. trav., art. R. 4225-3, al. 1 et 2.

¹⁷⁷³ C. santé publ., R. 3511-5 al. 1.

¹⁷⁷⁴ C. trav., art. R. 4228-23, al. 2.

douches¹⁷⁷⁵, l'employeur peut demander à l'inspecteur du travail, après avis du médecin du travail et du CSE¹⁷⁷⁶, de le dispenser de certaines de ses obligations¹⁷⁷⁷. Pour les biens meubles nécessaires à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs, l'avis du médecin du travail est requis pour le choix des protecteurs auditifs individuels des salariés¹⁷⁷⁸, la liste du matériel nécessaire aux premiers soins et les consignes à observer en l'absence de service infirmier¹⁷⁷⁹ ainsi que pour les dispositions prises pour la ventilation des locaux de travail¹⁷⁸⁰. La situation du travailleur peut requérir elle aussi la consultation du médecin du travail par l'employeur en matière de formation renforcée à la sécurité¹⁷⁸¹, de salariés blessés¹⁷⁸², de travail de nuit¹⁷⁸³ et par l'inspecteur du travail en matière de travaux dangereux réalisés par des travailleurs précaires¹⁷⁸⁴, d'utilisation de protecteurs auditifs¹⁷⁸⁵ et durant l'analyse du document d'organisation¹⁷⁸⁶. Le médecin du travail dispose également d'un pouvoir de consultation relative aux cadences de travail. En effet, toute personne détenant des responsabilités en matière de protection de la santé des travailleurs dans l'entreprise est habilitée à consulter le médecin du travail lorsque les cadences imposées ne paraissent pas supportables pour l'ensemble des travailleurs ou certaines catégories d'entre eux¹⁷⁸⁷. Les intervenants compétents en matière de santé ont également la faculté de consulter le médecin du travail. Il s'agit de la traduction concrète selon laquelle le médecin du travail est le conseiller des représentants du personnel notamment en ce qui concerne l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine¹⁷⁸⁸. En outre, la loi du 20 juillet 2011 a ouvert la possibilité pour l'employeur de consulter, de manière facultative et à caractère général, le médecin du travail qui lui répond sous forme de préconisations écrites¹⁷⁸⁹. Le médecin du travail, selon l'article L. 4622-3¹⁷⁹⁰ du Code du travail, qui lui confie une compétence générale, doit répondre à l'employeur dès lors que ce dernier lui

¹⁷⁷⁵ C. trav., art. R. 4228-1 à R. 4228-15.

¹⁷⁷⁶ C. trav., art. R. 4228-18.

¹⁷⁷⁷ C. trav., art. R. 4228-16.

¹⁷⁷⁸ C. trav., art. R. 4434-8.

¹⁷⁷⁹ Arr. du 12 janvier 1984 art. 5.

¹⁷⁸⁰ C. trav., art. R. 4222-21.

¹⁷⁸¹ C. trav., art. L. 4154-2 al. 1.

¹⁷⁸² C. trav., art. L. 5213-5 al. 1.

¹⁷⁸³ C. trav., art. L. 3122-38.

¹⁷⁸⁴ C. trav., art. L. 1242-6 2°, L. 1242-6 al. 3 et D. 4154-3.

¹⁷⁸⁵ C. trav., art. R. 4437-1 et R. 4437-2.

¹⁷⁸⁶ C. trav., art. D. 4622-65 à D. 4622-69.

¹⁷⁸⁷ Rép. Deniau 21 octobre 1971 : JOAN, p. 4709 n° 19547.

¹⁷⁸⁸ C. trav., art. R. 4623-1 2°.

¹⁷⁸⁹ C. trav., art. L. 4624-3 al. 3.

¹⁷⁹⁰ Mouchikhine, La médecine du travail: prévention des risques ou accompagnement des salariés ?, *JS Lamy* 2015, no 382-383-7.

adresse une question relative à la santé et à la sécurité des travailleurs. Ici, un cap important est franchi. En effet, la mission de conseil, autrefois assez marginalement sollicitée par les employeurs, peut se révéler être un véritable rôle d'accompagnement, puisque le médecin du travail est amené à répondre par écrit à toute sollicitation de l'employeur relative à la santé et à la sécurité des travailleurs. La traçabilité de ces échanges est prévue puisque l'écrit est le mode d'expression retenu pour les sollicitations de l'employeur et les réponses du médecin. *Verba volant scripta manent*. Il y a fort à parier, en conséquence, que le contentieux se développe rapidement sur ce mode opératoire des relations employeur/médecin du travail. Le refus du médecin du travail dans l'établissement de la préconisation sollicitée n'est pas explicitement prévu. Il est évident que l'employeur pourrait envisager une mesure disciplinaire¹⁷⁹¹ à l'encontre du médecin récalcitrant. Il est intéressant de relever que l'écrit du médecin du travail engage l'action de l'employeur, et donc sa responsabilité, parce que ce dernier devra motiver, le cas échéant, le fait de ne pas suivre les préconisations du médecin du travail.

247. L'association institutionnelle. Il paraît opportun de s'intéresser à l'intégration institutionnelle du médecin du travail au processus décisionnel de l'entreprise. Sur un plan individuel, le médecin du travail est associé à l'étude de toutes nouvelles techniques de production¹⁷⁹² ainsi qu'à l'élaboration des actions de formation à la sécurité et à la détermination du contenu de la formation dispensée à ce titre¹⁷⁹³. Sur un plan collectif, le médecin du travail est amené à participer au processus de décision d'organes spécialisés en santé, sécurité des travailleurs. En effet, le médecin du travail, chargé de la surveillance médicale du personnel, assiste, avec voix consultative, aux réunions du CSE¹⁷⁹⁴. Le médecin du travail peut aussi être associé à des organes décisionnels à compétence plus générale. Deux conditions subordonnent la participation du médecin du travail aux réunions desdits organes¹⁷⁹⁵. D'une part, l'ordre du jour de l'instance considérée doit comporter des questions relatives à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail ou concerner les missions du médecin du travail telles que définies dans le Code du travail¹⁷⁹⁶. Le champ matériel d'application est ainsi particulièrement étendu. D'autre part, selon la nature de l'organe considéré, le médecin du travail peut assister, avec voix consultative, aux réunions du

¹⁷⁹¹ Cass. soc., 26 févr. 2002, n° 00-40.722. Inédit.

¹⁷⁹² C. trav., art. R. 4624-1.

¹⁷⁹³ C. trav., art. R. 4141-6.

¹⁷⁹⁴ C. trav., art. L. 4613-2 al. 2.

¹⁷⁹⁵ C. trav., art. R. 4623-16 al. 1 ; L. 4532-10 ; R. 4532-77 al. 1.

¹⁷⁹⁶ C. trav., art. R. 4622-3.

comité d'entreprise, lorsqu'il relève d'un service de santé autonome, ou alors aux réunions du comité interentreprises ou bien de la commission de contrôle ainsi que du conseil d'administration du service interentreprises¹⁷⁹⁷.

B. La contrainte sur l'employeur

248. La loi de 2011 a donné une nouvelle impulsion aux relations entre le médecin du travail et l'employeur. La place de l'écrit (1) a été renforcée pour permettre une traçabilité accrue des échanges. Ceci permet de s'interroger sur le pouvoir médical et la limitation du pouvoir patronal (2).

1. La traçabilité du conseil

249. Initiée par la loi de 2011, la place de l'écrit dans le conseil a été poursuivie et renforcée par la loi du 8 août 2016¹⁷⁹⁸. En effet, « 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. »¹⁷⁹⁹ De plus, « l'employeur est tenu de prendre en considération l'avis et les indications ou les propositions émis par le médecin du travail en application des articles L. 4624-2 à L. 4624-4. En cas de refus, l'employeur fait connaître par écrit au travailleur et au médecin du travail les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. »¹⁸⁰⁰ L'article L. 4624-9 du Code du travail prévoit en effet un encadrement strict des échanges entre employeur et médecin du travail lorsque ce dernier constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs ou lorsque le médecin du travail est saisi par l'employeur d'une question relevant de sa mission préventive¹⁸⁰¹. En outre, l'employeur est tenu de communiquer au médecin du travail les fiches de données de sécurité relatives aux produits utilisés¹⁸⁰². Ces écrits sont par ailleurs transmis au CSE ainsi

¹⁷⁹⁷ C. trav., art. R. 4623-16 al. 2 et 3.

¹⁷⁹⁸ L. n° 2016-1088 du 8 août 2016, art. 102.

¹⁷⁹⁹ C. trav., art. L. 4624-3.

¹⁸⁰⁰ C. trav., art. L. 4624-6.

¹⁸⁰¹ C. trav., art. L. 4622-3.

¹⁸⁰² C. trav., art. R. 4624-4.

qu'à l'agent de contrôle de l'inspection du travail, au médecin inspecteur du travail¹⁸⁰³. En outre, « le médecin du travail doit indiquer, dans les conclusions écrites qu'il rédige à l'issue des visites médicales de reprise, 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. 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. Le législateur a ainsi entendu définir entièrement les règles de motivation qui s'appliquent aux décisions du médecin du travail se prononçant sur l'aptitude d'un salarié à la reprise de son poste à la suite d'une maladie ou d'un accident non professionnel. »¹⁸⁰⁴

L'employeur évolue désormais dans un environnement contraint en matière de santé et de sécurité au travail où l'écrit médical est tracé, de même que sa non prise en considération par l'employeur. En effet, il « doit examiner avec sérieux les propositions du médecin du travail et s'expliquer sur les raisons pour lesquelles il ne peut pas donner suite à ces propositions. La nouvelle procédure permet d'instaurer le dialogue indispensable à la recherche d'une solution entre l'employeur, le médecin du travail et le salarié et facilitera le contrôle par le juge de l'obligation d'adaptation du poste¹⁸⁰⁵. Il est essentiel de garder une traçabilité de ces échanges. Pour aider l'employeur à tenir compte des préconisations du médecin du travail, celui-ci peut lui proposer l'appui de l'équipe pluridisciplinaire ou celui d'un organisme compétent en matière de maintien en emploi¹⁸⁰⁶. »¹⁸⁰⁷

L'encadrement juridique des rapports entre le médecin du travail et l'employeur peut, à certains égards, laisser penser à une mission d'accompagnement sur fond de réel rapport de collaboration. Or, il s'agit davantage des conséquences de la responsabilisation croissante de l'employeur en la matière. Néanmoins, des insuffisances apparaissent en raison du caractère non systématique du recours au médecin du travail par l'employeur, notamment pour la réalisation du document unique d'évaluation des risques. L'encadrement des échanges, notamment avec la place accrue pour l'écrit, est de nature à renforcer le rôle du médecin du travail, à contraindre l'employeur à davantage tenir compte des recommandations médicales expertes et à assurer une traçabilité pour ménager

¹⁸⁰³ C. trav., art. L. 4624-9 III.

¹⁸⁰⁴ CE, 1^{er} août 2013, n° 341.604

¹⁸⁰⁵ Rapport Gosselin, Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives (janvier 2007), p. 66.

¹⁸⁰⁶ C. trav., art. L. 4624-5.

¹⁸⁰⁷ C. Ferté, La santé au travail après le 1^{er} janvier 2017, *JCP S* n° 1, 10 janvier 2017, 1001.

également la preuve¹⁸⁰⁸ de ses actions étant dans l'obligation de prendre « les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs »¹⁸⁰⁹.

2. L'éventuelle limitation du pouvoir patronal

250. Les pouvoirs du médecin du travail¹⁸¹⁰ sont, dans la réalité, confrontés à ceux du chef d'entreprise dont il dépend, que ce soit l'employeur des salariés qu'il doit suivre, dans le cadre de service de santé au travail autonome, ou bien le dirigeant du service de santé au travail interentreprises. Dans ce dernier cas, non seulement le médecin du travail est éloigné de l'entreprise en raison de l'extériorité du service vis-à-vis de l'entreprise mais la question de l'adhésion au service est également importante dans la mesure où c'est l'employeur qui choisit le service et qui peut également, dans certaines conditions, en désadhérer. Il est en effet délicat de déterminer la part d'initiatives laissées au médecin du travail dans son emploi du temps et les difficultés de concilier indépendance professionnelle et subordination à une autorité hiérarchique quand, conformément aux textes, il souhaite dépasser l'appréciation de l'aptitude des salariés au poste de travail pour s'intéresser au milieu de travail. C'est ce rapport de force juridique, et même politique, au sens de pouvoir, qui constitue, selon le Professeur Antoine Lyon-Caen, « une véritable maladie cyclothymique de la médecine du travail »¹⁸¹¹. En conséquence, deux phases peuvent être distinguées. D'une part, « les phases d'euphories sont celles où les pouvoirs du médecin du travail se conjuguent avec les pouvoirs du chef d'entreprise tant au niveau de l'action qu'au niveau de ses conséquences ». En cas d'inaptitude, il ne va pas de l'intérêt de l'employeur de conserver le salarié concerné. Par ailleurs, il n'est pas non plus de l'intérêt du travailleur, du point de vue de sa santé, de poursuivre ses tâches. Ainsi, les intérêts de la santé publique, du travailleur et du chef d'entreprise convergent. Néanmoins, l'action du médecin aboutit à priver un travailleur de son emploi. C'est donc un effet pervers du dispositif. Or, il y a des avis d'inaptitude techniquement contestables. D'autre part, des « phases de dépressions »¹⁸¹² peuvent voir les pouvoirs du médecin du travail et du chef d'entreprise se contrarier. C'est le cas par exemple

¹⁸⁰⁸ J. Lorient, Le rôle du médecin du travail dans l'organisation de l'entreprise, *Dr. soc.* 1987. 592.

¹⁸⁰⁹ C. trav., art. L. 4121-1.

¹⁸¹⁰ J. Savatier, Le médecin du travail et le sort du salarié, *Dr. soc.* 1987. 604.

¹⁸¹¹ J. Lorient, Le rôle du médecin du travail dans l'organisation de l'entreprise, *Dr. soc.* 1987. 592.

¹⁸¹² *Ibid.*

lorsque le médecin estime nécessaire l'adaptation ou le reclassement et que l'employeur préfère licencier sans avoir à procéder à un reclassement ou une adaptation nécessitant un coût. Considérer comme contraires les intérêts de la santé publique et ceux relatifs à la gestion de l'entreprise, c'est faire preuve de court-termisme qui explique un conflit d'intérêts par un arbitrage différent de l'employeur et du médecin du travail. Selon l'article L. 4624-3 du Code du travail, le médecin du travail a le pouvoir de matérialiser des écrits qui pourront être utilisés contre l'employeur et qui constituent donc des éléments de contrainte. La personnalité des médecins est une donnée importante dans ce rapport de force et une institution dont l'efficacité repose sur la force de caractère de ceux qui sont chargés de la mettre en œuvre ne peut fonctionner correctement. De plus, la cessation de l'adhésion à un service de santé interentreprises est décidée par l'employeur, sauf opposition du CSE¹⁸¹³. Par ailleurs, on pourrait se demander si la commission médico-technique qui dispose d'un certain nombre d'attributions¹⁸¹⁴, notamment en matière de programmation des actions, ne constituerait pas un contre-pouvoir du médecin du travail, à l'image de celui que ce dernier peut incarner vis-à-vis du pouvoir patronal. Le Conseil d'État a précisé, dans un arrêt du 3 juillet 1981, que si la mission du médecin du travail est exercée sous le contrôle technique du médecin inspecteur du travail, l'article L. 8123-1 du Code du travail n'a cependant pas pour objet ni d'instituer un pouvoir hiérarchique des inspecteurs du travail sur les médecins du travail, ni de leur permettre d'intervenir dans les rapports entre les médecins du travail et les salariés. Selon Antoine Lyon-Caen, le dévoiement de l'institution de la médecine du travail est ainsi résumé : « au lieu d'agir sur le travail en adaptant à l'homme par la modification des conditions de travail, au lieu d'agir sur l'homme en l'adaptant au travail par le reclassement ou la mutation du poste, l'action du médecin du travail fait privilégier la séparation de l'homme et du travail ». Selon N. Pardon¹⁸¹⁵, la médecine du travail, en France, « est moins envisagée comme un service technique auquel sont désignées des tâches précises, évolutives, variant avec la conjoncture sanitaire, ses besoins et ses moyens, que comme « un enjeu social » dont le contrôle par l'inspection du travail a pour mission de s'assurer qu'il est bien conforme à l'équilibre des pouvoirs voulus par le législateur ; et nombre de procédures imposées au service de médecine du travail n'ont pour objet que de faciliter le travail des contrôleurs. Un tel système se boucle lui-même, se fige dans sa conformité, se désintéresse de ses effets

¹⁸¹³ C. trav., art. D. 4622-23.

¹⁸¹⁴ C. trav., art. D. 4622-28.

¹⁸¹⁵ Dr N. Pardon, Président du comité scientifique « Petites industries » de la Commission internationale de médecine du travail.

ultimes dont l'approche ne fait l'objet d'aucune évaluation ». ¹⁸¹⁶ Enfin, la responsabilité de l'employeur qui ne suit pas les préconisations du médecin du travail peut être engagée. Ainsi, manque à son obligation de sécurité, l'employeur qui n'adapte pas le poste de travail de l'un de ses salariés conformément aux préconisations du médecin du travail ¹⁸¹⁷.

¹⁸¹⁶ J. Lorient, Le rôle du médecin du travail dans l'organisation de l'entreprise, *Dr. soc.* 1987. 592.

¹⁸¹⁷ Cass. soc., 14 juin 2007, n° 06-41.377 ; Cass. soc., 26 sept. 2012, n° 11-14.742, n° 2035 FS - P + B ; Cass. soc., 22 juin 2017, n° 16-11.595.

Paragraphe 2. La faculté de recourir au médecin du travail

251. La relation entre le médecin du travail et l'employeur ne repose pas que sur des obligations strictes. En effet, un rapport de collaboration peut s'établir entre le médecin du travail et l'employeur qui peut solliciter celui-ci s'il le juge utile (**A**). Selon l'Enquête Conditions de Travail de 2013, dans son volet « employeurs », parmi les 37 % des entreprises ayant eu un recours extérieur en matière de prévention, 85,2 % d'entre elles en moyenne ont bénéficié de conseils de la part des services de santé au travail¹⁸¹⁸. Les services de santé au travail sont donc incontestablement l'interlocuteur direct privilégié des entreprises, quel que soit leur effectif. Egalement, le médecin dispose d'un pouvoir de proposition (**B**).

A. *L'utilité de la collaboration*

252. Les rapports qu'entretiennent l'employeur et le médecin du travail sont animés par le souci de préserver la santé des travailleurs. Cet objectif partagé, dont la réalisation est de la responsabilité de l'employeur, nécessite une étroite collaboration. Or, en réalité, on assiste à une collaboration à géométrie variable (**1**). Dans un objectif d'efficience, ce rapport doit s'établir dans une nécessaire relation de confiance (**2**).

1. Une collaboration à géométrie variable

253. Un rapport essentiel de collaboration médecin du travail/employeur. L'étroitesse des rapports prévus par le Code du travail entre le médecin du travail et l'employeur est prégnante. Cependant, le rôle juridique de l'employeur est prédominant par rapport à celui du médecin. Ceci étant, la clé de la préservation de la santé des travailleurs est conditionnée par une double exigence complémentaire : la réussite de la mission du médecin du travail, qui dispose de la compétence et de l'appui de ressources pluridisciplinaires¹⁸¹⁹, et le respect de l'obligation de sécurité de l'employeur. Ces deux acteurs ne pouvant, seuls, parvenir à relever ce défi en raison, pour le premier, d'une capacité d'action limitée car l'employeur est décisionnaire *in fine*, même si la procédure écrite est de nature à exercer un

¹⁸¹⁸ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, p. 48.

¹⁸¹⁹ C. trav., art. L. 4622-8.

certain nombre de contraintes sur le chef d'entreprise et, pour le second, d'une absence d'expertise sur le champ considéré qui est de la compétence du médecin. La collaboration est donc la condition *sine qua non* pour faire triompher la santé des travailleurs du fait de l'imbrication de leur rôle. L'articulation est difficile à opérer et, d'autre part, la confiance du salarié est aussi un élément essentiel. C'est donc de la qualité de cette relation triangulaire dont dépend le succès de l'objectif de préservation de la santé des travailleurs. Cette relation peut encore être élargie. C'est le cas par exemple en matière d'inaptitude. En effet, suite à la déclaration d'inaptitude par le médecin du travail d'un salarié, la proposition de l'employeur, « prend en compte, après avis des délégués du personnel lorsqu'ils existent, 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 »¹⁸²⁰. Cette forme de collectivisation de la santé en entreprise, remet en perspective la relation singulière entre le médecin du travail et le salarié.

254. Prévention de la désinsertion professionnelle. Le spectre préventif est élargi à la prévention de la désinsertion professionnelle, c'est-à-dire le maintien dans l'emploi. Ce second objectif a été renforcé avec la Loi Travail et le décret d'application¹⁸²¹. Ainsi, l'article L. 4622-2 2° du Code du travail prévoit que les services de santé au travail « conseillent les employeurs, les travailleurs et leur représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin (...) de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ». L'article R. 4624-29 dispose qu' « en vue de favoriser le maintien dans l'emploi des travailleurs en arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois, une visite de préreprise est organisée par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil des organismes de sécurité sociale ou du travailleur ». Les questions de santé au travail ne sauraient être abordées que sous l'angle purement médical. Au-delà de la pluridisciplinarité, la rencontre d'acteurs divers porteurs d'enjeux et de compétences différents est essentielle. Parmi eux, le médecin du travail est la clé du système par son rôle d'animation et de coordination des SST, son expertise et les moyens dont il dispose, mais également l'employeur et les personnes responsables de la gestion des ressources humaines. Une articulation performante entre les différents acteurs constitue une des clés de réussite de toute action visant à promouvoir la santé au travail.

¹⁸²⁰ C. trav., art. L. 1226-2 al. 2.

¹⁸²¹ D. n° 2016-1908 du 27 déc. 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail.

255. Taille de l'entreprise. La construction d'une stratégie offensive dépend nécessairement de la taille de l'entreprise. Les TPE restent les structures les plus fragiles et donc les moins opérationnelles en matière de prévention et de promotion de la santé au travail parce que les ressources humaines sont absentes et parce que les médecins du travail sont hors les murs de l'entreprise. Par conséquent, plus les structures sont petites, plus rares sont les relations entre l'employeur et les services de santé au travail. En revanche, plus les structures comptent d'effectif salarié, plus régulières sont les relations mais aussi plus éclatées en raison de la complexité des structures et de la diversité des acteurs (CSE, nombreux salariés, fonctions supports...). Les enjeux de santé au travail et de gestion du personnel connaissent des croisements et les employeurs prennent de plus en plus conscience que la santé au travail peut être un excellent vecteur de performance de l'entreprise. Enfin, le relatif éloignement des services de santé au travail du travail réel, leur sollicitation jusqu'alors essentiellement pour la détermination de l'aptitude au travail ne constituent pas un terreau fertile au développement et à la construction d'une relation de confiance, pourtant nécessaire entre les salariés et le médecin du travail mais aussi entre ce dernier et l'employeur alors que les sujets communs sont nombreux. Une meilleure connaissance de chacun est nécessaire pour aller dans le sens d'une promotion accrue de la santé au travail. L'anticipation des risques, la détection des situations à risques nécessitent des actions préventives en amont et une collaboration des acteurs compétents. La question des collaborations et de leur articulation est donc essentielle. Il convient en outre de favoriser un décloisonnement des problématiques liées à la santé et celles relatives au parcours professionnel. En effet, l'état de santé conditionne fortement les parcours professionnels et l'absence de perspectives professionnelles peut aussi constituer un facteur de risque pour la santé. Une meilleure gestion des parcours professionnels est de nature à améliorer la qualité de vie au travail. Les collaborations avec l'ensemble des acteurs doivent être renforcées pour permettre une meilleure qualité de circulation des informations. Pour ce faire, il faut sortir de la seule communication écrite qui a l'intérêt d'assurer la traçabilité des alertes et des initiatives mais qui peut générer des tensions qui vont à l'encontre d'une gestion sereine des questions liées à la santé au travail.

256. Inconvénient de l'écrit dans la relation de confiance. Pour qu'une politique de prévention soit mise en œuvre efficacement, elle nécessite une coopération étroite entre l'employeur et le médecin du travail. Les outils juridiques existent mais sont insuffisants. Les dispositions légales ont tendance à accabler l'employeur de contraintes administratives plus que l'encourager à prendre l'initiative en matière de santé et sécurité au travail, notamment en

accordant une place insuffisante au médecin du travail dans ses attributions, ses initiatives, même si des progrès ont été faits. C'est le cas en matière d'évaluation des risques¹⁸²². Au-delà de ce cas relatif au document unique d'évaluation des risques, le recours judiciaire se faisant de plus en plus prégnant, la preuve de l'accomplissement ou non des démarches obligatoires est facilitée par une transmission des correspondances médecin du travail/employeur et un archivage sérieux et respectueux des droits des travailleurs. La place de l'écrit¹⁸²³, qui devrait avoir pour effet de favoriser les relations et la collaboration entre le médecin du travail et l'employeur, vise à donner une importance particulière à la parole médicale dans son rôle de conseil de l'employeur et à enjoindre ce dernier à prendre toute la mesure des avis médicaux et d'y apporter une réponse. Finalement, le but poursuivi est de favoriser la réactivité de l'employeur sur les questions de santé des salariés par la traçabilité des échanges de sorte que l'absence d'information, lorsqu'un risque a fait l'objet d'un écrit, ne peut être avancée. En matière d'accident du travail, en présence de pareilles correspondances entre le médecin du travail et l'employeur, la preuve, dont la charge incombe au salarié, est facilitée parce qu'il revient à ce dernier, pour que la faute inexcusable de l'employeur soit retenue, « d'apporter la preuve que, d'une part, son employeur avait ou devait avoir conscience du danger auquel son personnel était exposé, et que, d'autre part, il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver. »¹⁸²⁴ Cela favorise, sans conteste, le suivi des préconisations du médecin. Ainsi, la place grandissante de l'écrit et la formalisation de documents en santé au travail posent un cadre juridique à l'action du médecin du travail.

2. La nécessité d'une relation de confiance

257. L'articulation entre conseil et secret médical. Comme tout médecin, le médecin du travail est soumis au secret professionnel. Selon le code de déontologie médicale, ce secret professionnel couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, en l'occurrence l'ensemble des informations qui lui ont été confiées mais également ce qu'il a pu entendre ou comprendre¹⁸²⁵. Toutefois, ce secret n'est pas opposable aux agents de contrôle des organismes de sécurité sociale qui disposent d'un droit pour

¹⁸²² Voir Partie 1, Titre 2, Chapitre 1, Section 2, §2, A., 2. L'évaluation du risque professionnel par le médecin du travail.

¹⁸²³ C. trav., art. L. 4624-3.

¹⁸²⁴ Cass. civ. 2^{ème}, 8 juill. 2004, n° 02-30.984 ; Cass. civ. 2^{ème}, 5 juill. 2005, n° 03-30.565.

¹⁸²⁵ C. pén., art. 226-13.

obtenir communication des documents et informations nécessaires pour contrôler la sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par les organismes de sécurité sociale¹⁸²⁶. Vis-à-vis de l'employeur, la mission du médecin du travail étant de renseigner et conseiller de dernier, il peut être amené à lui communiquer des éléments qui pourront l'aider sur la décision à prendre. Ainsi, n'excède pas les limites de ses attributions le médecin du travail informant l'employeur qu'un salarié lui paraît inapte à occuper un emploi¹⁸²⁷. Toutefois, il doit garder le secret sur les constatations médicales qu'il a effectuées, tant sur ce qui relève du diagnostic que sur ce qui concerne le traitement¹⁸²⁸. « Compte tenu de son obligation de sécurité de résultat, qui lui impose notamment de fournir aux salariés un travail en adéquation avec leurs capacités physiques, l'employeur doit avoir une certaine connaissance de la santé des salariés. » Au Québec, on l'a vu, l'employeur peut questionner plus avant le candidat à un emploi sur son état de santé dans le cadre du processus de sélection lorsque les questions sont nécessaires afin d'évaluer s'il possède les aptitudes ou qualités requises par l'emploi, autrement appelées « exigences professionnelles justifiées »¹⁸²⁹. En droit français, le médecin du travail est l'expert compétent en santé-sécurité au travail qui supplée, en quelque sorte, l'employeur en la matière, mais de manière non aboutie car il émet un avis, il n'est pas décisionnaire. Tenu de prendre en considération l'avis médical, l'employeur peut, en responsabilité, ne pas y donner suite à condition de s'en justifier par écrit¹⁸³⁰. Toute décision de l'employeur fondée sur l'état de santé du salarié, sans intervention du médecin, serait frappée de nullité car discriminatoire¹⁸³¹. La connaissance de l'avis médical, concluant à une aptitude ou à une inaptitude, est à distinguer des motifs médicaux qui ont abouti à cet avis et qui, eux, « ne peuvent être révélés »¹⁸³². « Résultat du travail d'analyse opéré par le médecin du travail consistant à faire le lien entre les informations médicales dont il dispose sur le salarié et celles relatives à son poste de travail »¹⁸³³, ce constat objectif fait état de la capacité du salarié à occuper un poste de travail déterminé. « L'employeur peut avoir connaissance de cette capacité et l'obligation pour le médecin du travail de lui indiquer les éléments de fait

¹⁸²⁶ C. Séc. soc., art. L. 114-19.

¹⁸²⁷ Cass. crim., 6 juin 1972, n° 70-90.271

¹⁸²⁸ Cass. soc., 10 juill. 2002, n° 00-40.209, n° 2505 FS – P.

¹⁸²⁹ Charte des droits et libertés de la personne, art. 18.1.

¹⁸³⁰ C. trav., art. L. 4624-6.

¹⁸³¹ C. travail, art. L. 1132-1 et L. 1133-3.

¹⁸³² A. Gardin, Le secret médical et le médecin du travail, *Dr. ouvr.* 2015, p. 403.

¹⁸³³ S. Brissy, Collecte et traitement des informations nécessaires, Droit et secret dans les SSTI, Actes Journées Santé Travail du CISME – Tome V – 2015.

permettant à l'employeur de proposer un poste adapté aux capacités physiques du salarié, ainsi que les éventuelles contre-indications, n'est pas contraire au secret médical »¹⁸³⁴. « Cela ne contraint pas en effet le médecin du travail à faire état des considérations médicales qui justifient sa décision »¹⁸³⁵. En revanche, « 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 qui ne peut, dès lors, se voir reprocher une absence de transmission d'informations tirées de ce dossier »¹⁸³⁶.

258. Confiance des acteurs. Pour adapter les tâches du salarié à ses capacités, les moyens de pression du médecin du travail existent mais sont à relativiser car c'est bien l'employeur qui conserve le pouvoir de décision dans la gestion de son personnel. L'aspect humain et relationnel est important, le médecin doit savoir convaincre, notamment en matière d'aménagement de poste de travail. Il faut d'abord convaincre le salarié de la nécessité de saisir l'employeur pour opérer les modifications nécessaires à la préservation de sa santé puis convaincre l'employeur d'y procéder. Cela suppose une bonne connaissance des postes de travail dans l'entreprise, mais également de l'environnement et des conditions, y compris managériales, de travail. Il faut qu'il sache convaincre le salarié que c'est dans son intérêt qu'il convient de l'écarter d'un poste de travail où il risque de perdre la santé, ou ce qui lui en reste. Cela suppose que le médecin du travail, bien que non choisi par le travailleur, ait su conquérir sa confiance et celle de l'employeur. C'est à ces conditions que la médecine du travail peut préserver si ce n'est améliorer la santé des salariés¹⁸³⁷.

¹⁸³⁴ CE 3 déc. 2003, n° 254000 ; Cass. crim. 6 juin 1972, n° 70-90.271, Bull. crim., n° 190 : « N'excède pas ses attributions le médecin du travail qui fait savoir qu'une salariée, dont les propos injurieux perturbent le fonctionnement du service, lui paraît inapte au travail. »

¹⁸³⁵ S. Brissy, Collecte et traitement des informations nécessaires, Droit et secret dans les SSTI, Actes Journées Santé Travail du CISME – Tome V – 2015.

¹⁸³⁶ Cass. soc. 10 juill. 2002, n° 00-40.209, Bull. civ., V, n° 251.

¹⁸³⁷ J. Savatier, Le médecin du travail et le sort du salarié, *Dr. soc.* 1987. 604.

B. *Le pouvoir de proposition*

259. Pour mieux appréhender le pouvoir de proposition du médecin du travail, il convient d'envisager la nature des propositions (1) et les moyens dont il dispose (2).

1. La nature des propositions

4. Les propositions en matière de handicap. Le médecin du travail peut présenter des avis sur l'application des dispositions relatives à l'emploi des travailleurs handicapés¹⁸³⁸. Comme c'est le cas de manière générale, lorsque l'employeur fait le choix de ne pas retenir les propositions formulées par le médecin du travail, il doit faire connaître par écrit les motifs de ce refus. En cas de difficulté ou de désaccord, la décision est prise par l'inspecteur du travail, après avis du médecin inspecteur du travail¹⁸³⁹.

260. Les propositions à vocation générale. Selon l'article L. 4624-1, « le médecin du travail est habilité à proposer des 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. Il peut proposer à l'employeur l'appui de l'équipe pluridisciplinaire du service de santé au travail ou celui d'un organisme compétent en matière de maintien dans l'emploi. » Le pouvoir de proposition du médecin du travail a un large terrain d'expression. L'ambition poursuivie par le législateur est celle de la promotion de la prévention primaire en application des prescriptions posées par la directive européenne du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la santé et de la sécurité au travail. La réforme du 20 juillet 2011 a mis en œuvre un régime juridique particulier pour favoriser le dialogue entre l'employeur et le médecin du travail pour parvenir à cet objectif. L'article clé du dispositif est l'article L. 4624-3 I du Code du travail qui prévoit que, 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. La notion large de risque est à même d'assurer une perspective audacieuse en matière de pouvoir de proposition pour le médecin du travail, compétent en la matière en cas de risque pour la santé des travailleurs, sans délimitation précise puisque le

¹⁸³⁸ C. trav., art. R. 4624-6 al. 1.

¹⁸³⁹ C. trav., art. R. 4624-6 al. 2.

risque n'est qualifié ni de grave, ni d'imminent. Cela traduit nettement la volonté du législateur d'élargir significativement les voies d'action du médecin du travail et de lui accorder une place de premier choix en santé-sécurité au travail pour lui permettre d'être davantage à l'initiative et de créer les conditions d'une réelle prévention primaire¹⁸⁴⁰. Cependant, le texte exige un écrit motivé et circonstancié par le médecin du travail. Ce souci de précision est un gage d'efficacité dans la compréhension par l'employeur du message délivré par le médecin du travail et c'est également un gage sérieux des activités pour la mise en œuvre des mesures nécessaires pour préserver la santé des travailleurs pour lesquelles le médecin aura constaté la présence d'un risque. La réponse de l'employeur doit être empreinte de toute la considération nécessaire de la proposition faite par le médecin du travail. Deux possibilités s'offrent à l'employeur : suivre l'avis du médecin du travail ou bien, en cas de refus, faire connaître par écrit les motifs opposant à ce qu'il y soit donné suite, ce qui suppose une argumentation solide et qui est de nature à engager *ipso facto* la responsabilité de l'employeur. Ce dernier doit obligatoirement se justifier par un avis. Le pouvoir de proposition du médecin du travail s'inscrit dans un schéma contraignant pour l'employeur qui oblige ce dernier à traduire en action la proposition du médecin du travail - qui n'a dès lors de proposition que le nom - ou alors de justifier pourquoi il refuse de s'y conformer, confortant ainsi l'idée selon laquelle cette proposition a plus d'effets contraignants¹⁸⁴¹ qu'indicatifs ou simplement informatifs. Bien que la loi ne précise ni les conséquences d'un refus par l'employeur de suivre les propositions du médecin du travail, ni la possibilité de contester la proposition de ce dernier, il paraît évident que, dans la première situation, au regard de son obligation de sécurité, sa responsabilité serait sans aucun doute engagée, et, dans la seconde, l'inspecteur du travail semble être compétent en la matière. De surcroît, la traçabilité des échanges entre l'employeur et le médecin du travail est de nature, au-delà de leur judiciarisation potentielle, d'être utilisée par l'ensemble des acteurs de la santé au travail, aux premiers rangs desquels les représentants du personnel compétents, mais également les agents de contrôle du travail, le médecin-inspecteur et les agents des services de prévention des organismes professionnels de santé, de sécurité et des conditions de travail¹⁸⁴². Les risques que ce dialogue ne dégénère en conflit existent donc, au préjudice de l'employeur, crispant encore davantage ce dernier en matière de santé-sécurité au travail, l'acculant de plus belle, et

¹⁸⁴⁰ M. Roussel, Les nouveaux visages de la médecine du travail, *RDT*, avril 2012, p. 202.

¹⁸⁴¹ M. Caron, P.-Y. Verkindt, La réforme de la médecine du travail n'est plus (tout à fait) un serpent de mer..., *JCP S* n° 39, 27 septembre 2011, p. 14.

¹⁸⁴² C. trav., art. L. 4624-3 al. 4 et L. 4623-1.

desservant ainsi son initiative heureuse, pouvant se dire que, quoi qu'il fasse, il serait responsable *in fine* de tout. On peut également voir à l'inverse la possibilité pour un employeur de faire la démonstration de sa totale bonne foi d'engager les mesures adaptées pour préserver la santé et la sécurité des travailleurs qu'il emploie, d'une part, mais aussi de s'appuyer totalement sur le médecin du travail en envisageant la responsabilité de ce dernier en cas de défaillance. Or, cette argumentation ne semble pas pouvoir être retenue dans la mesure où l'employeur demeure responsable¹⁸⁴³, en vertu de son obligation de sécurité, ne pouvant arguer d'une défaillance autre que la sienne, mais également en raison du statut de salarié du médecin du travail.

2. Les moyens à disposition

261. Les mesures et enquêtes et les accès aux lieux et documents de travail. En toute indépendance, le médecin du travail peut réaliser ou faire réaliser des prélèvements et des mesures aux fins d'analyse. Il peut également, selon l'article R. 4624-7, faire procéder à des analyses ou mesures qu'il estime nécessaires par un organisme habilité. L'ensemble des frais liés à ces mesures et analyses sont supportés par l'employeur. Selon l'article R. 4624-7, en cas de désaccord entre l'employeur et le médecin du travail, la décision est prise par l'inspecteur du travail après avis du médecin inspecteur du travail. Selon l'article D. 4624-50, le médecin du travail peut participer, notamment en lien avec le médecin inspecteur du travail, à toutes recherches, études et enquêtes, en particulier à caractère épidémiologique, entrant dans le cadre de ses missions. Ensuite, « les professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire ont libre accès aux lieux de travail, sous l'autorité du médecin du travail. Il y réalise des visites soit à son initiative, soit à la demande de l'employeur ou du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, des délégués du personnel. »¹⁸⁴⁴ Lors de ses visites, des observations peuvent être formulées par le médecin du travail concernant l'hygiène et la sécurité des locaux de travail ou l'état des outils de production. Il a accès à tous les documents non nominatifs rendus obligatoires. Ce droit d'accès s'exerce dans des conditions garantissant le caractère confidentiel des données ainsi que la protection des informations relatives aux

¹⁸⁴³ Esprit de l'article L. 4122-1 al. 1 et 3.

¹⁸⁴⁴ C. trav., art. 4624-3.

secrets de fabrication et les procédés d'exploitation mentionnés à l'article R. 4624-9¹⁸⁴⁵. Selon l'article R. 4624-5, le médecin du travail peut demander à tout moment à ce que les attestations, consignes, résultats, rapports de vérification et de contrôle mentionnés à l'article L. 4711-1 du Code du travail lui soient communiqués. La voie de la prévention mérite d'être mieux exploitée. Son « coût sera toujours moindre que celui de l'accident ou de la maladie »¹⁸⁴⁶.

262. Un déficit patent de prévention primaire. Une présence insuffisante du médecin du travail sur le milieu de travail a pour conséquence une mauvaise connaissance du travail réel, une prédominance de l'individuel sur le collectif, l'insuffisance d'analyse des conditions de travail, la connaissance insuffisante du risque professionnel et du terrain, et donc une absence de résultat en matière de prévention. Il s'agit ici d'une explication endogène de la défaillance du système : l'investissement déficient du terrain, qui est un constat récurrent, y compris avec la règle du tiers-temps, engendre un déficit patent de prévention primaire. Le non-respect de la règle du tiers-temps s'explique essentiellement par la pénurie de médecins du travail, le peu de moyens et la carence de culture en la matière dans la population médicale. Une appréhension relative et lacunaire du risque lié aux conditions de travail engendre un diagnostic déficient des problématiques de santé-sécurité au travail et donc une action préventive forcément inadaptée. Par ailleurs, la perfectibilité du rôle de conseiller du médecin du travail s'illustre par une prédominance de l'individuel sur le collectif en privilégiant l'examen médical à l'étude du poste de travail avec pour conséquence une analyse insuffisante des conditions de travail et donc une capacité diminuée de prévenir efficacement les risques professionnels. Ainsi, l'obstacle de la connaissance du risque se matérialise par la combinaison des facteurs de risque se concrétisant par l'arrivée massive et permanente de nouveaux process, organisations du travail et produits. De plus, la mobilité croissante des trajectoires professionnelles, le difficile suivi des salariés en raison du développement des formes précaires d'emploi et d'entreprise compliquent encore la compréhension du risque. Le caractère diffus et différé de certains risques empêche concrètement la mise en œuvre de stratégies de prévention. Conférer l'impossible tâche au médecin du travail d'être un prévisionniste des interférences négatives du travail sur la santé de chaque salarié se révélait dès lors totalement illusoire, démontrant ainsi que les objectifs assignés non assortis des moyens nécessaires ne pouvaient être remplis, d'autant qu'un obstacle majeur ayant trait au

¹⁸⁴⁵ C. trav., art. R. 4624-5.

¹⁸⁴⁶ B. Teyssié, Prolégomènes sur la médecine du travail, *Dr. soc.* 1987. 561.

secret médical paralyse l'action du préventeur. En effet, une démarche de prévention n'est réellement efficace que lorsqu'elle s'inscrit dans une connaissance précise de l'état de santé du sujet considéré. On ne peut faire une prévention efficace *ex nihilo*.

263. L'aptitude au détriment de la prévention des risques professionnels.
L'aptitude, parfois présentée comme une solution, n'est que le fossoyeur de la prévention des risques professionnels. En matière d'aptitude au travail, ce qui est remarquable, c'est que non seulement ce dispositif n'apporte aucune solution, aucune satisfaction, mais en plus il est de nature à paralyser le système de santé au travail dans son objectif de prévention des risques professionnels. Dès lors, pour remettre la médecine du travail sur les rails de la prévention des risques professionnels, il convient de mettre un terme à cette pratique, ou du moins de la réorienter. Fondée sur l'approche médicale individuelle et le traitement illusoirement égalitaire de tous les salariés, la médecine du travail traditionnelle a été accaparée par le poids d'actes médico-administratifs sans signification médicale. La conséquence directe et imparable est la paralysie de la mission officielle de prévention¹⁸⁴⁷ de la médecine du travail. Détournée de sa mission principale, la seule selon la lettre de la loi, cette dernière est plongée depuis de nombreuses années dans une crise existentielle. Accusée d'inefficacité, elle doit renouer avec sa raison d'être, c'est-à-dire pour un objectif unique recentré sur la prévention.

264. Dans nombre de situations, le médecin doit faire œuvre d'un certain funambulisme tant la difficulté de sa tâche est prégnante. Sa position tantôt de conseiller du salarié, tantôt de l'employeur, toujours dans l'intérêt exclusif du salarié et dans le but de préserver la santé de ce dernier, le médecin est en position d'arbitre d'intérêts divergents parfois même ouvertement en conflit, qu'ils s'agissent de ceux portés par les personnes, employeur et salarié, mais aussi intrinsèques parfois à la personne du salarié. En ce sens, quel arbitrage opérer lorsque deux droits fondamentaux sont en balance, celui à la santé et celui au travail, voire à l'emploi ? Il y a donc clairement, en l'état, un risque d'instrumentalisation du médecin du travail. Fort logiquement, il convient de se demander si ce système de santé au travail pourrait exister sans aptitude¹⁸⁴⁸. La réforme du Travail laisse un goût d'inachevé dans la mesure où nombre d'impulsions semblent aller dans le bon sens. Mais, et c'est ce qui fait la différence entre une simple évolution, fût-elle ambitieuse, et une révolution, la médecine du

¹⁸⁴⁷ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude?, *Dr. soc.* 2013, p. 1023.

¹⁸⁴⁸ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013, p. 1023 ; J. Savatier, Aptitude et inaptitude au travail, *Dr. soc.* 2009, 257.

travail est restée au milieu du gué. En effet, pourquoi ne pas être allé au bout de la logique de la suppression de l'aptitude dans les mains du médecin du travail pour la confier à une vraie médecine de contrôle déconnectée de la médecine du travail pour repenser sereinement le rapport entre travailleurs et médecin du travail qui est la pierre angulaire de toute chance de succès en matière de prévention car reposant sur l'étroitesse de la relation entre le professionnel de santé et le travail, en un mot sur le colloque singulier. Sans se départir de cette difficulté essentielle qu'est le mélange des genres entre contrôle et prévention, la médecine du travail ne pourra gagner le combat au service de la prévention des risques professionnels. En outre, développer les soins de santé primaires doit être érigé en priorité effective de la médecine du travail. En effet, les fondements du modèle français ont été définis dans les années 40 et n'ont finalement guère évolué. La tendance est à privilégier la prévention secondaire, c'est-à-dire la surveillance clinique individuelle. Et la prévention primaire est paradoxalement appelée le tiers-temps¹⁸⁴⁹.

¹⁸⁴⁹ N. Pardon, La médecine inter en ... 2002, *Dr. soc.* 1987. 575.



**PARTIE 2. POUR UNE MÉDECINE RECENTRÉE
SUR LA PRÉVENTION DES RISQUES
PROFESSIONNELS**

265. Pour conquérir ses lettres de noblesse, la médecine du travail doit revenir, sans ambiguïté, à son objectif initial, c'est-à-dire la préservation de la santé des travailleurs du fait ou à l'occasion de leur travail¹⁸⁵⁰, en orientant le concept de la santé au travail dans le sens exclusif de la protection et de la promotion de la santé. Pour aboutir à cet objectif, seule la mission de prévention doit être menée et tous les moyens nécessaires doivent être mis en œuvre pour cela. Ainsi, la médecine du travail ne doit pas être une médecine de contrôle du travailleur mais une médecine de conseil et d'accompagnement de tous les acteurs impliqués dans la prévention. Lever les incompatibilités fonctionnelles et créer les conditions de succès de l'objectif de prévention doivent être érigés en priorités articulées autour de deux axes forts et structurants : le travailleur et le travail. « Initialement orientée assez restrictivement vers la simple détection des pathologies dues au travail, autrement dit la prévention secondaire, les services de médecine du travail devenus services de santé au travail, se sont peu à peu professionnalisés dans une approche de plus en plus large de la prévention, tant dans sa dimension primaire que tertiaire. »¹⁸⁵¹ Ainsi, « l'impérieuse et transversale exigence de prévention diffuse dans tout le droit de la santé au travail »¹⁸⁵² dans sa triple dimension, la première axée sur l'anticipation la plus exigeante, la seconde orientée vers le diagnostic et son traitement, et la troisième enfin s'efforçant d'articuler deux objectifs essentiels que sont la préservation de la santé du travailleur et son maintien en emploi. Or, pour parvenir à ce résultat ambitieux, il faut dépasser les limites de la santé au travail strictement entendue, circonscrite à l'entreprise, en s'inscrivant au contraire dans « une approche globale et une prise en compte croisée des risques inhérents à l'activité professionnelle »¹⁸⁵³, en élargissant ainsi le prisme d'analyse à la définition de l'OMS, c'est-à-dire en considérant la santé comme « un attribut essentiel de la personne »¹⁸⁵⁴. De plus, l'impératif de prévention de la désinsertion professionnelle nécessite d'intégrer le handicap et les vulnérabilités. Plus généralement, l'efficacité du système de santé au travail suppose une information pertinente dispensée au salarié, la mise en place d'une traçabilité exigeante des expositions professionnelles, un dossier médical unique. Le rôle du médecin du travail doit s'inscrire à la fois dans une action individuelle uniquement tournée vers la préservation de la santé du

¹⁸⁵⁰ S. Fantoni, F. Héas, Pour une reconfiguration des principes en santé au travail, *Dr. soc.* 2016, p. 532

¹⁸⁵¹ S. Fantoni-Quinton, J. Saison, Le système de santé au travail est-il une exception au système de santé français ?, *RDSS* 2014, p. 217.

¹⁸⁵² F. Héas, « La réforme du régime de l'inaptitude suite à la loi du 8 août 2016 », *Dr. ouvr.*, février 2017, n° 823, pp. 103-107.

¹⁸⁵³ F. Héas, « La réforme du régime de l'inaptitude suite à la loi du 8 août 2016 », *Dr. ouvr.*, février 2017, n° 823, pp. 103-107.

¹⁸⁵⁴ R. Savatier, Un attribut essentiel de l'état des personnes : la santé humaine, *D.* 1958. 17.

travailleur et une action collective focalisée sur la prévention des risques professionnels. Concernant les postes de sécurité, ou postes dangereux, nécessitant un contrôle médical en cohérence avec leur nature particulière¹⁸⁵⁵, un autre médecin que le médecin du travail pourrait être mobilisé pour lever définitivement toute équivoque sur le caractère exclusivement préventif du rôle du médecin du travail. Dans ces conditions, une réelle et sincère relation de confiance pourrait enfin s'instaurer entre le médecin du travail et le travailleur. Destinataire d'une information améliorée, le médecin du travail pourrait ainsi renforcer l'efficacité de son action préventive dans une approche enfin décloisonnée de la santé tout au long de la vie. « La reconnaissance d'une compétence générale et transversale des services de santé au travail, sur tous les champs intéressant la santé physique et mentale et la qualité de vie au travail, permettrait plus efficacement de consacrer la mission, d'abord préventive, du médecin du travail. »¹⁸⁵⁶ Les risques professionnels ont évolué, les progrès médicaux permettent de nouvelles actions, curatives certes, mais aussi préventives. La prévention de l'apparition des maladies, facilitée aujourd'hui par des moyens plus performants que par le passé, est essentielle pour protéger la main-d'œuvre et, au-delà, pour assurer une meilleure santé publique matérialisée par une préservation renforcée du capital santé de chacun et par l'évitement de soins curatifs coûteux¹⁸⁵⁷. Aujourd'hui, deux systèmes distincts et autonomes coexistent. Or, en santé publique, comme en santé au travail, la prévention est un axe majeur et d'avenir. Mais, vouloir réaliser des actes de prévention, hors sol et de manière cloisonnée, n'a pas de sens et ne peut générer que de l'inefficacité. Il faut donc rapprocher ces deux systèmes dont le point de convergence est clairement la prévention. « Au-delà de la santé au travail, monte en puissance la santé en entreprise – ou « sanitarisation » de l'entreprise¹⁸⁵⁸ - qui consiste en la prise en considération dans celle-ci de questions de santé publique sans lien particulier avec le travail en matière de nutrition, d'obésité, ou encore d'addictions. »¹⁸⁵⁹ Opérer un travail de sensibilisation, définir un nouvel objectif unique recentré sur la prévention sont une nécessité. L'état d'esprit et les pratiques des professionnels de santé et de la population doivent évoluer. Les liens de confiance entre eux doivent nécessairement être préservés et favorisés au service d'une prévention plus

¹⁸⁵⁵ P. Sargos, « Ingénieurs du contrôle aérien : une limite d'âge nécessaire et proportionnée », RJEP 2014. Comm. 38.

¹⁸⁵⁶ F. Héas, « La réforme du régime de l'inaptitude suite à la loi du 8 août 2016 », *Dr. ouvr.*, février 2017, n° 823, pp. 103-107.

¹⁸⁵⁷ Les soins peuvent être de nature préventive, curative ou palliative : cf not. C. santé pub., art. R. 4311-2.

¹⁸⁵⁸ F. Aknin, A.-F. Jover, La sanitarisation de l'entreprise : l'exemple des substances psychotropes, *JCP S* 2014, 1338.

¹⁸⁵⁹ A.-F. Jover, Les métamorphoses des services de santé au travail, thèse, p. 4.

efficace. Un travail de cohérence et de modélisation doit être entrepris au profit d'une double amélioration : celle du suivi de santé des travailleurs par une approche individuelle renforcée en créant les conditions favorisant le dialogue singulier travailleur/médecin du travail et celle du milieu de travail grâce à une meilleure surveillance des risques professionnels davantage axée sur une approche populationnelle¹⁸⁶⁰. En effet, laisser cohabiter deux objets dont les effets sont contreproductifs l'un vis-à-vis de l'autre, comme on l'a vu précédemment, n'a pas de sens. Au contraire, « l'entreprise a tout à gagner à un suivi régulier de l'état de santé de ses salariés et à une action permanente sur le milieu de travail de nature à réduire les risques afférents à son activité »¹⁸⁶¹. C'est pourquoi il faut rebâtir les principes d'une médecine réellement préventive, et penser les moyens nécessaires à l'effectivité de la prévention en redéfinissant la médecine du travail sur la complémentarité d'une approche individuelle, au service de la santé des travailleurs (**titre 1**) et d'une dimension collective, par l'amélioration du milieu de travail (**titre 2**). Ce n'est qu'en agissant sur ces deux leviers complémentaires que la médecine du travail peut réussir en améliorant, d'une part, la connaissance et l'accompagnement du travailleur dans un contexte de confiance et, d'autre part, l'expertise des conditions de travail pour mieux appréhender et adapter le travail en fonction de la santé des travailleurs.

TITRE 1.

UNE MÉDECINE AU SERVICE DE LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS

TITRE 2.

L'AMÉLIORATION DU MILIEU DE TRAVAIL

¹⁸⁶⁰ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.*, 2013, n° 12, pp. 1023-1030.

¹⁸⁶¹ B. Teyssié, Prolégomènes sur la médecine du travail, *Dr. soc.* 1987. 561.

TITRE 1. Une médecine au service de la santé des travailleurs

266. Le suivi médical du travailleur est l'étape première qui précède l'action en milieu de travail. En effet, les constats cliniques ont pour vocation d'orienter les interventions du médecin du travail en milieu de travail, et favoriser ainsi l'action de transformation¹⁸⁶² destinée à préserver la santé des travailleurs. C'est une première école. Une seconde, notamment incarnée par les Professeurs Fantoni-Quinton et Soulat, considère que la logique doit être renversée et que le collectif doit être le point central et premier, ce qui est le cas déjà dans certaines équipes pluridisciplinaires. Envisager une médecine préventive sans lien avec la personne du travailleur et ses propres déterminants de santé est nécessairement une approche imparfaite. Pour être efficace, la prévention doit être ciblée, adaptée à son bénéficiaire, sur-mesure. C'est toute la différence entre préventologie et prévention. La première est une expertise, conduite par un médecin. La seconde s'inscrit dans une démarche généraliste et peut donc être effectuée par des non-médecins. Ainsi, il est préférable de s'inscrire dans les deux dimensions, individuelle et collective¹⁸⁶³, qui sont complémentaires et s'inter-alimentent. Par ailleurs, sans poser la question socio-philosophique du sens même du travail¹⁸⁶⁴, force est de constater que l'entreprise, au-delà d'être un lieu de production, est un lieu de vie, c'est-à-dire un lieu dans lequel il y a des risques potentiels d'altération de la santé physique et de la santé mentale¹⁸⁶⁵, par accidents ou maladies. Sur ce point, c'est la dimension organisationnelle qui est visée. Dans cet espace de gestion aussi, la prévention des risques doit être favorisée. La question de l'évolution du statut de la santé au travail comme ressource pour chacun et pour l'entreprise est précisément l'ambition de la promotion de la santé. Or, la médecine du travail, telle que nous la connaissons aujourd'hui, est trop peu empreinte de cette exigence. Malgré des progrès, comme l'évaluation des risques dans l'entreprise, effectuée dans le cadre du document unique, on assiste à l'émergence de problématiques dans le schéma

¹⁸⁶² J. Bernon, ANACT, « L'enjeu de la promotion de la santé », Elsevier Masson.

¹⁸⁶³ B. Dorémus, « La réforme de la médecine du travail : une réponse aux attentes sociétales en santé et sécurité au travail ? », *RDS*, n° 46, 2012, p. 195-205.

¹⁸⁶⁴ Ch. Baudelot, M. Gollac, C. Bessière, I. Coutant, O. Godechot, D. Serre, F. Viguière, *Travailler pour être heureux ?*, Fayard (2003) ; Y. Clot, *La fonction psychologique du travail*, Paris, PUF, 1999.

¹⁸⁶⁵ v. *Sem. soc. Lamy*, « La santé au travail », numéro spécial, octobre 2005. L. LEROUGE, « La reconnaissance d'un droit à la protection de la santé mentale au travail », Paris, LGDJ 2005.

actuel qui peinent à trouver des solutions¹⁸⁶⁶. Il s'agit en effet des troubles musculo-squelettiques¹⁸⁶⁷, des risques psychosociaux¹⁸⁶⁸, des expositions à certaines substances¹⁸⁶⁹, à des rayonnements¹⁸⁷⁰, à des modalités organisationnelles à effets différés¹⁸⁷¹ ou bien encore, plus généralement, à l'ensemble des risques professionnels¹⁸⁷² dont les effets sont difficiles à mesurer de manière différenciée et personnalisée. Sur ces questions, l'expertise du médecin du travail devrait être valorisée et des liens avec le système de santé publique devraient être envisagés. Pour permettre un résultat à la hauteur des ambitions, il faut passer de schémas axés sur la réparation à un système plus performant et tourner la page d'une « prévention primaire rudimentaire »¹⁸⁷³. En effet, l'approche classique ne prend pas en compte la santé au travail en tant que telle, mais évalue les dégâts pour la santé et les répare. La santé au travail revêt aussi une dimension au service de la performance¹⁸⁷⁴ et du développement durable et économique de l'entreprise. Bien que ce ne soit pas son but, et que cela puisse paraître « contre nature »¹⁸⁷⁵, ses effets doivent conduire à ce résultat. C'est une nouvelle approche

¹⁸⁶⁶ F. Champeaux, Bilan et perspectives sur le travail, *SSL* 2017, n° 1790, pp. 4-7.

¹⁸⁶⁷ J.-R. D'Elissagaray, J. Perotto, I. Rey, L'impact du vieillissement pour les entreprises, *JDSAM*, janv. 2018, n° 18, pp. 11-13 ; F. Champeaux, Bilan et perspectives sur le travail, *SSL*, nov. 2017, n° 1790, pp. 4-7.

¹⁸⁶⁸ M. Hautefort, Une réorganisation peut être suspendue si elle engendre des risques psychosociaux, *JSL*, avr. 2018, n° 451, pp. 28-29 ; S. Brissy, De l'obligation de prévention des risques professionnels à l'interdiction du harcèlement moral, *JDSAM*, mars 2018, n° 19, pp. 76-78 ; M. Lapoire-Chasset, Dire le droit pour faire face aux risques psychosociaux et construire la santé au travail, *Droit et société*, mai 2017, n° 96, pp. 257-271 ; C. Willmann, Risques psychosociaux : une reconnaissance comme maladie professionnelle, mais progressive, *Lexbase hebdo*, éd. Soc., oct. 2015, n° 630.

¹⁸⁶⁹ C.-H. Boeringer, L'identification d'une nouvelle obligation particulière de sécurité ou de prudence en lien avec l'exposition aux poussières d'amiante. Commentaire, Cass. crim., 24 juin 2014, n° 13-81.302 ; C. Vanuls, Regards sur la précaution en droit du travail, *RDT*, janv. 2016, n° 1, pp. 16-26.

¹⁸⁷⁰ M. Keim-Bagot, Multi-exposition des travailleurs à l'amiante, aux cancérogènes et aux rayonnements ionisants, *Cah. soc.*, nov. 2016, n° 290, pp. 527-531 ; L. Chabanne-Pouzynin, J. Delamotte, La prévention des risques d'exposition aux rayonnements ionisants dans le cadre des activités nucléaires, *SSL*, déc. 2014, n° 1655, pp. 81-85 ; D. n° 2018-437 du 4 juin 2018 relatif à la protection des travailleurs contre les risques dus aux rayonnements ionisants.

¹⁸⁷¹ H. Lanouzière, Les restructurations et leurs effets sur la santé. Comment les prévenir dans la pratique ?, *SSL*, sept. 2013, n° 1599, pp. 84-89.

¹⁸⁷² F. Héas, « La définition juridique de la pénibilité au travail », *TEE* n° 104, 2005, p. 19 ; « Les négociations interprofessionnelles relatives à la pénibilité », *Dr. soc.* 2006, p. 834 ; B. Lardy-Pélissier, « La pénibilité : au-delà de l'immédiat et du quantifiable », *RDT*, 2011, p. 160 ; A. Jolivet et V. Pueyo, « La pénibilité du travail : de quoi parle-t-on ? », *RDT*, 2010, p. 686.

¹⁸⁷³ Y. Barel, S. Fremeaux, Le rôle des médecins du travail dans les actions de prévention primaire, @GRH, vol. 3, n° 2, 2012, p. 78.

¹⁸⁷⁴ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, p. 72 ; « La prévention des risques : un atout pour la performance de l'entreprise », Hygiène et sécurité du travail, Dossier, INRS, n° 251, juin 2018.

¹⁸⁷⁵ « Prévention et performance : un rapprochement « contre nature » », in *La prévention des risques : un atout pour la performance de l'entreprise*, Hygiène et sécurité du travail, Dossier, INRS, n° 251, juin 2018, pp. 22-30. P. Canetto, Prévention et performance d'entreprise : panorama des approches et des points de vue, INRS, 2018, PV 7, 64 p.

institutionnelle de l'entreprise¹⁸⁷⁶ qu'il faut penser et dans laquelle le médecin du travail aurait une place particulière, comme le médecin traitant dans la société. Ainsi, la stratégie de l'entreprise vis-à-vis de son personnel change de direction : elle se déplace d'une recherche de préservation de la santé vers une ambition de promotion de la santé. La démarche devient offensive. Ce changement de paradigme axé vers l'anticipation des risques¹⁸⁷⁷, du défensif vers l'offensif, du réactif vers le proactif¹⁸⁷⁸, s'inscrit dans l'évolution de la définition de la santé au travail portée par les institutions internationales, notamment dans le Préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. En 1995, l'OMS et l'OIT ont convergé vers des objectifs communs : « La santé au travail devrait avoir pour objectifs : la promotion et le maintien du plus haut degré de santé physique, mentale et bien-être social des travailleurs dans toutes les professions, la prévention des départs parmi les travailleurs dus à leur santé résultant de leurs conditions de travail, la protection des travailleurs dans leur emploi contre les risques résultant de facteurs néfastes à la santé, le placement et l'entretien du travailleur dans un environnement de travail adapté à ses capacités physiologiques et psychologiques ». Cette approche suppose en réalité l'articulation de trois objectifs : d'abord, la préservation et la promotion de la santé du travailleur et de sa capacité de travail, puis, l'amélioration du milieu de travail et l'amélioration du travail qui doivent être rendues favorables la santé à la sécurité et, enfin, l'élaboration d'une organisation et d'une culture du travail qui développent la santé et la sécurité au travail. La santé au travail est ainsi présentée comme un objet à promouvoir, y compris dans la réussite de l'entreprise. Avec des salariés en meilleure santé, le travail ne peut se voir porté qu'à des niveaux plus satisfaisants, considérant alors le bien-être des travailleurs un élément de performance de l'entreprise. Ainsi, il conviendra de renommer, de redéfinir et de donner les contours juridiques de la mission d'une médecine du travail résolument tournée vers la prévention. En effet, la préservation de la santé des travailleurs, au-delà d'être très ambitieuse, constitue une obligation de l'employeur qui ne doit pas être à l'origine, par les tâches qu'il confie à ses salariés, d'une dégradation de l'état de santé de ces derniers. Dans cet objectif, le médecin du travail doit clairement constituer l'atout majeur de l'employeur. L'objectif n'est pas d'accorder l'attention seulement aux salariés ayant fait l'objet d'antécédents lors de leur travail mais d'adapter leur suivi (nous préférons ce terme à

¹⁸⁷⁶ P. Durand (1947), *Théorie institutionnelle de l'entreprise* ; M. Despax (1957), *L'entreprise et le droit*, Paris, LGDJ, *Bibl. de droit privé* ; S. Vernac, *L'entreprise et sa raison d'être*, *SSL*, mars 2018, n° 1807, pp. 4-5.

¹⁸⁷⁷ B. Dorémus, *Pour un changement de paradigme en santé-travail. Essai sur les évolutions juridiques et politiques nécessaires*. Bordeaux, LEH Edition, 2012, *Thèses numériques de la BNDS*, p. 319.

¹⁸⁷⁸ H. Lanouzière, *Prévenir les risques ou promouvoir la santé ? Comment passer d'une posture réactive à une démarche proactive ?*, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 29.

celui de surveillance¹⁸⁷⁹) en conséquence. C'est dans ce sens que la Loi Travail semble aller. L'exercice préventif, pour être efficace, doit répondre à un impératif d'exigence et de rigueur dans l'analyse de la situation de santé du salarié en rapport avec les qualités objectives que commande le poste envisagé et subjectives que le salarié devra mobiliser. Au-delà d'une évolution souhaitable des pratiques médicales, impérative pour gagner en efficacité, il apparaît également déterminant de dépasser le champ strict de la médecine du travail ou, tout au moins, de décroiser les médecines pour permettre enfin une pluri-expertise médicale ou pluridisciplinarité experte au service du bien-être des travailleurs. L'accompagnement du travailleur et de l'employeur et les complémentarités de l'ensemble des acteurs de prévention doivent être repensés dans une logique de partenariat et de collaboration accrue au service de la prévention et de la préservation de la santé en général et de la santé au travail en particulier. La prévention doit être pensée comme un enjeu structurant de santé-sécurité au travail. Pour cela, la médecine du travail doit pouvoir s'appuyer sur le renforcement du colloque singulier entre le médecin du travail et le travailleur (**chapitre 1**) ainsi que sur un redimensionnement systémique de la santé au travail (**chapitre 2**).

¹⁸⁷⁹ Les deux termes sont présents dans le Code : L. 4624-1, L. 4622-2 notamment.

Chapitre 1. Le renforcement du colloque singulier entre le médecin du travail et le travailleur

267. Le médecin du travail, pour mener à bien sa mission préventive, doit disposer d'informations sanitaires et cliniques fiables, comme tout médecin qui, dans l'exercice de son art, doit établir des diagnostics qui ont trait à la préservation de la santé de la personne qui le consulte. Or, la médecine du travail souffre d'un déficit d'information sur la situation réelle de santé des travailleurs. Ceci s'explique en partie par le système actuel qui n'offre pas toutes les garanties, notamment à ces derniers, d'une relation de confiance privilégiée, que nécessite le rapport « normal » entre un médecin et son patient, usager du système de santé. Les carences actuelles qui affectent le colloque singulier entre le médecin du travail et le salarié plaident pour son évolution au profit d'un système qui permettrait à la fois au médecin de bénéficier d'une information plus qualitative et de garantir au salarié, non seulement un suivi préventif réel, mais d'une relation de confiance. En effet, force est de constater que le schéma spécifique de relation triangulaire entre salarié, employeur et médecin, qui existe aujourd'hui en santé au travail, dans lequel le médecin est soit directement salarié de l'employeur (service interne), soit salarié d'un service interentreprises lié à l'entreprise par un contrat d'association, n'est pas de nature à permettre les conditions d'un échange en confiance entre le médecin et le salarié, d'autant que le médecin dispose de « l'arme absolue » qu'est l'inaptitude, permettant, unilatéralement, de mettre un terme au contrat de travail du salarié pour raisons médicales dûment constatées par lui. Si l'on veut que la médecine du travail puisse remplir véritablement son office préventif, une évolution est nécessaire. D'une part, le médecin du travail doit se concentrer exclusivement sur sa mission de prévention et donc abandonner toute mission de contrôle, mission qui pourrait être attribuée à un autre médecin. Ce préalable permettra de rebâtir un colloque singulier de qualité, encadré par les règles de la Santé publique, fondé sur un réel rapport de confiance médecin/travailleur, de nature à assurer cette relation privilégiée. Dans la continuité du retrait du contrôle de l'aptitude et de la constatation de l'inaptitude de la compétence du médecin du travail, il paraît de bon sens de faire du travailleur l'acteur de sa santé. Pour ce faire, il faudrait réformer le dispositif actuel en le fondant sur un principe d'autodétermination du travailleur acteur de sa santé (**section 1**) pour lui laisser la possibilité de choisir librement ce qu'il estime être bon pour lui, en admettant toutefois, dans des hypothèses marginales fondées sur la prise en considération de

la santé et de la sécurité des tiers, l'exception de la décision imposée par un médecin (**section 2**).

268. Un changement de paradigme. Dans le système actuel, le médecin du travail décide seul, par l'aptitude, ce qu'il pense être bon pour le salarié. Non seulement les conséquences sur l'emploi et la santé peuvent être importantes mais, au-delà, ce schéma de médecine paternaliste a montré ses faiblesses en laissant le salarié en dehors des décisions mettant en jeu son propre avenir, ne fût-ce que professionnel. Ce système n'apparaît plus satisfaisant¹⁸⁸⁰. Dès lors, il peut être envisagé soit de confier à l'employeur le soin de décider ce qui est bon pour la santé du travailleur, soit laisser ce dernier décider¹⁸⁸¹. Dans le premier cas, il convient de communiquer à l'employeur toutes informations utiles pour qu'il puisse se livrer à une prise de décision éclairée. Or, cela ne correspond pas au modèle qui est le nôtre qui repose sur le principe de non-discrimination en raison de l'état de santé¹⁸⁸². De surcroît, qui est mieux placé que la personne elle-même pour décider ce qui est bon pour elle ? Ceci étant, si ce schéma était retenu, l'absence de déclaration du travailleur à l'employeur, susceptible d'entraîner une mauvaise appréciation de la part de ce dernier sur la détermination du poste de travail, pourrait aboutir, comme c'est le cas par exemple au Québec, à la remise en question du contrat de travail par le mécanisme de la nullité sur le fondement du dol comme vice du consentement. Or, la Cour de cassation s'est toujours refusée à appliquer tel raisonnement. La seconde possibilité offre de laisser toute latitude au salarié pour autant qu'il ait été informé par une équipe médicale des tenants et des aboutissants de sa situation médicale. Ce principe d'autodétermination du travailleur suppose un niveau exigeant d'information pour lui permettre de prendre, lui-même, une décision parfaitement éclairée, comme c'est le cas dans le cadre de la Loi Kouchner¹⁸⁸³ de 2002 en matière de droit des patients, et celles qui ont suivi¹⁸⁸⁴. Si l'on s'engageait dans cette voie, il faudrait revoir notre système de santé au travail. L'intérêt est d'avoir un suivi de santé de meilleure qualité qui puisse s'appuyer sur une source complète d'informations sur l'état de santé du travailleur (en envisageant éventuellement l'accès au dossier médical partagé¹⁸⁸⁵), sur les conditions de

¹⁸⁸⁰ S. Fantoni-Quinton, G. Leclercq, P.-Y. Verkindt et P. Frimat, Un avenir pour la santé au travail sans « aptitude périodique » est possible, *JCP S* 2011, n° 48, pp. 10-14.

¹⁸⁸¹ A. Laude, Le patient entre responsabilité et responsabilisation, *Les Tribunes de la santé*, 2013/4, n° 41, p. 79.

¹⁸⁸² C. travail, art. L. 1132-1.

¹⁸⁸³ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 ; A. Laude, dir. « La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », *L.P.A.*, n° 122 (numéro spécial), 19 juin 2002, 104 p.

¹⁸⁸⁴ La loi du 11 Février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » et la loi du 21 juillet 2009 dite loi HPST.

¹⁸⁸⁵ Recommandation n° 7, Rapport Dellacherie, Frmat, Leclercq, 2010, p. 29.

travail et sur le vécu du travailleur, permettant ainsi de faire le lien entre l'individuel et le collectif. Cette médecine serait davantage personnalisée et tiendrait davantage compte des caractéristiques de la personne et des conditions de travail dans l'entreprise¹⁸⁸⁶. Le pendant immédiat de cette proposition est l'abandon total de toute considération relative à un quelconque contrôle contraignant de l'(in)aptitude. La question est de savoir, en médecine du travail, si l'adoption de ces règles de droit commun, principalement fondées sur la loi Kouchner¹⁸⁸⁷ et sa philosophie de l'autodétermination de la personne vis-à-vis de sa santé, sont souhaitables, pertinentes et compatibles avec l'objectif de préservation de la santé des travailleurs, ou si l'on considère que le champ du travail nécessite une protection particulière du fait des spécificités en jeu – droit et santé – dont le paternalisme médical¹⁸⁸⁸ constitue une garantie en adoptant ainsi des règles d'exception. Pour permettre l'efficacité de cette médecine, il faudrait mettre en œuvre les principes du Code de la Santé publique, règles auxquelles on pourrait prévoir des exceptions, encadrées et marginales, fondées sur la nature du poste de travail considéré, et les risques induits sur la santé et la sécurité des tiers. Il faut en effet trouver l'équilibre entre le libre choix du salarié d'exercer un emploi présentant potentiellement des risques pour sa propre santé-sécurité et l'incompatibilité manifeste entre l'emploi et la situation de santé du salarié considéré pouvant avoir pour conséquence sa mise en danger. La question est alors de déterminer comment opérer cet arbitrage délicat entre deux situations possibles, l'une ayant pour principe l'autodétermination du salarié et l'autre conservant, résiduellement, une forme de paternalisme médical¹⁸⁸⁹, fondée sur une approche sécuritaire et mise en œuvre par une médecine de contrôle. Or, par l'effet de la Loi Travail notamment privilégiant le suivi médical des salariés occupant des postes à risques, les médecins du travail voient de moins en moins de salariés. Dans la plupart des situations, le salarié ne voit plus le médecin du travail¹⁸⁹⁰ mais l'infirmier en santé au travail. Comment dès lors établir une relation de confiance ? Juridiquement et médicalement, il paraît pertinent d'envisager le principe de l'autodétermination qui suppose que le travailleur soit acteur de sa propre santé (**paragraphe 1**) et que le médecin du travail puisse conseiller le travailleur dans le cadre d'une relation de confiance renforcée (**paragraphe 2**).

¹⁸⁸⁶ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.*, 2013, n° 12, pp. 1023-1030.

¹⁸⁸⁷ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

¹⁸⁸⁸ Legros, Le paternalisme médical en droit français. Entre maintien et transformation, in *Mélanges en l'honneur de Jean-Marie Clément*, LEH, 2014, p. 173.

¹⁸⁸⁹ FRAGKOU (Roxani), « Entre paternalisme médical et autonomie absolue, une autonomie du patient à géométrie variable », *RGDM*, n° 42, 2012, p. 167-212.

¹⁸⁹⁰ C. trav., art. L. 4624-1.

Paragraphe 1 : Le travailleur acteur de sa propre santé

269. La fin du paternalisme médical ? Une conception de la médecine du travail, paternaliste et fondée sur une approche classique, s'intéresse aux facteurs de risques avec l'objectif d'en préserver le travailleur malgré lui, considéré comme un sujet passif soumis à l'avis impératif du médecin du travail. Une autre conception de la médecine du travail peut être centrée à la fois sur la clinique médicale du travail – qui considère le travailleur comme un sujet en relation avec son environnement de travail –, et sur une dimension individuelle tenant compte des efforts face aux sollicitations de son environnement qui peuvent être de nature à générer des risques pour sa santé et sa sécurité. Une fois les causes établies, cette seconde conception permet la production de réponses actives formulées par un salarié devenu acteur de sa propre santé. C'est la transition de l'une vers l'autre de ces approches qu'il convient d'opérer. Bien que le reclassement ne concerne pas directement la santé du travailleur, bien qu'il soit une conséquence néanmoins de cet état puisque consécutif à une inaptitude au poste, il est intéressant d'indiquer ici le revirement de jurisprudence opéré par la Cour de cassation¹⁸⁹¹ qui considère désormais que l'employeur, pour les propositions de reclassement, peut tenir compte de la position du salarié, ceci n'entachant pas le caractère sérieux de sa recherche de reclassement¹⁸⁹². Par cette décision, le salarié est davantage acteur de sa vie au travail. Par ailleurs, la possibilité pour le salarié de solliciter le médecin du travail lorsqu'il anticipe un risque d'inaptitude s'inscrit également dans l'initiative que peut prendre un salarié pour la préservation de sa santé. Cette disposition s'inscrit dans le sillage du principe communautaire de participation énoncé dans le préambule de la directive-cadre communautaire du 12 juin 1989¹⁸⁹³, faisant du salarié, même sur le point d'être déclaré inapte, un acteur de sa santé au travail. En santé au travail, le paternalisme médical s'illustre par le

¹⁸⁹¹ Cass. soc., 23 nov. 2016, n° 14-26.398, M. G. c/ SNC Lidl : « il appartient à l'employeur, qui peut tenir compte de la position prise par le salarié déclaré inapte, de justifier qu'il n'a pu, au besoin par la mise en oeuvre de mesures telles que mutations, transformations de poste de travail ou aménagement du temps de travail, le reclasser dans un emploi approprié à ses capacités au terme d'une recherche sérieuse, effectuée au sein de l'entreprise et des entreprises dont l'organisation, les activités ou le lieu d'exploitation permettent, en raison des relations qui existent entre elles, d'y effectuer la permutation de tout ou partie du personnel » ; M. Babin, Reclassement du salarié inapte : l'employeur peut tenir compte de la position du salarié, *JCP S*, n° 1, 10 janvier 2017, 1004.

¹⁸⁹² Jusqu'alors, la Cour de cassation adoptait la position constante selon laquelle « l'employeur, quelle que soit la position prise par le salarié, doit justifier de l'impossibilité de reclassement, le cas échéant au sein du groupe auquel il appartient 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 ».

¹⁸⁹³ Directive du Conseil n° 89/391/CEE du 12 juin 1989 concernant la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, JOCE, 29 juin 1989, n° L 183/1.

pouvoir contraignant du médecin du travail vis-à-vis du salarié (et de l'employeur également mais là n'est pas le propos), de sorte que le salarié n'a d'autre choix que de se voir imposer la décision médicale. Or, selon René Descartes, « la volonté est tellement libre de sa nature qu'elle ne peut jamais être contrainte »¹⁸⁹⁴. La contrainte médicale suffit-elle à obtenir des résultats probants en termes d'efficacité dans la prise en charge ? A l'évidence, non, parce que la réussite du colloque singulier repose sur la confiance, la qualité des échanges, du conseil et non sur la contrainte qui peut toujours être contournée par le silence, la mauvaise foi, le mensonge. C'est la principale problématique qui a, en partie, pour conséquence le dysfonctionnement de cette spécialité médicale. L'avènement du consentement éclairé, par la fin de l'avis d'aptitude/inaptitude contraignant, devrait engendrer une relation de suivi plus que de surveillance (**A**), devrait permettre une meilleure évaluation des risques et un rapport plus efficient, une relation choisie et engageante entre le médecin du travail et le salarié (**B**).

¹⁸⁹⁴ *Les passions de l'âme*, R. Descartes, éd. 1649, art. 41.

A. Une relation de suivi, plus que de surveillance

270. De la surveillance médicale au suivi de santé. Aujourd'hui, deux types de postes existent. Il s'agit des postes présentant des risques particuliers¹⁸⁹⁵, soumis à un contrôle de l'aptitude, et les autres que l'on peut qualifier de droit commun¹⁸⁹⁶ faisant l'objet d'un suivi adapté et ciblé¹⁸⁹⁷. Nous nous proposons de préférer le suivi concentré sur la prévention primaire plutôt qu'un suivi au sens réel de surveillance avec la pratique du contrôle de l'aptitude¹⁸⁹⁸. Ainsi, la surveillance de l'aptitude doit être strictement limitée aux postes présentant des risques particuliers pour la santé ou la sécurité des tiers uniquement. Pour ces postes, le contrôle de l'aptitude devrait faire l'objet d'une surveillance étroite assurée par une médecine de contrôle et plus par la médecine du travail préventive. Seuls ces postes justifient un tel traitement. Dans ces situations, un autre médecin que le médecin du travail serait compétent pour se prononcer sur la compatibilité entre la santé et le poste de travail considéré. En effet, on ne peut pas dans une même phrase affirmer la dimension exclusivement préventive de la médecine du travail et mettre l'accent sur l'aspect sécuritaire¹⁸⁹⁹. C'est cette ambiguïté native qui est contestable. Au regard du caractère marginal de cette disposition, le coût supplémentaire serait très limité. Par ailleurs, les autres postes présentant des risques particuliers, mais non pour les tiers, devraient faire l'objet d'un suivi renforcé assuré par le médecin du travail mais déconnecté de la notion d'aptitude contraignante, la préférant à un avis informatif de non contre-indication ou de contre-indication pour assurer une véritable prévention primaire. Conforme au droit européen, « la suppression de l'aptitude pourrait être le vecteur d'un système de santé au travail renouvelé dans ses fonctions et son efficacité sans pour cela modifier les lignes actuelles de la responsabilité des différents acteurs de l'entreprise »¹⁹⁰⁰, condition *sine qua non* pour un schéma préventif vertueux. Plaider pour la fin de l'aptitude-sanction revient à redonner au salarié la parole sur les conséquences de son travail sur sa santé, de devenir acteur de sa propre santé. Cela suppose qu'il soit parfaitement

¹⁸⁹⁵ C. trav., art. L. 4624-2.

¹⁸⁹⁶ C. trav., art. L. 4624-1.

¹⁸⁹⁷ C. Czuba, P. Frimat, Vers un nouveau suivi individuel en santé au travail plus adapté et ciblé, *Dr. ouvr.*, févr. 2017, n° 823, pp. 97-102.

¹⁸⁹⁸ Proposition du Rapport Frimat : substituer à la surveillance médicale renforcée une prestation renforcée de santé au travail à visée préventive (pp. 67-68).

¹⁸⁹⁹ C. trav., art. L. 4622-3.

¹⁹⁰⁰ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013, p. 1023.

informé pour prendre une décision parfaitement éclairée. Dans ces conditions, la liberté du travailleur (1) doit être par principe recherchée et la fin de l'aptitude-sanction décidée (2).

1. La liberté de décision du travailleur

271. Privilégier le choix à la contrainte. Aujourd'hui, le seul choix dont dispose le salarié est de pouvoir refuser une proposition de reclassement¹⁹⁰¹ faite par l'employeur dans le cadre d'une procédure d'inaptitude. Sa seule option, très relative, est donc, souvent, la perte d'emploi. Ce refus n'est pas sans conséquence car il fait peser, outre la menace du licenciement, la perte d'indemnités¹⁹⁰² lorsqu'il est considéré comme abusif¹⁹⁰³. Pour que le travailleur soit acteur de sa santé, il faut remettre en question le pouvoir contraignant du médecin du travail en ne lui permettant plus d'exercer unilatéralement sa décision d'aptitude ou d'inaptitude. « Préférer la promotion de la santé à l'injonction »¹⁹⁰⁴. En effet, plutôt que de contraindre, le médecin du travail pourrait alors concentrer son énergie à préserver la liberté de choix¹⁹⁰⁵ du travailleur par un examen clinique de qualité doublé d'une connaissance approfondie de l'état de santé du travailleur qui n'est possible qu'en confiance. Eclairé par le conseil du médecin du travail, le travailleur doit pouvoir conserver sa liberté de décision, conformément à l'esprit de la loi Kouchner de 2002¹⁹⁰⁶ qui a consacré le principe du respect de la volonté du malade¹⁹⁰⁷. « Le fondement philosophique des actes médicaux résulte du droit de chacun à être traité dans le système de soins en citoyen libre, adulte et responsable »¹⁹⁰⁸. Outre l'article R. 4127-100 du Code de la Santé publique qui dispose qu'« un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention », l'article L. 1111-4 du Code de la Santé publique est sans équivoque : « 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. »¹⁹⁰⁹ De plus, « le médecin a l'obligation de

¹⁹⁰¹ C. trav., art. L. 1226-2-1 ; L. 1226-12.

¹⁹⁰² C. trav., art. L. 1226-14.

¹⁹⁰³ Cass. soc., 22 juin 2017, n° 16-16.977 : le seul fait pour le salarié de ne pas indiquer à l'employeur les motifs du refus de postes de reclassement estimés conformes à l'avis du médecin du travail ne caractérise pas à lui seul le caractère abusif de ce refus.

¹⁹⁰⁴ Rapport IGAS, 2003, p. 286.

¹⁹⁰⁵ A. Garay, « Volontés et libertés dans la relation médecin-malade : la mise à l'épreuve des articles 16-3 du Code civil et L. 1111-4 du Code de la santé publique », *RGDM*, n° 10, 2003, p. 143-166.

¹⁹⁰⁶ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

¹⁹⁰⁷ C. santé pub., art. L. 1111-4.

¹⁹⁰⁸ Conseil économique et social, avis et rapport du 16 juin 1996, n° 16 (194 p.).

¹⁹⁰⁹ C. trav., art. L. 1111-4, al. 1.

respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. »¹⁹¹⁰ Appliquée en santé au travail, cette disposition impose au médecin du travail d'échanger avec le salarié et de s'en tenir à la volonté de ce dernier, là où le dispositif actuel d'(in)aptitude conduit à une décision impérative. Or, dans neuf cas sur dix, une inaptitude aboutit à un licenciement, avec des répercussions sociales qui peuvent être graves. Seules des conséquences graves pour la santé et la sécurité des tiers pourraient autoriser à imposer un avis au travailleur. Si un risque est identifié, se pose la question de contre-indiquer ou non le poste de travail considéré. *A contrario*, si aucun risque n'est identifié, rien n'assure qu'un risque ne survienne. Ce type de certificat est donc très difficile à réaliser car il sous-tend une logique de prédictibilité que ne peut pleinement la médecine. Par ailleurs, la question du consentement éclairé dans un contexte de travail, c'est-à-dire dans le cadre d'un lien de subordination, pose question. Quel consentement ? Celui de perdre son emploi, d'accepter de mettre en péril sa santé ? Ce système manque de cohérence et pose en réalité plus de difficultés qu'il ne résout réellement de problèmes.

272. Deux écoles. Soit on considère que le droit de la santé au travail a ceci de particulier qu'il évolue dans un environnement juridique contraint au regard de la relation juridique qui lie le salarié à l'employeur et le médecin à l'employeur ainsi qu'en raison de la fragilité sociale du salarié, l'empêchant de prendre la meilleure décision pour sa santé en totale autonomie. Alors, on laisse au médecin du travail une large capacité d'agir et de décider pour le salarié et on reste sur un paternalisme médical exacerbé. Soit, au contraire, on applique les principes de la Santé publique et on laisse le salarié décider, pour autant qu'il ait été parfaitement informé par le médecin du travail. Dans cette hypothèse, on prend le risque de laisser le salarié sacrifier sa santé pour son travail. On entrevoit bien les difficultés d'une telle solution. En tout état de cause, il convient de renforcer les liens entre médecin et salarié pour que la qualité des informations délivrées mutuellement soit de meilleure qualité. Pour cela, il ne faut pas que le médecin puisse prendre de décision contre la volonté du salarié. Sur le plan individuel, le suivi de santé serait toujours prescrit par le médecin du travail. Sur un plan collectif, le médecin serait mieux disposé pour exercer ses missions d'alerte et de prévention à la fois en matière de conditions de travail et de collecte d'indicateurs de santé

¹⁹¹⁰ C. trav., art. L. 1111-4, al. 3.

dans une dimension renouvelée de santé publique. Le suivi de santé serait davantage fonction des risques professionnels préalablement repérés et des vulnérabilités du salarié, ce qui renforcerait le rôle d'expert de la relation santé-travail du médecin du travail. Le salarié serait toujours obligé de se rendre aux visites médicales et de se soumettre au suivi de santé compte-tenu de l'obligation de sécurité qui lui incombe¹⁹¹¹. En revanche, aucune décision ne pourrait lui être imposée par le médecin du travail, en dehors des affectations à des postes présentant des risques graves pour la santé et la sécurité des tiers¹⁹¹², contrôlées par un autre médecin que le médecin du travail. Après que le médecin du travail aura informé précisément le salarié sur les risques professionnels et la compatibilité subséquente entre son état de santé et ses conditions de travail, il reviendrait au salarié de décider en pleine connaissance de cause s'il veut ou non continuer de travailler, s'il accepte que le médecin du travail fasse des propositions à son employeur, voire qu'il émette un avis d'inaptitude, validé par le travailleur, pour préserver sa santé. Un niveau exigeant d'information doit favoriser la manifestation de la volonté donnée librement, en connaissance de cause, éclairée, rationnelle, raisonnée. « L'acte de soin est, par essence, un acte relationnel marqué par l'échange des savoirs, ceux des professionnels, et l'information transmise par les malades »¹⁹¹³. Il faut noter que l'article R. 4624-30 du Code du travail prévoit que le salarié puisse s'opposer à ce que le médecin du travail informe l'employeur de ses recommandations à l'issue de la visite médicale, tandis que l'employeur doit obligatoirement prendre en compte ses préconisations.

273. Levée du pouvoir de contrainte du médecin du travail. La volonté du travailleur en matière de santé au travail, pour s'exercer de manière éclairée, libre, et surtout en confiance grâce à l'appui expert du médecin du travail, suppose que ce dernier n'ait pas de pouvoir de contrainte. Or, la notion d'aptitude-sanction vise l'acte par lequel un médecin vient entériner l'absence d'inadéquation ou d'incompatibilité entre l'état de santé du salarié et le poste auquel son contrat de travail prévoit de l'affecter. Il donne une sorte de caution médicale établissant l'absence manifeste de risque pour la santé du salarié. L'avis médical a ici un effet contraignant. Or, la contrainte n'est pas le meilleur moyen de susciter la confiance, d'établir un contact privilégié. L'aptitude-sanction traduit la possibilité pour le médecin du travail de délivrer un avis contraignant le salarié à ne pas pouvoir travailler. L'on comprend bien qu'en pareille circonstance, si le salarié veut travailler alors il ne sera pas très disant avec

¹⁹¹¹ C. trav., art. L. 4122-1.

¹⁹¹² V. Section 2, § 1.

¹⁹¹³ A. Garay, « Volontés et libertés dans la relation médecin-malade : la mise à l'épreuve des articles 16-3 du Code civil et L. 1111-4 du Code de la santé publique », *RGDM*, n° 10, 2003, p. 143-166 ; S. Porchy, *Volonté du malade et responsabilité du médecin*, thèse, univ. Lyon-III, 1996, pp. 46-50.

le médecin. Ceci est évidemment contraire à cette quête de la préservation de la santé axée sur une information de qualité obtenue par le médecin grâce à la relation de confiance qu'il aura pu nouer avec le salarié. L'idée est de revenir au droit commun du Code de la Santé publique, tout en tenant compte des spécificités de la personne au travail qui évolue dans un environnement présentant parfois des risques pour lui comme pour les tiers et dont les règles et usages appellent des dispositions particulières pour tenir compte de la réalité juridique du travailleur. Il faut alors avoir une approche objective en fonction de la classification du poste concerné. Si l'on observe une approche subjective, c'est-à-dire différenciée en fonction de l'état de santé du salarié, deux problèmes émergent : tout d'abord, le Code de santé publique ne permet pas de lever le verrou du secret médical de manière absolue et automatique. En effet, selon l'article L. 1110-4 du Code de la Santé publique, toute personne prise en charge par un professionnel de santé a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation¹⁹¹⁴ expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations relatives à la personne qui seraient venues à la connaissance du médecin. Même dans l'hypothèse dans laquelle le secret médical pourrait être levé, il n'y aurait pas de certitude absolue, le salarié pouvant ne pas réserver la pleine et entière vérité au médecin et préférer le silence, voire le mensonge. Il semblerait préférable d'établir une classification qui autorise de prendre toutes les garanties pour les postes présentant des risques graves pour la santé et la sécurité des tiers. Pour les postes présentant des risques particuliers, mais aussi pour l'ensemble des postes sans risque particulier, un suivi personnalisé des salariés qui conserveraient leur autodétermination pourrait suffire. Par ailleurs, pour ces derniers postes de travail pour lesquels une simple visite d'information et de prévention est prévue par la Loi Travail¹⁹¹⁵, des interrogations existent quant à la démedicalisation du suivi des salariés qui les occupent, l'intervention du médecin du travail étant soumise notamment à l'appréciation de l'infirmier en santé au travail¹⁹¹⁶. Pour la pérennisation du suivi de santé individualisé, il faut, en premier lieu, garantir le passage du salarié devant le médecin pour laisser une chance au rapport de confiance de s'établir. Ensuite, les contours doivent évoluer, notamment en garantissant un meilleur accès à toutes informations utiles pour le médecin du travail (favoriser l'accès aux données de santé du travailleur-usager du système de santé, aux données relatives aux expositions, aux risques liés aux conditions de travail...) pour permettre à ce dernier d'être en capacité de prodiguer des

¹⁹¹⁴ C. pén., art. 226-13 et 226-14 ; C. Manaouil, Les dérogations au secret médical, thèse, univ. Amiens, 2008.

¹⁹¹⁵ C. trav., art. L. 4624-1.

¹⁹¹⁶ C. trav., art. L. 4624-1.

conseils de qualité, de prescrire le contenu et la périodicité de ce suivi en fonction des risques professionnels identifiés et des vulnérabilités du salarié¹⁹¹⁷ et de coordonner le plus efficacement possible l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail¹⁹¹⁸. De plus, l'entreprise n'a pas vocation à se substituer à la solidarité nationale. En cas d'incompatibilité entre l'état de santé et le poste de travail, il faut prendre garde de ne pas systématiquement opposer le principe de non-discrimination à l'employeur. Ce dernier, en recherche de main-d'œuvre suite à un besoin identifié, rédige une offre d'emploi. Si le candidat à l'emploi n'a pas les capacités requises (professionnelles, physiques, mentales), alors le contrat de travail ne peut être réputé valablement formé. Dans la négative, on fait porter au chef d'entreprise une responsabilité¹⁹¹⁹ qui n'est pas la sienne. L'exemple du Québec est source d'enseignements à cet égard¹⁹²⁰. Il faudrait ainsi prévoir un cas de nullité du contrat. La nullité pourrait s'envisager, même si la jurisprudence s'y est toujours refusée arguant du principe de non-discrimination, dans le cas où il serait médicalement constaté que la situation de santé était incompatible au jour de la formation du contrat avec le poste de travail envisagé. Cet état de fait répond à la définition de la nullité, qui est la sanction de l'invalidité d'un acte juridique résultant de l'absence d'un élément indispensable à sa formation. Dans cette hypothèse, les juges ont préféré, non sans contorsion juridique, l'hypothèse de la rupture du contrat pour inaptitude par le licenciement.

274. Information et consentement « libre et éclairé ». Selon l'article R. 4127-35 du Code de la Santé publique, le patient doit formuler son consentement après avoir reçu, de la part du médecin, une information claire, compréhensible, adaptée à ses capacités de comprendre la nature des actes et prescriptions proposés, leur intérêt pour sa santé et les conséquences néfastes en cas de refus. Le consentement ne représente pas tant une fin en soi que la marque d'une bonne compréhension de l'information et d'une relation de qualité avec l'utilisateur du système de santé. Le médecin doit l'aider à donner son consentement sans lui donner le sentiment de l'abandonner à lui-même, face à une décision qui peut le dépasser. Il doit s'efforcer de le convaincre en lui apportant à nouveau toutes les précisions nécessaires, en s'assurant qu'elles soient correctement comprises. Il peut être indiqué parfois, en cas de refus du patient, de lui faire consigner ce refus par écrit, ne serait-ce que pour lui signifier d'une autre manière la gravité de sa décision. Un tel document qui doit figurer au dossier ne décharge pas le médecin de ses responsabilités mais peut attester que le patient a bien été

¹⁹¹⁷ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013. 1023.

¹⁹¹⁸ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013. 1023.

¹⁹¹⁹ G. Vachet, Quelle responsabilité patronale pour quels préjudices en matière de risques professionnels, *Dr. soc.*, nov. 2017, n° 11, pp. 923-928.

¹⁹²⁰ Cf Partie 1.

informé.¹⁹²¹ « Pour qu'il y ait véritable consentement, il faut qu'existe une compréhension parfaite de ce à quoi l'on consent. »¹⁹²² « La relation médecin-malade est la rencontre d'une confiance et d'une conscience »¹⁹²³. Le consentement peut être retiré à tout moment. La confiance demeure au cœur de la relation médecin-malade mais elle n'est plus aveugle. « Le soignant doit s'adapter à chaque patient, il doit gagner sa confiance dans une relation fiable, authentique, à juste distance, pour construire une relation thérapeutique pertinente. »¹⁹²⁴ Cette relation de confiance réciproque a besoin d'être renforcée par la déconstruction progressive de la dissymétrie constitutive de la relation médecin-usager du système de santé dans sa représentation et entretenue dans l'intérêt partagé du médecin et, en l'occurrence, du travailleur suivi. Certes, le médecin aura toujours une meilleure connaissance médicale que l'utilisateur, mais c'est à ce dernier qu'il revient de décider, parce qu'une bonne décision ne se prend pas uniquement sur des considérations médicales strictes. De plus, la fin du monopole du médecin du travail fragilise à l'évidence non seulement le colloque singulier mais également la qualité du suivi. Le rôle de filtre devrait être assuré, dans l'idéal, par un médecin. Avec la naissance du consentement éclairé, on a vu se développer le devoir d'information des médecins. Il ne peut pas y avoir de consentement sans information. Par conséquent, le praticien s'est vu obligé de délivrer une information claire, loyale et appropriée. L'article 35 du Code de déontologie médicale rappelle au médecin qu'« il doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il propose ».

2. Des contre-indications, plus que des interdictions

275. La fin de l'aptitude-sanction. L'avis d'(in)aptitude contraignant n'ayant fait la preuve indiscutable de son utilité¹⁹²⁵, il convient de le renvoyer à sa nature d'avis. En effet, le

¹⁹²¹ Conseil national de l'Ordre des médecins, commentaire de l'article 36 du Code de déontologie ; https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-36-consentement-du-malade-260#_ftn1

¹⁹²² CNOM, Rapport, L'information du patient, son importance, ses conséquences, droits et devoirs de chacun, Rapporteur Dr Bernard Decanter, 8 septembre 2012.

¹⁹²³ Louis PORTES, 1950.

¹⁹²⁴ CNOM, Rapport, L'information du patient, son importance, ses conséquences, droits et devoirs de chacun, Rapporteur Dr Bernard Decanter, 8 septembre 2012, p. 16.

¹⁹²⁵ S. Fantoni-Quinton, G. Leclercq, P.-Y. Verkindt et P. Frimat, Un avenir pour la santé au travail sans « aptitude périodique » est possible, *JCP S* 2011, n° 48, pp. 10-14 ; H. Gosselin, Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives, rapport pour le ministre délégué à l'Emploi, au Travail et à l'Insertion professionnelle des jeunes, janv. 2007, p. 85 ; C. Aubin, R. Pélissier, P. de Saintignon, J. Veyret, F. Conso et P.

médecin du travail est d'abord un médecin de prévention et un conseiller, plus qu'un médecin de contrôle. Par conséquent, l'aptitude-prévention devrait supplanter l'aptitude-sanction. Le médecin du travail devrait se prononcer, pour les postes non susceptibles de générer des risques pour la santé et la sécurité des tiers, de manière purement informative et non coercitive en contre-indiquant ou en non contre-indiquant, au salarié, dans le cadre de son devoir d'information et de conseil en qualité de médecin, l'affectation à son poste de travail. Mais peut-on laisser l'autodétermination totale ? Se pose alors la question récurrente du salarié qui s'abîme progressivement au travail, de la balance santé-travail. Le risque, au regard du contexte socio-économique de chômage de masse, est celui du sacrifice de la santé sur l'autel de l'emploi. Inquiet de perdre son travail, de ses conséquences et de ne pas en retrouver un, surtout dans une zone territoriale sinistrée, le travailleur pourra être tenté de ne pas prêter l'attention nécessaire à la dégradation de sa santé au profit de la préservation de son emploi et de son employabilité en dissimulant ses difficultés. Devant cette situation, soit on reconnaît au médecin du travail la possibilité d'écarter le travailleur de son poste de travail, par l'inaptitude, en maintenant le système actuel, mais on s'expose au risque important que le salarié taise ses difficultés et que, par conséquent, la médecine du travail ne soit même pas saisie, du moins suffisamment tôt, avec les conséquences délétères en termes de prévention ; soit on favorise le rôle de conseil et d'accompagnement du médecin pour qu'une réelle relation de confiance puisse se créer et que le conseil médical soit le plus avisé et aboutisse à des actes de prévention nécessaires et efficaces pouvant ainsi être mis en œuvre au plus tôt, ou des conseils d'aménagement de poste, voire des conseils de changement de poste par un « reclassement » revisité. Dans cette seconde hypothèse, la sortie du dispositif de l'inaptitude, telle que nous la connaissons, c'est-à-dire entre les mains du médecin du travail et unilatéralement décidée par ce dernier, est une nécessité. C'est la seule condition pour pouvoir permettre l'autodétermination du salarié tout en favorisant le rôle de conseil et d'accompagnement du médecin du travail au service de la préservation de la santé des travailleurs. En outre, le recours à l'indemnisation semble être de nature à parfaire le dispositif en permettant de protéger le travailleur contre un entêtement à poursuivre un travail dégradant sa santé. D'une manière ou d'une autre, la collectivité aussi sera « *bénéficiaire* » d'une politique de prévention renforcée et plus efficace. En effet, si le travailleur ne connaît pas de complications relatives à sa santé ou si ces dernières peuvent être minorées, ce sont

autant de coûts évités à l'assurance maladie notamment. Certes, c'est la branche ATMP qui est censée prendre en charge les accidents du travail et maladies professionnelles mais on sait bien que, autant le travail peut être sanitaire salvateur, autant il peut se révéler très pathogène. Par conséquent, la rationalité nous pousse à envisager cette question de l'indemnisation parce qu'il faut prévoir un « *parachute* » pour le salarié et une solution de sortie digne. Ce dernier, s'il arbitre entre sa santé et son emploi pour subvenir aux besoins de sa famille ou autres, arbitrera de manière négative, c'est-à-dire par défaut. Si on l'informe que son état de santé décline gravement ou qu'il risque de décliner (toute la question sera dans le positionnement du curseur préventif ; à cet égard, toutes les discussions relatives aux critères de pénibilité sont instructives), il faudrait envisager de lui proposer de l'écarter de son travail et de l'indemniser. La question qui se pose alors est celle de lui permettre de retrouver un emploi, tant qu'il en est capable, et malgré l'indemnisation. Un accompagnement particulier, y compris de formation, pourrait être mis en place pour tendre vers cet objectif. Soit il retrouve un travail, on peut prévoir d'enlever totalement l'indemnisation ou de la réduire pour pousser le salarié à travailler, soit il ne retrouve pas et à ce moment-là on continue de l'indemniser. Le risque est que l'indemnisation est un effet démobilisateur. C'est ce qui peut se passer avec le régime de l'invalidité. Faut-il encore que l'état de santé soit « suffisamment » altérée (la règle prévoit les deux tiers d'incapacité). Il y a un régime de prise en charge (*parachute*) dont est soucieux d'ailleurs le médecin du travail qui conclut à une inaptitude. Mais ce n'est pas une garantie absolue parce que ce n'est pas obligatoirement prévu. C'est donc très insécurisant sur le plan juridique pour les employeurs. En effet, si le salarié voit son état de santé s'aggraver, en connaissance de cause, l'incapacité permanente partielle sera d'autant imputée à l'employeur, surtout s'il y a des séquelles graves. Le réflexe actuel des employeurs est donc de se séparer du salarié malade ou affaibli dès le début de la pathologie en raison de cette logique d'indemnisation. Pour résumer, pour les postes de droit commun, le travailleur doit bénéficier du principe de l'autodétermination avec un accompagnement du médecin du travail pour le conseiller. Pour les postes présentant des risques particulièrement graves pour la santé et la sécurité des tiers, le passage devant un médecin de contrôle, qui pourrait être le médecin-conseil de la Sécurité sociale ou un médecin agréé, doit être requis avec accès à toutes informations utiles et un accompagnement privilégié par le médecin du travail en parallèle. « La logique serait donc de s'en tenir à une conception de l'inaptitude comme moyen de protection imposant le consentement du salarié et donc non opposable à celui-ci ; l'activité des médecins du travail serait alors clairement

centrée sur l'aménagement des postes et l'accompagnement clinique des trajectoires professionnelles ». (...) Elle marquerait enfin l'émancipation par rapport aux traditions refoulées qui hantent l'inconscient de la médecine du travail. »¹⁹²⁶

B. Une relation choisie et engageante

276. Le salarié, acteur de sa santé au travail¹⁹²⁷, donc un rôle à jouer et des responsabilités à assumer. Correctement informé, il s'autodétermine tant pour l'aptitude que pour l'inaptitude. Si un accident du travail¹⁹²⁸ survient, le caractère forfaitaire et automatique de la réparation¹⁹²⁹ ne doit pas forcément être remis en cause. L'article L. 4121-1 prévoit que les dispositions relatives aux obligations du travailleur sont sans incidence sur le principe de responsabilité de l'employeur¹⁹³⁰. En revanche, la responsabilité supplémentaire que représente la faute inexcusable¹⁹³¹ est un levier juridique à questionner. C'est le compromis dans le dispositif. Ainsi, si le travailleur fait valoir son autodétermination, il ne peut, dans le même temps, mettre en cause l'employeur par le biais d'une faute inexcusable si lui-même avait la connaissance d'une fragilisation de son état de santé de nature à avoir un effet sur sa santé ou sa sécurité dans le cadre de l'affectation à son poste de travail ou au regard de ses conditions de travail¹⁹³². On ne peut en effet jouer sur les deux aspects : être libre du choix de son autodétermination et ensuite engager une action en responsabilité pour faute inexcusable à l'encontre de l'employeur¹⁹³³. Ce ne serait pas cohérent. L'autodétermination supposant une relation privilégiée entre médecin et usager du système de santé, il est logique qu'émerge la

¹⁹²⁶ P. Davezies, L'aptitude médicale dans le système français de santé au travail : origine, interrogations et débats, *Médecine du travail & ergonomie*, Volume XLIV, 2007, 73-82.

¹⁹²⁷ Voir C. Radé, « L'obligation de sécurité du salarié », *Dr. ouvr.*, 2012, p. 578.

¹⁹²⁸ G. Aubin, La loi du 9 avril 1898, rupture ou continuité, *Dr. soc.*, juin 2015, n° 6, pp. 551-553.

¹⁹²⁹ G. Vachet, Quelle responsabilité patronale pour quels préjudices en matière de risques professionnels, *Dr. soc.*, nov. 2017, n° 11, pp. 923-928 ; C. Radé, Préjudices et indemnisation : à la croisée des disciplines (Heurs et malheurs du principe de réparation intégrale en droit du travail), *Dr. ouvr.*, août 2008, n° 805, pp. 441-449 ; D. Tabuteau, Vers une réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles, *Dr. soc.*, mars 2001, n° 3, pp. 304-307.

¹⁹³⁰ Cass. soc., 10 févr. 2016, n° 14-24.350, P : *D. actualité*, 26 févr. 2016, obs. Cortot ; D. 2016. Actu. 432 ; D. 2016 Pan. 814, obs. Lokiec ; *RDT* 2016. 425, obs. Véricel ; *RJS* 4/2016, n° 254, *SSL* 2016, n° 1717, obs. Tissandier ; *Gaz. Pal.* 2016. 66, obs. Bugada ; *JCP S* 2016. 1128, obs. D. Asquinazi-Bailleux.

¹⁹³¹ D. Asquinazi-Bailleux, Quid de l'action récursoire de la caisse l'employeur en cas de faute inexcusable ?, *JCP S*, mars 2018, n° 12, pp. 39-41 ; G. Vachet, Quelle responsabilité patronale pour quels préjudices en matière de risques professionnels, *Dr. soc.*, nov. 2017, n° 11, pp. 923-928 ; C. Willmann, Faute inexcusable : comment un employeur peut tenter d'échapper à la qualification, *Lexbase hebdo*, éd. Soc., mai 2016, n° 655.

¹⁹³² Cass. soc., 10 févr. 2016, n° 14-24.350 : D. Asquinazi-Bailleux, Obligation de sécurité du salarié et étendue de la responsabilité de l'employeur, *JCP E*, mai 2016, n° 20, pp. 54-55.

¹⁹³³ G. Vachet, Quelle responsabilité patronale pour quels préjudices en matière de risques professionnels, *Dr. soc.*, nov. 2017, n° 11, pp. 923-928.

tentation du libre choix du médecin du travail (1). En tout état de cause, il est important de mettre en exergue les obligations des parties : le devoir de loyauté du travailleur et l'obligation d'information du médecin (2).

1. Le libre choix du médecin du travail

277. Un principe non réaliste. Consacré par la réforme hospitalière du 31 juillet 1991¹⁹³⁴, ce principe fondamental de la législation sanitaire¹⁹³⁵, et pivot de la démocratie sanitaire¹⁹³⁶ – qui repose sur les principes de droit à l'information, d'accès au dossier médical, de représentation des usagers dans les différentes instances du système de santé –, a été réaffirmé par le législateur en 2002¹⁹³⁷. La question de son effectivité pourra être débattue¹⁹³⁸. Le médecin du travail est sectorisé pour des raisons qui ne tiennent pas seulement à son indépendance mais aussi pour des raisons liées à son appropriation technique du fonds d'entreprises qu'il est chargé de suivre pour maîtriser les risques professionnels liés à leurs activités et les enjeux de santé pour les salariés concernés. Meilleure sera la connaissance de l'entreprise et de son secteur d'activité, plus il sera à même d'apprécier les risques, de mener les actions efficaces pour les prévenir et de prescrire un suivi de santé adapté aux salariés. Dans ce contexte, une médecine du travail « à la carte » qui interviendrait dans de multiples domaines, sans connaître les entreprises, poserait difficulté. Si un salarié optait pour un médecin, ce dernier suivrait-il ce salarié alors qu'il a d'autres entreprises. Du coup, est-ce qu'il s'occuperait de tous les salariés de l'entreprise ? La logique préventive, et *a fortiori* collective, suppose de suivre les travailleurs d'une même entreprise. On ne peut inverser le processus puisqu'il est impératif d'être axé prioritairement sur le travail réel. Or, si on s'axe d'abord avant tout sur l'individu, c'est qu'on concentre la santé au travail sur l'individu, en déconnexion avec la réalité du travail. Dans cette hypothèse, la médecine du travail perd de

¹⁹³⁴ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

¹⁹³⁵ C. santé pub., art. L. 1110-8.

¹⁹³⁶ Chabrol R., « La démocratie sanitaire », *RFAS*, 2000, n° 2, p. 103-110 ; Khodoss H., « Démocratie et droits des usagers », *RFAS*, 2000, p. 111-126 ; Laurent-Beq A. et Pommier J., « Citoyens et démocratie sanitaire », *Santé Publique*, 2003, vol. 15, n° 3, p. 309-312.

¹⁹³⁷ Loi du 4 mars 2002.

¹⁹³⁸ S. Fantoni-Quinton, J. Saison, Le système de santé au travail est-il une exception au système de santé français ?, *RDSS* 2014, p. 217. ; J. Hardy, Le système de santé vu du droit : une réalité diffuse, un régime juridique complexe, *RDSS* 2014, p. 229.

son intérêt. En effet, à l'extrême, pour autant que les ressources soient suffisantes, imaginons une entreprise suivie par dix médecins puisque dix salariés ont fait dix choix différents. Qui va donner des conseils à l'employeur ? Le libre choix du médecin¹⁹³⁹ du travail se heurte aux missions collectives du médecin du travail. On pourrait assurer en partie le suivi individuel personnalisé avec le principe du libre choix mais on ne pourrait pas assumer les trois autres missions de conseil, de traçabilité, de veille sanitaire. Par ailleurs, dans le système de santé au travail, la composition des équipes pluridisciplinaires n'est pas imposée par le Code du travail et dépend donc des choix propres des services. En réalité, l'équipe pluridisciplinaire centralisée peut agir comme un prestataire de service sur demande du médecin alors que l'esprit du texte était de constituer, autour de chaque médecin, une équipe composée d'un minimum de ressources¹⁹⁴⁰.

5. **L'obligation de consulter.** La question du choix du praticien se heurte nécessairement à celle de l'obligation de consulter. En effet, comment contraindre, en référence aux principes rappelés dans le Code de la Santé publique et le Code de déontologie médicale¹⁹⁴¹, une personne à aller consulter un médecin ? Il paraît tentant de répondre que l'on ne peut pas et ainsi conclure que le passage devant le médecin du travail devrait se faire de manière volontaire par le salarié. Mais si l'on conclut à la libre disposition de la visite médicale du travail par le salarié, alors la médecine du travail risque de disparaître. C'est la raison pour laquelle appliquer strictement tous les principes de la Santé publique à la médecine du travail se révélerait contreproductif pour le travailleur. Au contraire, il faut favoriser le passage du salarié devant ce médecin en mettant tout en œuvre pour que cette spécialité médicale contribue réellement à l'amélioration de la condition des travailleurs. L'employeur, par la médecine du travail à laquelle il participe financièrement, et l'Etat, par la mise en place de cette spécialité médicale et des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens auxquels il est partie prenante, sont une sorte de contrepartie aux risques que prennent les travailleurs quant à leur santé. Il est donc logique de mettre en place les moyens destinés à préserver la santé des travailleurs d'une altération de leur santé du fait ou à l'occasion des tâches qu'ils effectuent dans ce cadre. Par ailleurs, l'obligation de passage du salarié devant un médecin du travail est souvent présentée comme relevant de l'obligation de sécurité qui lui incombe¹⁹⁴². Or, selon l'article R. 4127-36 du Code de la santé publique, « le consentement de la personne examinée

¹⁹³⁹ C. santé pub., art. R. 4127-6.

¹⁹⁴⁰ Rapport « Attractivité et formation des professions de santé au travail », IGAS n° 2017-023R/IGAENR n° 2017-053, établi par X. Chaster, P. Blémont, H. Siahmed, J.-M. Soulat, août 2017, pp. 26-29.

¹⁹⁴¹ C. santé. pub., art. L. 1110-8.

¹⁹⁴² C. trav., art. L. 4122-1.

ou soignée doit être recherché dans tous les cas ». De plus, « lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. » L'article R. 4127-35 précise que « le patient a le droit d'accepter ou de refuser ce que le médecin préconise et non lui impose. Cette liberté (...) est une exigence éthique fondamentale, corollaire du devoir d'information. L'information du patient est en effet la condition préalable de son consentement, conséquence qu'il tire de cette information ». L'article L.1111-4 du Code de la santé publique précise à cet égard 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. (...) 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 ». Les actes médicaux justifiant ce consentement doivent être entendus au sens large, en commençant par l'examen clinique habituel, comprenant d'éventuelles investigations complémentaires¹⁹⁴³. Le fait d'intervenir sur un patient contre son consentement¹⁹⁴⁴ est, pour un médecin, une faute qui engage sa responsabilité civile et l'expose à une sanction disciplinaire¹⁹⁴⁵. Le médecin du travail ne semble pas être concerné par ces règles, de même que les médecins de contrôle qui sont aussi imposés. Il ne semble pouvoir être récusé, à l'exception de fautes dont il pourrait être l'auteur et qui engageraient sa responsabilité disciplinaire.

278. Analogie avec le droit du sport. La question de l'obligation de consulter un médecin court également en matière sportive lorsque l'on veut pratiquer un sport de compétition pour lequel on doit obtenir une licence de la fédération concernée. Un médecin, de contrôle ici, contrairement au médecin du travail, doit certifier de la non-contre-indication¹⁹⁴⁶ à la pratique du sport de compétition du sportif candidat à la licence¹⁹⁴⁷. Comme c'est le cas en matière de disciplines sportives à contraintes particulières, il est intéressant d'envisager la possibilité pour des postes de travail particuliers de prévoir la réalisation d'un examen médical par un médecin qui aurait des compétences spécifiques. Cela aurait le mérite

¹⁹⁴³ Conseil national de l'Ordre des médecins, commentaire de l'article 36 du Code de déontologie ; https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-36-consentement-du-malade-260#_ftn1

¹⁹⁴⁴ C. Santé pub., art. L. 1111-4.

¹⁹⁴⁵ L. Morlet-Haidara, Responsabilité disciplinaire : « De l'exigence d'un consentement éclairé relatif à la présence d'un tiers lors de l'examen médical », JDSAM, févr. 2015, n° 1, pp. 80-83.

¹⁹⁴⁶ C. Sport, art. L. 231-2 et s.

¹⁹⁴⁷ C. Sport, art. A. 231-1 ; Arrêté du 24 juillet 2017 fixant les caractéristiques de l'examen médical spécifique relatif à la délivrance du certificat médical de non-contre-indication à la pratique des disciplines sportives à contraintes particulières, JORF n° 0190 du 15 août 2017.

de donner tout son sens médical à la démarche. Certes, le médecin du travail dispose de la faculté de réaliser des examens complémentaires, mais, à l'évidence, il serait utile de prévoir un examen par un médecin spécialiste en fonction des risques relatifs au poste de travail ou des qualités ou capacités que le salarié doit mobiliser pour réaliser sa tâche. Avec l'adoption de la loi de modernisation de notre système de santé¹⁹⁴⁸, qui modifie les articles L. 231-2 et suivants du Code du sport, un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport est obligatoire pour l'obtention de la licence mais ne l'est plus à chaque renouvellement comme le prévoyait la législation précédente. Dorénavant, la fréquence de ce contrôle médical sera fonction de critères comme l'âge du licencié, les antécédents ou facteurs de risques connus du sportif, et les contraintes d'intensité de la pratique et de la discipline. En revanche, pour les disciplines qui présentent des contraintes particulières, la délivrance ou le renouvellement de la licence ainsi que la participation à des compétitions sont soumis à la production d'un certificat médical datant de moins d'un an établissant l'absence de contre-indication à la pratique de la discipline concernée. Comme en droit du travail, il est fait place à une gradation de la surveillance en fonction des risques du sport considéré. De plus, comme pour les entreprises, la jurisprudence fait peser sur les organisateurs d'activités physiques ou sportives une obligation générale de sécurité. Il s'agit d'une obligation de moyens, et non de résultat, engageant l'organisateur à prendre les mesures et précautions raisonnables destinées à prévenir la survenance d'accidents. Ainsi, les juges ont déjà reconnu la responsabilité civile d'une association sportive pour ne pas avoir soumis à un examen médical préalable un adhérent afin de déterminer s'il était apte à la pratique du sport pour lequel il s'était inscrit¹⁹⁴⁹. Le terme de contre-indication, utilisé en droit du sport, ne traduit pas la réalité de son acception, de son usage. En effet, contre-indiquer une pratique signifie conseiller à la personne souhaitant s'y adonner de ne pas le faire car il n'y va pas de ses intérêts sanitaires. C'est un conseil qui ne revêt pas de dimension contraignante. Le médecin déconseille telle pratique. Libre ensuite au bénéficiaire du conseil d'en faire d'usage qu'il souhaite, c'est-à-dire le respecter ou le transgresser. Or, en matière de pratique sportive dans le cadre d'une fédération, ce certificat de non contre-indication, de même d'ailleurs que l'avis d'aptitude ou d'inaptitude en droit du travail, le terme « avis » désignant une position théoriquement dénuée de toute coercition, a un effet juridique qui empêche la personne de pratiquer l'activité considérée. Par conséquent, on assiste là à un dévoiement des termes utilisés. On fait état de

¹⁹⁴⁸ L. n° 2016-41 du 26 janvier 2016.

¹⁹⁴⁹ CA Grenoble, 26/08/1987, RG n° 2711/85 ; CA Versailles, 21/03/1990, RG n° 7935/88

circonstances qui s'opposent à la réalisation d'une pratique. Par sagesse, il faudrait effectivement en tirer les conséquences, mais ceci doit émaner du libre arbitre de la personne concernée. Dans la pratique, la contre-indication est l'interdiction. De même, « la jurisprudence qui a fait en sorte que les recommandations du médecin du travail soient une force de proposition contraignante vis-à-vis de l'employeur, en l'obligeant à aménager ou à transformer les postes de travail, garderait toute sa pertinence¹⁹⁵⁰. »¹⁹⁵¹ Cet oxymore, proposition vs contrainte, illustre bien le malaise provoqué par les règles présidant à la médecine du travail.

2. Obligation d'information et devoir de loyauté

279. Obligation du travailleur. Garantie du consentement éclairé, l'information¹⁹⁵², émanant du devoir de loyauté¹⁹⁵³, est au premier rang des devoirs du patient¹⁹⁵⁴ et donc, en l'occurrence, du travailleur. Il se manifeste par la qualité de l'information que l'utilisateur voudra bien communiquer au professionnel de santé. En effet, c'est sur la base des déclarations du travailleur, partie intégrante de l'examen clinique, que le médecin du travail pourra forger sa conviction, établir son diagnostic et bâtir ses actions de prévention, individuelles, mais aussi collectives, dans le respect des règles déontologiques¹⁹⁵⁵. Fournir au médecin tous les renseignements nécessaires à l'établissement du diagnostic, ne pas majorer les symptômes,

¹⁹⁵⁰ Cass. soc., 28 janv. 2010, n° 08-42.616, *Bull. civ.* V, n° 27, D. 2010. 447; *RDT* 2010. 239, obs. G. Pignarre.

¹⁹⁵¹ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013. 1023.

¹⁹⁵² C. Santé pub., art. L. 1111-1.

¹⁹⁵³ Fainzang, Les inégalités au sein du colloque singulier : l'accès à l'information. La relation médecins-malades, *Les Tribunes de la santé*, 2014/2, n° 43, p. 47 ; La relation médecins-malades : information et mensonge, PUF, 2006.

¹⁹⁵⁴ Les obligations du patient (Actes du colloque de l'Association française de droit de la santé du 13 juin 2003), *RGDM* 2003, n° 11, p. 9.

¹⁹⁵⁵ Les articles 1 à 31 du Code de déontologie se rapportent aux devoirs généraux des médecins. Les articles 32 à 47 correspondent aux devoirs envers des patients pour la qualité des soins, le suivi, l'information, le consentement et la prise en charge.

collaborer loyalement avec le professionnel de santé sont les préalables indispensables au rapport de confiance qui fonde le colloque singulier.

280. Obligation du médecin¹⁹⁵⁶. Le médecin du travail a également une obligation d'information¹⁹⁵⁷ dans le cadre du colloque singulier, conformément aux règles du Code de la Santé publique, mais également en sa qualité de conseiller des salariés, en vertu du contrat de travail. Pour satisfaire son obligation, le praticien fournira ainsi les éléments nécessaires à éclairer le consentement du travailleur¹⁹⁵⁸ quant aux choix à opérer, qui pourront notamment se traduire dans son rapport au travail – nécessité de recourir à des aménagements de poste, assurer un suivi plus étroit, mener des actions de prévention ciblées, pousser des investigations médicales par le biais d'examen médicaux complémentaires, changer de poste de travail. Pour ce faire dans les meilleures conditions, la relation doit être cogérée par des échanges dynamiques et congruents et un partage des informations et des décisions au service de la préservation de la santé du travailleur, c'est-à-dire concilier au mieux l'autorité que confère le statut de médecin et les droits du travailleur-usager du système de santé dans une relation de partenariat privilégiée de confiance mutuelle qui ne peut s'établir que sur la base d'une communication saine et en entretien individuel¹⁹⁵⁹. « Une enquête sur les pratiques des médecins a montré que la loi du 4 mars 2002 a modifié leur pratique : la robotisation et la banalisation de l'information. Les listes stéréotypées de tous les risques et inconvénients, des plus minimes aux plus exceptionnels et improbables ont fleuri »¹⁹⁶⁰ et avec eux est née « l'information défensive »¹⁹⁶¹. « L'étude montre que les médecins ont naturellement cherché à se prémunir en prescrivant plus d'examen complémentaires et des médicaments. Pour les

¹⁹⁵⁶ C. Clément, « Le médecin, son devoir d'information et le principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité », *Petites Affiches*, 6 déc. 2001, p. 15 ; Philippe Breton - Convaincre sans manipuler - édition la Découverte 2008 ;

¹⁹⁵⁷ Minet-Leleu, Le contentieux du défaut d'information médicale, symbole de l'indulgence excessive du juge administratif, *AJDA* 2016. 362 ; Vialla, Comparaison des jurisprudences rendues en matière de responsabilité pour défaut d'information, *Méd. Et droit*, 2013, n° 120, p. 57 ; Vinet et Sargos, Le devoir d'information du médecin, *RDC* 2012. 1104 ; Bacache, L'information médicale est-elle encore perfectible ?, *Gaz. Pal* 16 juin 2012, n° 168, p. 9 ; Rousset, Le droit à l'information de l'utilisateur et du patient depuis les lois des 2 janvier et 4 mars 2002, *RDSS* 2012. 431 ; Cristol, Information et consentement en droit de la santé, in *Décurité des patients, sécurité des consommateurs, convergences et divergences* (dir. Laude et Tabuteau), PUF, 2009, p. 35 ; Legendre, L'obligation d'information, pierre angulaire du consentement dans les relations de soins, *RGDM* 2009, n° 31, p. 227 ; Tabuteau, L'obligation d'information a posteriori en droit de la santé, in C. Kouchner, Laude et Tabuteau, *Rapport sur les droits des malades 2007-2008*, Presses EHESP, 2009, p. 91 ; Albert, Obligation d'information et responsabilité, *RFDA* 2003. 353 ; Burgelin, L'obligation d'information expliquée aux médecins : Cour de cassation, *Rapport 1999*, Doc. fr., 1999, p. 71.

¹⁹⁵⁸ CEDU, 2 juin 2009, *Codarcea c/ Roumanie*, req. N° 31675/04, § 101, 104-105.

¹⁹⁵⁹ C. Santé pub., art. L. 1111-2 al. 3, R. 4127-35 al. 1 et R. 4127-7.

¹⁹⁶⁰ CNOM, *Rapport, L'information du patient, son importance, ses conséquences, droits et devoirs de chacun*, Rapporteur Dr Bernard Decanter, 8 septembre 2012, p. 30.

¹⁹⁶¹ CNOM, *Rapport, L'information du patient, son importance, ses conséquences, droits et devoirs de chacun*, Rapporteur Dr Bernard Decanter, 8 septembre 2012, p. 30.

mêmes raisons, ils ont tendance à surinformer de façon tout aussi défensive »¹⁹⁶². « La jurisprudence impose que les risques exceptionnels doivent être clairement expliqués au patient qui ne pourra se prévaloir de perte de chance par défaut d'information. »¹⁹⁶³ « Le seul préjudice indemnisable à la suite du non-respect de l'obligation d'information du médecin, laquelle a pour objet d'obtenir le consentement éclairé du patient, est la perte de chance d'échapper au risque qui s'est finalement réalisé »¹⁹⁶⁴. Par un arrêt de la Cour de cassation du 3 juin 2010, la carence de l'information médicale¹⁹⁶⁵ devient un préjudice autonome, indépendant de la perte de chance. Ce devoir d'information, qui fait l'objet d'un contentieux important en droit médical, reste encore hors de la sphère juridique en droit du travail. Avec le renforcement de la position du médecin du travail, il n'est pas impossible que ce contentieux soit étendu au droit de la santé au travail. A certains égards, ceci indiquerait que le médecin du travail a enfin pris toute sa place dans le parcours et le système de santé. Cependant, la fin du monopole du médecin du travail a pour conséquence, contrairement à l'ancien système, que tous les salariés ne sont plus forcément examinés par un médecin. Pour que puisse exister un colloque singulier, il faut bien qu'une rencontre entre le travailleur et le médecin ait lieu. Même si le médecin demeure la clé du système, il n'en reste pas moins que les travailleurs n'ont pas forcément directement un rapport avec lui. Certes, ils peuvent le solliciter mais, dans la réalité...

¹⁹⁶² CNOM, Rapport, L'information du patient, son importance, ses conséquences, droits et devoirs de chacun, Rapporteur Dr Bernard Decanter, 8 septembre 2012, p. 30.

¹⁹⁶³ CNOM, Rapport, L'information du patient, son importance, ses conséquences, droits et devoirs de chacun, Rapporteur Dr Bernard Decanter, 8 septembre 2012, p. 30.

¹⁹⁶⁴ Cass. civ., 1^{ère}, 06 décembre 2007, n°06- 19.301.

¹⁹⁶⁵ Valeur constitutionnelle : un médecin ne peut être dispensé de son devoir d'information au seul motif qu'un risque grave ne se réalise qu'exceptionnellement (Cass. civ., 1^{ère}, 9 oct. 2001, *Bull. civ.* I, n° 249 ; D. 2001. 3470, rapp. Sargos et note Thouvenin ; *RTD civ.* 2002. 176, obs. Libchaber.

281. Conseiller, c'est respecter la volonté de celui que l'on conseille. Appliqués aux salariés, les principes fondateurs de la loi du 4 mars 2002 font évoluer les rapports des individus à leur santé et des patients vis-à-vis de leur médecin. C'est en effet le médecin qui détient la science, qui dispose de l'art médical, mais c'est le patient qui est décisionnaire. Dès lors, pour permettre l'application des principes de Santé publique à la santé au travail et faire du salarié un acteur de sa santé, il faut repenser un rapport médecin du travail/travailleur axé sur un conseil et un accompagnement accrus pour permettre une autonomie éclairée dans la prise de décision. Pour ce faire, un avis d'(in)aptitude réservé au salarié (**A**) et un accès aux données de santé au médecin du travail (**B**) peuvent être envisagés.

A. L'avis d'(in)aptitude réservé au salarié

282. Réserver l'avis d'(in)aptitude au rapport singulier médecin du travail/travailleur est un gage sérieux pour renforcer la confiance des deux protagonistes. Le respect de la volonté du travailleur par la conception préventive de l'aptitude (**1**) et son consentement à l'inaptitude (**2**) en sont les déclinaisons de principe.

1. La conception préventive de l'aptitude

283. Respect de la volonté du salarié. A l'issue des visites médicales, aucune décision ne pourrait être imposée par le médecin du travail au salarié. La limite de la liberté individuelle serait la considération des tiers. L'article L. 1111-2 du Code de la Santé publique est intéressant à ce titre : « la volonté d'une personne tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de contamination. » Cette logique ne pourrait-elle être appliquée aux postes présentant des risques particulièrement graves pour les tiers¹⁹⁶⁶ ? Dans cette hypothèse, le recours à un médecin de contrôle pourrait se révéler nécessaire. De plus, « un médecin ne peut se borner à prendre acte d'un refus de soins sans informer son patient des risques graves encourus du fait

¹⁹⁶⁶ Carricaburu, Santé publique et libertés individuelles : du droit à la santé au devoir de santé, Les Cahiers français, n° 354, 2010/01, p. 54.

de cette opposition au traitement préconisé »¹⁹⁶⁷. Toutefois, « un médecin n'est pas tenu de réussir à convaincre son patient du danger de l'acte médical qu'il demande »¹⁹⁶⁸. Empreint d'une confiance nouvelle, favorisée par la fin de la délivrance d'un avis d'aptitude par le médecin du travail, libérant ainsi du temps médical, le suivi des salariés pourrait devenir plus efficient, permettant un conseil en parfaite connaissance de leur état de santé que le médecin du travail pourrait ainsi confronter aux exigences et risques professionnels¹⁹⁶⁹.

284. L'accès direct du médecin du travail au dossier médical du salarié. L'accès du médecin du travail au DMP du salarié pourrait enrichir ce dernier d'un volet professionnel. Ici, trois hypothèses semblent pouvoir être envisagées. Premièrement, le travailleur autorise le médecin du travail à accéder à la totalité de son DMP, aussi bien en lecture qu'en écriture. C'est la configuration la plus propice à un suivi préventif de qualité qui permet, de surcroît, un contact privilégié entre médecin du travail et soignants, conférant ainsi un rôle accru au médecin du travail. Deuxièmement, le travailleur accepte l'écriture seule, c'est-à-dire que le médecin du travail est seulement autorisé à renseigner le volet professionnel du DMP, sans pouvoir accéder au reste du DMP, préservant ainsi le secret médical vis-à-vis du médecin du travail. Ici, on ne peut tirer tous les bénéfices de la médecine du travail, le rôle du médecin traitant demeurant exclusif, fort d'une connaissance renforcée de son patient par l'accès à son *curriculum laboris*. Troisièmement, le travailleur n'autorise ni le mode lecture ni le mode écriture au DMP de sorte que la situation se trouve être la même qu'actuellement, aboutissant au cloisonnement des systèmes de santé, au plus exactement à l'exclusion de la médecine du travail du système de santé. Dans cette hypothèse, le médecin du travail ne bénéficie pas de l'information utile pour pouvoir suivre, dans sa dimension pleine et entière, le travailleur. Ici, la médecine du travail est clairement subie, condamnée à l'inefficacité. Dans les deux premières hypothèses, les liens entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail pourraient être optimisés pour une meilleure prise en charge globale de la santé des patients-salariés¹⁹⁷⁰. Les médecins traitants seraient ainsi systématiquement informés des examens complémentaires déjà effectués en santé au travail, et inversement – dans la première hypothèse –, ainsi que des expositions professionnelles de leurs patients pour

¹⁹⁶⁷ Cass. civ., 1^{ère}, 15 nov. 2005 : *Bull. civ.* I, n° 418 ; *RDSS* 2006. 157, obs. Hennion-Jacquet ; *JCP* 2006. II. 10045, note Mistretta.

¹⁹⁶⁸ Cass. civ., 1^{ère}, 18 janv. 2000 : *Bull. civ.* I, n° 13 ; D. 2001. 3559, note Mathieu-Izorche ; *RDSS* 2000. 382, note Harichaux ; *JCP* 2000. II 10473, note Dorsner-Dolivet. V. aussi CA Aix-en-Provence, 21 déc. 2006, n° 04/10962 : D. 2007. 1848, note Violla ; *JCP* 2007. II. 10126, note Corpart ; *RCA* 2007, n° 128, note Radé.

¹⁹⁶⁹ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013. 1023.

¹⁹⁷⁰ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013. 1023.

mieux suivre leur santé. Le recours à la visite d'information et de prévention, non médicale, est de nature à fragiliser ce rapport privilégié recherché entre travailleur et médecin du travail. Il faut, au contraire, renforcer les liens entre médecin du travail et travailleur ainsi que, concomitamment, trouver la meilleure articulation possible entre le médecin traitant et le médecin du travail, dans une logique systémique pertinente, au service d'une meilleure prise en charge des patients-salariés qui aura nécessairement un effet sur le budget de la Sécurité sociale grâce à une prévention primaire renforcée. En effet, il faut envisager le système globalement. Peut-être pourrions-nous envisager des phénomènes compensatoires pour favoriser l'émergence d'un système vertueux en valorisant les efforts réels entrepris au service d'une prévention primaire d'objectif et de moyens.

285. Information de l'employeur. Le colloque singulier entre le médecin du travail et le travailleur réaffirmé sur de nouvelles bases pourrait permettre au salarié de bénéficier d'une information plus précise et plus complète sur les risques professionnels et la compatibilité entre son état de santé et les conditions de travail. Fort de ces informations, le salarié déciderait en conséquence de continuer ou non à travailler en parfaite connaissance de cause et, le cas échéant, s'il accepte que le médecin du travail fasse des propositions le concernant à l'employeur¹⁹⁷¹ et même qu'il émette un avis d'inaptitude pour préserver sa santé. Une esquisse de cette logique existe déjà : « Cette possibilité offerte au salarié de communiquer ou non les conclusions du médecin du travail est d'ailleurs déjà inscrite dans le Code du travail, à l'occasion de la visite de préreprise. L'article R. 4624-21 du Code du travail prévoit en effet que le salarié puisse s'opposer à ce que le médecin du travail informe l'employeur de ses recommandations à l'issue de la visite médicale et alors même que l'employeur doit obligatoirement prendre en compte ces préconisations si elles sont émises. »¹⁹⁷² Ce n'est ni plus ni moins que l'application élémentaire du secret médical qui interdit à tout médecin de communiquer à des tiers des informations sur son patient, ce secret couvrant l'ensemble des informations dont le médecin a connaissance¹⁹⁷³. L'idéal serait de favoriser la visite sur demande et de favoriser également le lien entre les médecins, notamment médecin traitant et médecin du travail, et penser cette dernière comme une médecine de spécialité à part entière. Or, les partenaires sociaux sont attachés à garder une visite périodique parce qu'elle permettrait à la médecine du travail d'être une sorte de médecine de couverture de base pour

¹⁹⁷¹ C. trav., art. L. 4624-1.

¹⁹⁷² S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013. 1023.

¹⁹⁷³ C. santé pub., art. R. 4127-4.

certain milieux, n'ayant recours à la médecine de clientèle que rarement. La médecine du travail doit encore évoluer dans les représentations collectives.

286. Perspective actuelle. Le caractère autoritaire de la décision médicale permettant de prendre des décisions contre l'avis du salarié pour le protéger, en quelque sorte contre son gré, a prévalu avec l'aptitude. Avec la visite d'information et de prévention, on poursuit la même logique, non plus sécuritaire mais juridique, au détriment des intérêts directs du salarié. En effet, on considère qu'informer le salarié sur les risques éventuels auxquels l'expose son poste de travail¹⁹⁷⁴, dans le cadre d'une visite, hors du lieu de travail, est de nature à effectivement préserver la santé du salarié. Or, cela correspond, encore, à une vision administrative, réglementaire, qui n'aura que des effets limités en matière de santé.

287. Changement de perspective. Recourir à la notion de contre-indication est intéressante si on l'envisage complètement. En effet, lorsqu'un médecin informe un patient qu'il lui contre-indique une activité, cela veut dire que, au regard de ses constatations et de ses connaissances de la science, il lui déconseille l'exercice de l'activité considérée. Mais il ne s'agit que d'un conseil. Il faut revenir au sens des mots : contre-indiquer, ce n'est pas interdire. Libre après au travailleur de suivre, ou de ne pas suivre, cet avis. Force est de constater que la pratique de cette notion ne va pas exactement toujours dans ce sens. C'est le cas par exemple pour les sportifs de haut niveau, comme les footballeurs professionnels. L'idée de s'en tenir à la constatation de simples non-contre-indications paraît séduisante. Or, on peut se demander d'abord si, avec le temps imparti pour un examen médical d'embauche, qui n'existe d'ailleurs plus au profit d'une simple visite de prévention et d'information, l'objectif peut encore être poursuivi et, ensuite, si le principe même de la période d'essai n'est pas davantage en mesure de mettre en lumière les difficultés que pourrait avoir le salarié dans l'exercice de son travail. La période d'essai¹⁹⁷⁵ devrait être davantage mise à profit par les services de santé au travail pour accompagner les travailleurs et ainsi participer d'une prévention plus active. En outre, le levier de la formation est crucial. La notion de non contre-indication heurte les principes déontologiques les plus élémentaires quand elle est utilisée aux fins de permettre l'exposition d'un salarié à des substances cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR) notamment. Au-delà du débat scientifique et médical sur le fait de laisser à un médecin du travail le soin de déceler des risques particuliers à

¹⁹⁷⁴ C. trav., art. R. 4624-11.

¹⁹⁷⁵ Par comparaison, voir la notion de période probatoire définie à l'article 11 de l'Instruction n° 2100/def/dcssa/ast/ame, p. 23, non dans un sens de sélection (il est ici question des postes de droit commun, par opposition aux postes présentant des risques particuliers pour les tiers pour lesquels un contrôle d'aptitude est nécessaire) mais de prévention et d'accompagnement.

certaines salariés et de décider, selon ses propres constatations de les écarter d'un risque, que d'autres, jugés plus sains, devront en conséquence supporter – menant ainsi une forme de sélection des salariés à qui l'on serait en mesure de confier des tâches à risques sur une échelle inversement proportionnelle à leur vulnérabilité supposée –, « c'est l'idée même qu'un médecin, chargé de prévenir toute altération de la santé des travailleurs du fait de son travail, puisse déclarer un salarié apte à être exposé à un risque nuisible pour sa santé qui soulève des questions éthiques »¹⁹⁷⁶. La logique voudrait que, en cas de risque avéré, le médecin du travail, au lieu de déclarer le salarié apte à être exposé à ce risque, s'assure seulement que le salarié est bien informé, qu'il est conscient du risque, qu'il l'accepte et qu'il a connaissance des mesures de protection indispensables pour limiter autant que possible l'exposition. « En miroir, si le risque est mal appréhendé, le médecin du travail ne devrait pas être en mesure de délivrer un avis d'aptitude ou un certificat de non contre-indication, puisqu'en l'absence de connaissances scientifiques valides personne ne peut prévoir l'impact de cette exposition sur une personne déterminée »¹⁹⁷⁷. Deux visions différentes de la profession peuvent en réalité s'exprimer ici : « conseiller » ou « expert »¹⁹⁷⁸. Dans le premier cas, le médecin du travail se positionne en thérapeute. Son but est d'aider le travailleur à construire sa santé au travail en l'éclairant dans ses choix, en orientant son consentement mais en le recherchant et respectant dans tous les cas. Cette pratique s'inscrit dans le principe déontologique selon lequel le médecin exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de la dignité¹⁹⁷⁹. Aujourd'hui, cette façon d'exercer la médecine du travail existe notamment dans la fonction publique et la SNCF¹⁹⁸⁰ qui fait la différence stricte entre médecine de prévention, dans laquelle prévaut le rôle de conseil, et médecine agréée – dans le cas de l'expert –, qui exerce un rôle de contrôle¹⁹⁸¹.

2. Le consentement du salarié à l'inaptitude

288. La fin de l'inaptitude subie. On pourrait craindre que la suppression de l'avis d'inaptitude porte atteinte à la garantie contre les discriminations en raison de l'état de santé

¹⁹⁷⁶ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013. 1023.

¹⁹⁷⁷ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013. 1023.

¹⁹⁷⁸ P. Davezies, Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale, *Médecine et travail*, 2000, n° 183, p. 38-41.

¹⁹⁷⁹ C. Santé pub., art. L. 1111-4 ; C. déont. méd., art. 36.

¹⁹⁸⁰ CE, 7 juin 2006, n° 279632, Syndicat national professionnel des médecins du travail, Fédération des syndicats des travailleurs du rail – SUD rail.

¹⁹⁸¹ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013. 1023.

dont il n'est pas, au demeurant, une garantie absolue. En effet, selon l'article L. 1133-3 du Code du travail, « les différences de traitement fondées sur l'inaptitude constatée par le médecin du travail en raison de l'état de santé ou du handicap ne constituent pas une discrimination lorsqu'elles sont objectives, nécessaires et appropriées ». Le point de vigilance premier est celui de l'effet d'une telle mesure sur la préservation de la santé du travailleur. Le rôle du médecin du travail est-il de protéger le travailleur en l'écartant de son poste de travail contre sa volonté ? Nous ne souscrivons pas à cette vision de la médecine du travail, d'autant que les obligations en matière de reclassement sont censées favoriser le maintien en emploi. De plus, force est de constater que ce dispositif est encore perfectible, notamment à la lecture de la Loi Travail qui permet au médecin du travail de dispenser l'employeur de rechercher un reclassement par la mention expresse dans l'avis d'inaptitude d'un « état de santé faisant obstacle à tout reclassement dans un emploi »¹⁹⁸². Une décision récente de la Chambre sociale¹⁹⁸³ rappelle qu'il est, certes, important de solliciter le médecin du travail sur le reclassement mais que ce n'est pas suffisant. Dans notre hypothèse de l'avis d'inaptitude rendu seulement effectif par le consentement exprès de l'intéressé, comment faire face à un travailleur déraisonnable, ne pouvant plus faire face aux exigences de son poste de travail, mais qui refuserait une inaptitude proposée par le médecin du travail ? Naturellement, un travail d'information et de pédagogie serait à élaborer, mais rien n'empêcherait l'employeur de se séparer de ce travailleur qui ne donnerait plus satisfaction en invoquant notamment la situation objective de l'entreprise et la nécessité de pourvoir au remplacement définitif d'un salarié dont l'absence prolongée ou les absences répétées perturbent son fonctionnement et nécessitent un remplacement définitif¹⁹⁸⁴. C'est ici la situation objective de l'entreprise, c'est-à-dire les perturbations à son bon fonctionnement, qui est visée, et non la cause, c'est-à-dire les absences du salarié, nécessairement subjectives puisque, par hypothèse, reposant sur une raison de santé. De plus, en vertu du principe de non-discrimination¹⁹⁸⁵, la rupture du contrat de travail n'est envisageable que par la procédure d'inaptitude médicale¹⁹⁸⁶. Dans cette nouvelle perspective où la médecine du travail serait dépourvue de l'inaptitude imposée, il faudrait transférer cette compétence, conjointement à celle de l'incapacité, à un autre médecin, un médecin de contrôle, notamment dans le cas d'un refus d'inaptitude par le

¹⁹⁸² Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, art. 102 ; C. trav., art. L. 1226-2-1.

¹⁹⁸³ Cass. soc., 3 mai 2018, n° 17-10.234.

¹⁹⁸⁴ Cass. soc., 16 juill. 1998, n° 97-43.484, *Bull. civ.* V, n° 485 ; Cass. Soc., 23 nov. 2016, n° 15-13.068.

¹⁹⁸⁵ C. trav., art. L. 1132-1.

¹⁹⁸⁶ C. trav., art. L. 1133-3.

travailleur. Pour aller plus loin, on pourrait envisager une déclaration d'inaptitude selon la volonté clairement exprimée par le travailleur. L'objectif est de conférer davantage de capacité d'initiative au travailleur, acteur de sa santé, sans le contraindre à multiplier les risques de nature sociale et économique. L'enjeu n'est pas d'opposer les dimensions sanitaire et sociale. Renforcer la santé des travailleurs en accordant davantage de possibilités au médecin du travail, notamment de nature préventive et animées par l'exigence du maintien en emploi, et envisager, le cas échéant, des mesures sociales d'indemnisation pour préserver le travailleur diminué en raison de sa santé, grâce aux dispositifs d'invalidité et d'incapacité, constituent les deux piliers sur lesquels pourrait être assise la santé au travail. En tout état de cause, il faudrait envisager la possibilité d'une inaptitude imposée dans le cas d'un salarié présent dans l'entreprise, c'est-à-dire non absent au sens de la jurisprudence relative à la perturbation au bon fonctionnement de l'entreprise nécessitant un remplacement définitif¹⁹⁸⁷, qui ne pourrait plus satisfaire ses tâches. Le recours à un médecin de contrôle s'imposerait.

289. Le renforcement de la procédure d'inaptitude. Deux types de visites médicales sont envisageables : une première obligatoire par le médecin du travail dans le cadre du suivi de santé au travail, et au cours de laquelle il conseille le travailleur et une seconde menée par un médecin qu'il conviendrait de définir, soit le médecin-conseil de la Sécurité sociale soit le médecin traitant, ou un autre médecin compétent en matière de pathologies professionnelles qui serait associé au parcours de santé au travail. En premier lieu, le médecin-conseil¹⁹⁸⁸, qui concourt à la gestion du risque assurée par les caisses d'assurance maladie, est chargé du contrôle médical portant notamment sur « tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité »¹⁹⁸⁹. « Le service de contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et d'autres prestations »¹⁹⁹⁰. « Le praticien-conseil peut procéder à l'examen du patient »¹⁹⁹¹. En conséquence, il pourrait bénéficier de la compétence de prononcer un avis d'inaptitude. L'intérêt aussi serait de rapprocher inaptitude et invalidité. Le médecin-conseil dispose de l'accès aux données de santé à caractère personnel¹⁹⁹² pour autant que ces dernières soient strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical, ce qui

¹⁹⁸⁷ Cass. soc., 16 juill. 1998, n° 97-43.484, *Bull. civ.* V, n° 485 ; Cass. Soc., 23 nov. 2016, n° 15-13.068.

¹⁹⁸⁸ C. Séc. soc., art. L. 315-1.

¹⁹⁸⁹ C. Séc. soc., art. L. 315-1, I.

¹⁹⁹⁰ C. Séc. soc., art. L. 315-1, II.

¹⁹⁹¹ C. Séc. soc., art. L. 315-2, III.

¹⁹⁹² C. Santé pub., art. L. 1112-1, III.

lui permet de se faire un avis plus précis et fidèle à la réalité. L'intérêt d'accorder la compétence du contrôle de l'aptitude dans des cas restreints permettrait d'avoir une médecine de contrôle, assumant clairement cette mission. Sur un autre champ, en matière de contrôle des salariés en arrêt de travail, cela éviterait aux employeurs d'avoir recours au médecin de leur choix sur le fondement de l'article L. 1226-1 du Code du travail. Si cette solution était retenue, ce médecin-conseil devrait prendre appui sur le médecin du travail¹⁹⁹³ en matière de reclassement, au regard de sa connaissance du milieu de travail et de la situation personnelle du travailleur. En deuxième lieu, confier cette mission de déclaration d'inaptitude au médecin traitant n'est pas possible au regard de l'article R. 4127-100 du Code de la Santé publique qui prévoit qu'« un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention ou, sauf urgence, médecin traitant d'une même personne. En troisième lieu, il faudrait avoir recours à un médecin qui serait spécialement chargé de ce contrôle, sans accès aux données de santé, dont la décision serait susceptible de recours.

290. En cas de « danger grave et imminent »¹⁹⁹⁴. Selon l'article L. 4131-1 du Code du travail, « le travailleur alerte immédiatement l'employeur de toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que de toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection. Il peut se retirer d'une telle situation. » L'article L. 2312-60 prévoit qu'« un membre de la délégation du personnel au comité social et économique exerce les droits d'alerte en situation de danger grave et imminent ainsi qu'en matière de santé publique et d'environnement ». Dans ce type de situation, le médecin du travail doit pouvoir être amené à intervenir¹⁹⁹⁵. En d'autres termes, il faut une protection accrue pour le salarié et un meilleur encadrement juridique pour éviter les abus. Il ne faut pas oublier que c'est la crainte de perdre leur emploi qui conduit aujourd'hui les salariés à taire leurs problèmes de santé, prenant ainsi des risques quant à l'aggravation de leur situation de santé par absence de réaction mais également par absence de mesures de prévention. C'est la raison pour laquelle la sensibilisation des salariés aux risques

¹⁹⁹³ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, p. 116.

¹⁹⁹⁴ Circ. DRT n° 93-15, 25 mars 1993, partie 2., § 1, 4. : grave : c'est-à-dire « susceptible de produire un accident ou une maladie entraînant la mort ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou temporaire prolongée » ; imminent : c'est-à-dire « susceptible de se réaliser brutalement dans un délai rapproché » ; B. Teyssié, Santé et sécurité dans le droit du comité social et économique, *JCP S*, janv. 2018, n° 1, pp. 17-25.

¹⁹⁹⁵ Sur le modèle de l'article L. 4733-3 du Code du travail, qui permet à l'agent de contrôle de l'inspection du travail de constater qu'un jeune travailleur est placé dans une situation l'exposant à un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé et de procéder à son retrait immédiat, le médecin du travail, en pareille hypothèse, et pour tout travailleur, doit pouvoir exercer ce droit.

qu'ils courent est à mettre en lien avec l'acceptation d'une inaptitude permettant d'anticiper les conséquences délétères pour leur santé. Des efforts doivent être également entrepris en matière de gestion prévisionnelle des compétences, d'efforts de reclassement et de sauvegarde de l'emploi des salariés tout au long de leur vie professionnelle, pour les salariés en bonne santé mais aussi pour ceux dont la santé se dégrade. Il faut évidemment considérer que si le risque de perte d'emploi en cas d'inaptitude était moindre, couplé à une meilleure probabilité de retrouver du travail après une procédure d'inaptitude, alors les salariés seraient plus enclins à admettre une inaptitude. Avec la possibilité de reconnaître aux salariés une certaine autodétermination pour leur santé, la question de la responsabilité de l'employeur en cas de lésions professionnelles se pose dès lors de manière renouvelée.

291. Conséquences sur la responsabilité de l'employeur. L'autodétermination du salarié et l'obligation générale de prévention de l'employeur¹⁹⁹⁶ sont deux dispositifs juridiques difficiles à concilier. Le droit de la responsabilité en droit du travail s'est construit sur une réalité prenant en considération la faiblesse d'une partie au contrat par rapport à l'autre. L'employeur est tenu de prendre en compte toutes les préconisations¹⁹⁹⁷ du médecin du travail qu'elles concernent des mesures individuelles effectuées conformément à l'article L. 4624-1 du Code du travail ou un risque collectif pour la santé des salariés en vertu de l'article L. 4624-3. La faute inexcusable ne peut être retenue vis-à-vis d'un employeur qui n'aurait pas été informé, par la volonté du salarié, d'une précaution particulière à prendre pour le protéger. Ceci fait écho à une position jurisprudentielle déjà adoptée par la Cour de cassation pour un salarié victime d'une maladie professionnelle qui n'avait pas informé son employeur ni le médecin du travail de sa sensibilité particulière à un produit auquel il était exposé. Dans un arrêt de la deuxième Chambre civile du 24 janvier 2013¹⁹⁹⁸, la reconnaissance de la maladie ainsi que la réparation forfaitaire furent accordées. Cependant, la faute inexcusable, qui figurait parmi les prétentions du salarié fut rejetée, notamment parce que l'employeur avait bien mis en place toutes les mesures de prévention adéquates. En cas de lésions professionnelles, la question se pose de savoir si l'autodétermination accordée au salarié serait de nature à minorer la responsabilité de l'employeur. D'une part, on ne pourrait envisager une telle exonération en raison de l'obligation générale de prévention prévue 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 ». L'obligation

¹⁹⁹⁶ C. trav., art. L. 4121-1.

¹⁹⁹⁷ Cass. civ. 2^{ème}, 31 mai 2012, n° 11-30.309.

¹⁹⁹⁸ Cass. civ. 2^{ème}, 24 janv. 2013, n° 11-27.073.

générale de sécurité, devenue obligation de résultat¹⁹⁹⁹ – qualification aujourd’hui discutée²⁰⁰⁰ –, concernant la santé et la sécurité des salariés, ne serait pas remise en cause. Les obligations d’évaluation et de prévention des risques professionnels de l’employeur, de respect des préconisations du médecin du travail²⁰⁰¹ tant individuelles que collectives pèsent sur l’employeur. Le fait qu’il n’y ait plus d’avis d’aptitude ou d’inaptitude systématique et contraignant – l’avis devenant par principe informatif et réservé au travailleur – ne modifierait en rien l’obligation qu’a et que continuerait d’avoir l’employeur de prendre en compte les préconisations du médecin du travail. D’autre part, la présomption d’origine professionnelle et les principes de responsabilité civile instaurés par les lois de 1898 et de 1919 induisant la réparation forfaitaire et automatique continueraient de s’appliquer en cas de lésions survenues dans les conditions habituelles, y compris s’il existe un état antérieur, sauf à démontrer que le travail n’a joué aucun rôle dans la pathologie. Toutefois, le levier de la faute inexcusable ne pourrait être actionné vis-à-vis d’un employeur qui n’aurait pas été informé, par la volonté du travailleur, d’une précaution particulière à prendre pour le protéger au-delà des moyens de prévention adaptés obligatoires. En effet, un salarié victime d’une maladie professionnelle qui n’informe pas son employeur ni le médecin du travail de sa sensibilité particulière à un produit auquel il est exposé ne voit pas empêcher la reconnaissance de sa maladie ni sa réparation forfaitaire. Néanmoins, la faute inexcusable ne sera pas reconnue²⁰⁰², d’autant plus si l’employeur avait bien mis en place toutes les mesures de prévention adéquates pour

¹⁹⁹⁹ F. Héas, « De la sécurité à la santé, les évolutions de la prévention au travail », *Sem. soc. Lamy* 2014, n° 1655 Supp., p. 23 ; M. Blatman, « L’obligation de sécurité de résultat de la Cour de cassation en six étapes », *Sem. soc. Lamy* 2007, n° 1295, p. 6 ; J.-P. Lhernould, « Obligation de sécurité de résultat : des arrêts *Amiante* à l’arrêt *Sneema*, brève chronique jurisprudentielle d’un univers en expansion », *JS Lamy* 2008, n° 239, p. 6 ; Soc. 5 mars 2008, n° 06-45.888, D. 2008. 857 ; *ibid.* 2306, obs. M.-C. Amauger-Lattes, I. Desbarats, C. Dupouey-Dehan, B. Lardy-Pélissier, J. Pélissier et B. Reynès ; *Dr. soc.* 2008. 519, obs. P.-Y. Verkindt ; *ibid.* 605, obs. P. Chaumette ; *RDT* 2008. 316, obs. L. Lerouge ; G. Loiseau, « Obligation de sécurité », *BICC*, 1^{er} oct. 2012, n° 768 ; P. Sargos, « L’évolution du concept de sécurité et ses conséquences en matière de responsabilité », *JCP E* 2003. 313 ; Soc. 26 mars 2014, n° 12-35.040, D. 2014. 830 ; *RDT* 2014. 544, obs. Lucas Bento de Carvalho ; *JCP S* 2014, 1268, note A. Barège ; 26 mars 2014, n° 12-23.634, D. 2014. 830 ; *ibid.* 1115, obs. P. Lokiec et J. Porta ; *Dr. soc.* 2014. 397, tribune J.-E. Ray ; *ibid.* 821, étude J. Mouly ; *JCP S* 2014. 1302, note F. Dumont ; 3 déc. 2014, n° 13-18.743, *JCP S* 2015. 1135, obs. J. Gérard ; 25 nov. 2015, n° 14-24.444, D. 2015. 2507 ; A. Bugada, « L’obligation de sécurité pesant sur l’employeur en matière prud’homale : obligation de moyen ou de résultat ? », *JCP S* 2014. 1450.

²⁰⁰⁰ M. Blatman, L’obligation de sécurité, *Dr. soc.* 2011, p. 743 ; P.-Y. Verkindt, S. Fantoni-Quinton, Obligation de résultat en matière de santé au travail. A l’impossible, l’employeur est tenu ?, *Dr. soc.* 2013, p. 229 ; P.-Y. Verkindt, Un signe fort de la maturité sur l’obligation de sécurité de résultat, *SSL* n° 1726, p. 11 ; P.-Y. Verkindt, Les obligations de sécurité du chef d’entreprise : aspects de droit civil, *SSL*, suppl. n° 1286, 2005, p. 25 ; L. de Montvalon, Le crépuscule de l’obligation de sécurité de résultat, *JSL*, mars 2018, n° 449, pp. 4-7 ; L. de Montvalon, De l’obligation de sécurité à l’obligation de prévention des risques, *Les Cah. Lamy du CE*, n° 155, 1^{er} janvier 2016.

²⁰⁰¹ Cass. civ. 2^{ème}, 31 mai 2012, n° 11-30.309.

²⁰⁰² Cass. civ. 2^{ème}, 24 janv. 2013, n° 11-27.073.

l'ensemble des salariés²⁰⁰³. Toute la difficulté se concentrera sur la preuve, comme c'est déjà le cas aujourd'hui.

²⁰⁰³ S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.*, 2013, n° 12, pp. 1023-1030.

B. L'accès du médecin du travail aux données de santé du salarié

292. Restaurer la confiance. La confiance est le premier défi à relever en santé-sécurité au travail en offrant davantage de garanties aux travailleurs quant aux intentions du médecin du travail. L'article L. 1132-1 du Code du travail a notamment pour but de protéger le travailleur contre toute discrimination de l'employeur en raison de sa santé. Or, l'affectation du travailleur à un poste de travail peut être fonction de son état de santé, dont l'employeur doit malgré tout tenir compte. Pour éviter toute tentation discriminatoire²⁰⁰⁴, l'employeur doit solliciter l'intervention du médecin du travail. Ainsi, ce dernier se retrouve au cœur d'un conflit entre l'employeur, en quête d'informations sur la santé du salarié en vue d'organiser le travail, et un salarié, ne souhaitant pas dévoiler une trop grande part de sa vie personnelle risquant de mettre son emploi en jeu. C'est la raison pour laquelle il faut donner davantage de moyens au médecin pour disposer d'une information tendant à l'exhaustivité lui permettant de renforcer la qualité du suivi et de la prise en charge du travailleur et, d'autre part, mieux garantir la protection de ces données. Les informations médicales qui peuvent aujourd'hui circuler dans un cadre dépassant le colloque singulier entre le médecin et son patient²⁰⁰⁵ devraient être mieux protégées dans une organisation et des règles adaptées à cet objectif, tout en tenant compte des réalités de la santé-sécurité au travail et de l'organisation des services de santé. Même s'il est initialement conçu pour protéger le colloque singulier entre médecin et patient, le secret professionnel reste une règle d'organisation des professions de santé, qu'il faut penser dans un contexte pluridisciplinaire. Il n'en demeure pas moins que le pivot demeure le colloque singulier qu'il convient de renforcer et qui passe par un rapport de confiance privilégié, rencontre d'une conscience et d'une confiance. L'état du droit positif ne facilite pas cette nécessaire proximité rapport étroit car ce n'est pas le travailleur qui choisit le médecin du travail mais l'employeur, en contradiction avec les règles du Code de la Santé publique²⁰⁰⁶, ce traduit le fonctionnement d'une médecine de contrôle et non de prévention. Par ailleurs, la saisine du Conseil de prud'hommes en contestation²⁰⁰⁷ d'un avis médical est une étrangeté. La possibilité même de contester l'avis du médecin du travail témoigne du caractère juridiquement contraignant de son action de contrôle. Pour basculer

²⁰⁰⁴ S. Brissy, Collecte et traitement des informations nécessaires, Droit et secret dans les SSTI – Actes Journées Santé Travail du CISME – Tome V – 2015, p. 46.

²⁰⁰⁵ A. Gardin, Le secret et le médecin du travail, *Dr. ouvr.* 2015, p. 403.

²⁰⁰⁶ C. santé pub., art. L. 1110-8.

²⁰⁰⁷ C. trav., art. L. 4624-7.

vers le paradigme de la prévention primaire et de la promotion de la santé, il convient de favoriser la connaissance par le médecin du travail de la population du travail par un accès aux données de santé (1). Pour gagner en efficience dans le suivi des travailleurs d'une part, mais également pour permettre aux autres médecins que le médecin du travail de mieux appréhender globalement leur santé, le partage d'informations, dans une logique individuelle de parcours et dans l'intérêt collectif, paraît pertinent. « Cet accès facilitera le suivi individuel des salariés en rendant leur parcours plus lisible, facilitant le dépistage de maladies professionnelles au long cours telles que le cancer et rendra ainsi plus efficace l'action des services de santé au travail »²⁰⁰⁸. Pour ce faire, la fusion du dossier médical partagé et du dossier médical en santé au travail pourrait être envisagée (2).

1. Le partage des données de santé

293. Secret médical²⁰⁰⁹. Selon L. Portes, « Il n'y a pas de médecine sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret... »²⁰¹⁰. Le secret professionnel²⁰¹¹ est la « pierre angulaire de la morale médicale »²⁰¹². Le secret médical revêt un caractère général et absolu²⁰¹³. Il a été ainsi admis que le patient ne peut délier le médecin de son obligation de secret. Le secret s'impose à l'égard d'autres médecins dès lors qu'ils ne concourent pas à un acte de soins. Il ne peut être dérogé au secret médical que par la loi. Par exemple, le médecin est obligé de déclarer au médecin de l'ARS les maladies contagieuses dont la liste est fixée par voie réglementaire, d'indiquer le nom du patient et les symptômes présentés sur les certificats d'admission en soins psychiatriques, d'établir, pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, des certificats détaillés décrivant les lésions et leurs conséquences ou bien de communiquer à l'Institut de veille sanitaire (InVS) les informations nécessaires à la sécurité, veille et alerte sanitaires. De la même manière, le médecin est autorisé à communiquer les données à caractère personnel qu'il détient, strictement nécessaires à

²⁰⁰⁸ V. Mesli, Quelles articulations entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail ?, *RDSS* 2014, p. 266.

²⁰⁰⁹ P. Verspieren, « Le secret médical et ses fondements », Laennec, vol. tome 55, n° 1, 2007, pp. 6-11.

²⁰¹⁰ L. Portes, « Du secret médical », Communication à l'Académie des Sciences Morales et Politiques, 5 juin 1950, in *A la recherche d'une éthique médicale*, Masson, 1964, p. 18.

²⁰¹¹ C. santé pub., art. L. 1110-4 ; C. pén., art. 226-13 ; C. Séc. soc., art. L. 162-2.

²⁰¹² P. Vallery-Radot, « Médecine à l'échelle humaine ». Paris : A. Fayard, 1959.

²⁰¹³ Arrêt Watelet, Ch. Crim., 19 déc. 1885 (affirmation) ; Arrêt Degraene, Ch. Crim., 8 mai 1947 : « L'obligation du secret professionnel s'impose aux médecins comme un devoir de leur état. Elle est générale et absolue et il n'appartient à personne de les en affranchir » ; CE ass. Dévé, 12 avr. 1957 ; Avis de la Section sociale du Conseil d'Etat, 6 févr. 1951 et 2 juin 1953.

l'exercice de leur mission, aux médecins conseils du service du contrôle médical, aux médecins inspecteurs de l'inspection générale des affaires sociales, aux médecins inspecteurs de la santé, aux médecins inspecteurs de l'ARS, aux médecins experts de la Haute Autorité de Santé, aux inspecteurs médecins de la radioprotection. Le médecin doit s'en tenir à une information « nécessaire, pertinente et non excessive »²⁰¹⁴. Vis-à-vis de son patient, le médecin doit une information « loyale, claire et appropriée »²⁰¹⁵. Des brèches existent. Ainsi, la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses de santé exposées par les assurés sociaux implique la communication d'informations nominatives plus ou moins révélatrices de l'état de santé de l'assuré. Il en est ainsi pour la feuille d'assurance maladie avec l'indication des actes effectués, notamment le code de l'acte et de la pathologie et l'ordonnance, ou encore, pour le certificat d'arrêt de travail pour la maladie dont le premier volet fait mention des motifs médicaux justifiant l'arrêt, ou enfin, pour les déclarations d'accident du travail et de maladie professionnelle font l'objet de certificats nominatifs et descriptifs. Par ailleurs, le médecin traitant fournit, au nom du principe du « secret partagé »²⁰¹⁶, certaines indications sur la pathologie de l'assuré social concerné au médecin-conseil qui apporte sa compétence médico-sociale (possibilité de prestations spéciales, rééducation fonctionnelle, entente préalable...). Cependant, l'échange de renseignements n'est autorisé qu'aux conditions suivantes : le patient doit avoir donné son accord ; les renseignements doivent être communiqués, non au service de contrôle, mais à un médecin-conseil nommément désigné, sous pli confidentiel ; le médecin-traitant ne confie que les données indispensables au médecin-conseil pour que celui-ci puisse prendre sa décision ; le médecin traitant reste juge de l'opportunité et de l'étendue des informations échangées. Plus généralement, la loi²⁰¹⁷ reconnaît aux praticiens-conseils du service de contrôle médical un droit d'accès aux données de santé à caractère personnel si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leurs missions et dans le respect du secret médical. Enfin, à la demande de l'Institut de veille sanitaire, toute personne physique et morale est tenue de lui communiquer toute information en sa possession, relative aux risques pour la santé humaine²⁰¹⁸. Lorsque ces informations sont couvertes par le secret médical²⁰¹⁹, elles sont adressées à un médecin désigné pour les

²⁰¹⁴ Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins de mai 1998.

²⁰¹⁵ Cass. civ., 1^{ère}, 14 oct. 1997 : *Bull. civ.* I, n° 278.

²⁰¹⁶ C. Santé pub., art. L. 1110-4 : C. Manaouil, Le secret partagé entre professionnels depuis la loi santé du 26 janv. 2016, *RGDM* 2016, n° 61, p. 53.

²⁰¹⁷ C. séc. soc., art. L. 315-1, V.

²⁰¹⁸ C. santé pub., art. L.1413-4 et L.1413-5.

²⁰¹⁹ C. santé pub., art. R.1413-21, R.1413-22 et R.1413-23.

recevoir, sous double enveloppe, celle placée à l'intérieur devant porter la mention « secret médical ».

294. Extension du partage des données de santé. En l'état actuel du droit, le dossier médical partagé n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail²⁰²⁰. D'aucuns ont considéré qu'il était « probable que l'évolution du DMP suivra celle de la télémédecine qui n'en est qu'à ses débuts. Dans ce cadre, il ne serait pas inutile de repenser la question du partage des données de santé. »²⁰²¹ L'extension du partage²⁰²² ne peut être envisagé qu'à deux conditions principales : d'abord, en offrant toutes les garanties permettant une relation de confiance entre le travailleur et le médecin par la mise en œuvre du paradigme de l'exclusivité réelle de la mission préventive et, ensuite, en sécurisant davantage l'accès à ces données sensibles. L'intervention du médecin du travail serait grandement facilitée par l'accès au dossier médical partagé du patient. Soumis comme ses confrères au secret médical²⁰²³, il n'y aurait pas de raison de le laisser à l'écart du partage du dossier médical du salarié dont il a la charge. Le Code de la Santé publique est très clair sur ce point. Le fait d'être soumis au secret médical n'autorise pas un libre accès aux données personnelles de santé. En effet, le secret médical existe également entre médecins. Il ne peut être levé qu'avec l'accord du patient²⁰²⁴. Il est par exemple levé entre le médecin traitant et le cardiologue²⁰²⁵ mais ne l'est pas, en revanche, entre le médecin traitant et le médecin expert de l'assurance. En santé au travail, le médecin du travail n'est pas dans la même position que le médecin traitant. En effet, le médecin du travail est engagé dans une relation triangulaire avec le salarié et l'employeur. C'est au patient de décider ce qu'il communique, en fonction de la confiance qu'il accorde au médecin. La loi n'autorise pas à contourner la volonté du patient²⁰²⁶. En raison du schéma actuel de la santé au travail et de la relation juridique qui y préside, nonobstant l'indépendance du médecin du travail, il n'est pas possible d'accorder au médecin du travail l'accès au dossier médical du salarié. Deux exigences préalables semblent nécessaires pour envisager cette

²⁰²⁰ C. santé pub., art. L. 1111-18.

²⁰²¹ C. Bourdaine-Mignot, « Le dossier médical personnel (DMP) : un outil de stockage des données de santé en vue d'une utilisation partagée », *RGDM*, n° 44, 2012, p. 295-311.

²⁰²² Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, Recommandation n° 5 : Mieux articuler la santé au travail et la santé publique pour une meilleure prise en charge de la santé globale des travailleurs : parvenir à brève échéance, dans le respect de la vie privée des salariés et afin de faciliter une prise en charge coordonnée de leur santé, au partage, via le DMP, d'informations médicales entre professionnels de santé, qu'ils interviennent dans le parcours de soins ou de prévention

²⁰²³ C. Duhamel, Respect du secret professionnel : en médecine du travail, le silence est d'ordre, *Alternatives économiques*, 1^{er} avril 2002 ; P. Adam, Médecins du travail : le temps du silence ?, *Dr. soc.*, 2015, p. 541.

²⁰²⁴ C. Santé pub., art. L. 1110-4.

²⁰²⁵ C. santé pub., art. L. 1110-4 II.

²⁰²⁶ C. Santé pub., art. L. 1110-4, V.

hypothèse. Tout d'abord, distinguer clairement médecine de conseil et médecine d'expertise. En d'autres termes, le médecin du travail ne devrait plus pouvoir se prononcer sur l'aptitude d'un salarié à exercer un travail, autrement qu'à titre consultatif. En second lieu, la relation juridique qui le lie à l'employeur devrait être réformée. En effet, quelle doit être l'attitude du médecin du travail lorsqu'il constate que l'état de santé d'un salarié est de nature à engendrer des risques pour d'autres en raison du fait qu'il est chargé de s'assurer de la non-altération de la santé des travailleurs du fait ou à l'occasion de leur travail ? « L'accès direct au dossier médical constituerait pour le médecin un moyen de sortir d'une situation inextricable et d'assurer la mission prescrite par la loi. En l'état actuel du droit positif, la voie est cependant sans issue : cet accès est interdit. »²⁰²⁷ Fort de cet accès, le médecin du travail ne pourrait qu'assurer un meilleur suivi de santé. En cas de troubles avérés et exposant autrui à des dangers, le médecin du travail disposerait-il d'un moyen pour contourner ce secret ? Serait-ce souhaitable ? Comme dans toutes les spécialités médicales, le médecin doit toujours agir en conscience²⁰²⁸. De plus, les règles du Code de la Santé publique et du Code pénal permettent aux médecins de contourner le secret dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi²⁰²⁹, notamment en cas de « caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une »²⁰³⁰, ou en matière d'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent²⁰³¹. Dans des cas particuliers, pour des professions limitées et des postes de travail présentant un danger d'une particulière gravité, assurer une surveillance renforcée de la santé du travailleur paraît légitime au regard de l'utilisation qui peut être faite de l'outil de travail comme d'une arme par destination et de la catastrophe que cela peut engendrer, comme cela a été le cas lors du drame de la Germanwings²⁰³². En tout état de cause, la santé du travailleur, comme celle du patient, doit être envisagée de manière globale. Comment en effet comprendre que ce soit le médecin traitant qui délivre un arrêt de travail permettant ainsi au travailleur de cesser le travail et le médecin du travail qui avalise la reprise, sans une concertation minimale entre les deux ?

²⁰²⁷ P. Davezies, L'aptitude médicale dans le système français de santé au travail : origine, interrogations et débats, *Médecine du travail & ergonomie, Arbeitsgesundheitszorg & ergonomie*, Volume XLIV, 2007, 73-82.

²⁰²⁸ C. Santé pub., art. R. 4127-7.

²⁰²⁹ C. Santé pub., art. L. 1110-4, I, al. 2. : B. Legros, J. Saison-Demars, Le secret professionnel, une règle assortie de multiples dérogations, *RGDM* 2016, n° 61, p. 32.

²⁰³⁰ C. pén., art. 226-14.

²⁰³¹ C. Santé pub., art. L. 3212-1.

²⁰³² P.-Y. Verkindt, Le médecin du travail et la sécurité des tiers, *Cah. soc.* avril 2017, n° 295, p. 208.

295. Accès du médecin du travail au dossier médical partagé du travailleur. Si l'on considère le médecin du travail comme faisant partie intégrante de la communauté médicale, il doit répondre de toutes les règles du Code de la Santé publique sans exception majeure, avec quelques aménagements éventuels tenant des spécificités de la santé-sécurité au travail. Si on le relègue au second plan et qu'on lui dénie la possibilité de s'inscrire dans le parcours de santé des travailleurs qu'il suit, alors cette spécialité médicale ne peut remplir ses missions. En réalité, il faudrait procéder à l'adaptation de cette dernière afin que les difficultés qui participent de sa contestation, au même régime juridique que les autres spécialités médicales, soient levées. Parmi ces difficultés, la question de l'accès au dossier médical du travailleur par le médecin du travail est une antienne. Dans un rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) du 25 juin 2010²⁰³³, ce dernier a indiqué ne pas s'opposer à l'accord en lecture, comme en écriture, au DMP des travailleurs, présentant « un intérêt indiscutable » pour suivre la santé des travailleurs dont ils ont la charge. Le CNOM suggère que cet accès soit conditionné à ce que le salarié donne « un consentement exprès, renouvelé, libre et éclairé au médecin du travail ». « Le principe du secret médical²⁰³⁴ est un principe d'intérêt public. Son but est que toute personne puisse se confier à un médecin avec la certitude que rien ne sera dévoilé de ce que celui-ci aura pu apprendre au cours de son exercice. »²⁰³⁵ « Le patient ne peut délier son médecin du secret médical. » Par ailleurs, le CNOM précise que « le consentement ou l'absence de consentement du salarié ne peut, sous quelque forme que ce soit, être porté à la connaissance d'une tierce personne. Tout comportement d'un employeur visant directement ou indirectement à faire pression auprès d'un salarié pour qu'il donne accès à son DMP doit être sévèrement puni. Le législateur doit prendre toute mesure pour garantir le respect effectif de l'indépendance professionnelle du médecin du travail » ainsi que « la confidentialité absolue des données de santé à l'égard des employeurs dès lors que la consultation du DMP par le médecin du travail pourrait le conduire à en reporter des éléments dans le dossier médical de médecine du travail. »²⁰³⁶ Le modèle doit s'analyser en un ensemble de dispositifs permettant à la fois l'efficacité de la médecine du travail, son indépendance et la protection du secret médical dans le strict respect

²⁰³³ Dématérialisation des documents médicaux, Ordre national des médecins, Conseil national de l'Ordre, Rapport adopté le 18 juin 2010.

²⁰³⁴ C. santé pub., art. L. 1110-4.

²⁰³⁵ Rapport Dr F. Stefani, Conseil national de l'Ordre des médecins, septembre 2007.

²⁰³⁶ Dématérialisation des documents médicaux, Ordre national des médecins, Conseil national de l'Ordre, Rapport adopté le 18 juin 2010.

du RGPD²⁰³⁷. C'est la raison pour laquelle les dossiers médicaux ne devraient pas être consultés dans l'enceinte de l'entreprise. Au-delà des règles, la médecine du travail est confrontée à un défi de confiance qui dépasse la sphère juridique stricte. Le CNOM propose quant à lui d' « envisager que le médecin du travail puisse compléter le DMP pour que le médecin traitant du salarié ait connaissance des risques professionnels auxquels est exposé le patient qu'il prend en charge. »²⁰³⁸ Seul le médecin traitant dispose d'un droit d'accès au DMP, à l'ensemble des informations qu'il contient, par dérogation à l'article L. 1111-15 du Code de la Santé publique²⁰³⁹. Enfin, parce que l'interopérabilité²⁰⁴⁰ des systèmes est un atout essentiel²⁰⁴¹, le CNOM recommande que les applications informatiques et systèmes d'information utilisés par les médecins du travail, médecins scolaires, médecins-conseils, médecins experts, médecins d'assurance respectent les conditions générales de confidentialité et de sécurité qui s'imposent dans l'espace numérique de santé²⁰⁴².

296. Traitement des données de santé. Selon les recommandations du CNOM²⁰⁴³, le patient doit être informé que ses données de santé font l'objet d'un traitement informatisé, qu'il peut exercer son droit d'opposition et que son consentement a été recueilli dans tous les cas où il est exigé²⁰⁴⁴. En outre, l'identification et l'authentification personnelle de chaque médecin et professionnel de santé appelés à intervenir dans le suivi de santé doivent faire l'objet d'un traçage de connexion. L'intérêt de ce DMP revisité est de colliger un ensemble plus important de données, pour assurer la continuité de la prise en charge, gagner du temps en organisant les informations pour retrouver rapidement les données pertinentes au moment nécessaire, éviter les examens redondants et les traitements inutiles, communiquer, si

²⁰³⁷ Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données), JOUE, 4 mai 2016, L 119/1 à L 119/88 ; L. ROQUE, « Une volonté actée de structuration de la protection des données personnelles de santé », *RDS*, n° 72, 2016, p. 593-597 ; M. GRIT, « Traitement des données de santé : allègement des formalités auprès de la Cnil », *RDS*, n° 79, 2017, p. 739-740.

²⁰³⁸ Dématérialisation des documents médicaux, Ordre national des médecins, Conseil national de l'Ordre, Rapport adopté le 18 juin 2010.

²⁰³⁹ C. Santé pub., art. L. 1111-16, al. 2.

²⁰⁴⁰ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, Recommandation n° 12 : Permettre l'exploitation collective des données à des fins d'évaluation et de recherche et généraliser l'interopérabilité des systèmes d'information.

²⁰⁴¹ Les services de santé au travail interentreprises, un réseau dédié à la prévention, 10 engagements pour la santé au travail, Présanse, juin 2018, pp. 28-29.

²⁰⁴² Dématérialisation des documents médicaux, Ordre national des médecins, Conseil national de l'Ordre, Rapport adopté le 18 juin 2010.

²⁰⁴³ Dématérialisation des documents médicaux, Ordre national des médecins, Conseil national de l'Ordre, Rapport adopté le 18 juin 2010.

²⁰⁴⁴ Dématérialisation des documents médicaux, Ordre national des médecins, Conseil national de l'Ordre, Rapport adopté le 18 juin 2010.

nécessaire, des éléments d'information utiles aux confrères consultés par un patient, ainsi qu'aux autres professionnels de santé le cas échéant, organiser la planification de la surveillance des pathologies chroniques et des actions de prévention et de dépistage, aider à la prise de décision et faciliter l'évaluation des pratiques professionnelles par la profession elle-même²⁰⁴⁵. Le CNOM recommande de ne faire figurer dans ce dossier professionnel, quelle que soit la nature de l'exercice du médecin qui le constitue, que les éléments objectifs et les interprétations consignées au cours de la démarche diagnostique²⁰⁴⁶. Par ailleurs, doit être favorisée la communication entre médecins pour améliorer la prise en charge. Dans ce sens, le respect de l'article 45 du Code de déontologie médicale selon lequel « tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins » dans une application élargie à tous les médecins participant au suivi du patient, est de nature à améliorer le suivi de santé mais, corrélativement, l'efficacité de la médecine du travail. Ainsi, la numérisation des données prend une nouvelle dimension, dans l'intérêt même du patient, avec des objectifs de partage, qui se trouve ainsi facilité et accéléré, au bénéfice de la coordination des soins²⁰⁴⁷. Toutefois, ce partage doit faire l'objet du consentement exprès et préalable du patient, hormis un péril imminent²⁰⁴⁸, « une nécessité évidente ou un danger immédiat »²⁰⁴⁹, l'urgence ou l'impossibilité²⁰⁵⁰.

297. La distinction lecture/écriture dans l'accès au DMP. Entre lecture et écriture, une distinction doit être opérée dans l'accès au DMP : la première avec l'accord exprès du travailleur et la seconde supposant la non-opposition du travailleur. En fonction de leur profession, de leur rôle et de leurs missions dans l'équipe de soins ou de prévention, les professionnels de santé se voient accorder, sous le régime du consentement du patient, un accès en mode « lecture/consultation » et/ou en mode « écriture/alimentation »²⁰⁵¹. Ainsi, il s'agit de mettre en place un système d'habilitation propre à n'autoriser le mode

²⁰⁴⁵ Dématérialisation des documents médicaux, Ordre national des médecins, Conseil national de l'Ordre, Rapport adopté le 18 juin 2010.

²⁰⁴⁶ Dématérialisation des documents médicaux, Ordre national des médecins, Conseil national de l'Ordre, Rapport adopté le 18 juin 2010.

²⁰⁴⁷ Cf aussi exigences prévues par le RGPD, Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des données physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, JOUE L 127/2.

²⁰⁴⁸ CE 26 oct. 2001, Mme Senanayaké, req. n° 198546 : RFDA 2002. 146, concl. Contr. Chauvaux ; *RTD civ.* 2002. 484, obs. Hauser.

²⁰⁴⁹ Cass. civ., 1^{ère}, 11 oct. 1988 : *Bull. civ.* I, n° 280 ; JCP 1989. II. 21358, note Dorsner-Dolivet.

²⁰⁵⁰ C. Santé pub., art. L. 1111-4, al. 5.

²⁰⁵¹ Dématérialisation des documents médicaux, Ordre national des médecins, Conseil national de l'Ordre, Rapport adopté le 18 juin 2010.

« écriture/alimentation » qu'à certains professionnels identifiés et consentis par le principal intéressé. Le but est d'élargir les sources d'information et de garantir une utilisation efficiente des données ainsi collectées. De manière pragmatique, s'agissant du mode « écriture/alimentation », le CNOM exclut le consentement du patient à chaque alimentation. En effet, le but n'est pas d'alourdir le dispositif et de le condamner à une inefficience par sa complexité et les entraves à son bon et simple fonctionnement. Pour autant, le patient doit pouvoir exercer son droit d'opposition au dépôt de toute donnée. Enfin, tout professionnel de santé autorisé à accéder au dossier doit pouvoir l'alimenter en données pertinentes pour la coordination des soins²⁰⁵². C'est précisément le but. Concernant le mode « lecture/consultation », le CNOM recommande l'organisation des habilitations et des données accessibles en fonction de leur degré de confidentialité devant être optimisée pour rendre les règles d'accès compréhensibles de tous. En outre, l'accès en « lecture/consultation » d'un professionnel de santé est conditionné par l'autorisation qui lui est donnée²⁰⁵³. Le CNOM recommande que les dispositifs informatiques soient tels qu'ils puissent permettre, dans l'intérêt des patients comme des professionnels eux-mêmes, l'identification certaine des accès en lecture comme en écriture²⁰⁵⁴, c'est-à-dire la traçabilité des accès et la conservation indéfinie du journal des traces. Cette procédure de journalisation des connexions précise grâce à un horodatage permettant la mise en œuvre de quatre garanties : l'intégrité (avec la délivrance d'un jeton d'horodatage permettant de sceller des données électroniques), l'antériorité, l'exactitude et l'opposabilité²⁰⁵⁵. Il faudrait franchir une étape supplémentaire dans l'intérêt des patients. En effet, prévu à l'origine, pour constituer un ensemble de services permettant au patient, qui l'aura librement accepté, et aux professionnels de santé qu'il a autorisés, de partager sous forme électronique des informations de santé en vue d'améliorer la prévention, la continuité, la coordination et la qualité des soins, le DMP doit désormais se substituer au dossier « métier » du professionnel de santé. Ceci permettrait de dépasser la question de l'articulation qui suppose l'établissement de plusieurs dossiers et qui constitue une forme d'entrave à la continuité de la prise en charge, pour préférer leur fusion au profit de la constitution d'un dossier médical partagé et unique.

²⁰⁵² *Ibid.*

²⁰⁵³ *Ibid.*

²⁰⁵⁴ *Ibid.*

²⁰⁵⁵ *Ibid.*

2. La fusion du dossier médical partagé et du dossier médical en santé au travail

6. **Rapprochement.** « Selon Hippocrate, il est recommandé aux médecins d'observer l'homme dans son environnement pour lui venir en aide, lui porter les secours de la médecine, restaurer sa santé. »²⁰⁵⁶ « Le patient doit être actif et apporter des informations, il fait partie de la solution et pas du problème », a rappelé Raja Chatila, Directeur de recherche au CNRS, lors des auditions du Cnom²⁰⁵⁷. Parvenir à un meilleur suivi des travailleurs suppose un meilleur diagnostic des besoins de santé en mobilisant des éléments que l'on a déjà mais que l'on n'arrive pas à synthétiser²⁰⁵⁸. Il faudrait une prescription de suivi de santé qui soit fonction des vrais besoins et une ouverture massive au conseil et à la libre expression des salariés qui viendraient voir le médecin du travail librement. Il faudrait faciliter le rapport médecin du travail/travailleur. En réalité, faire sauter le verrou de l'accès du médecin du travail au DMP permettrait cette simplification indispensable à l'efficacité du système, par une articulation pleinement intégrée, selon les trois hypothèses évoquées précédemment : l'accès total au DMP, l'accès restreint à l'écriture pour renseigner le volet professionnel, l'absence totale d'accès ni en écriture ni en lecture. « Ces modalités semblent possibles dans la mesure où l'outil informatique que constitue le DMP²⁰⁵⁹ assure des garanties de traçabilité et permet une configuration des accès aux différents professionnels de santé. Afin que les enjeux de confidentialité, de secret médical et de libertés individuelles soient respectés, il paraît nécessaire que le DMP garde sa « philosophie » actuelle, c'est-à-dire un contrôle total au patient sur le contenu et les accès à son DMP. »²⁰⁶⁰ En effet, l'appropriation de son DMP par le salarié/patient est indispensable à l'efficacité de ce système. Il faudrait donc rompre avec la logique du dossier médical en santé au travail comme dispositif isolé, sans lien avec le dossier médical partagé parce que, en matière médicale, l'efficacité suppose, il faut de la pluridisciplinarité ainsi qu'une logique de parcours pour une prise en charge performante. En effet, « autoriser un accès permettrait d'améliorer la qualité et la coordination des soins, donc l'état de santé des individus concernés, grâce à des impacts sur plusieurs aspects du parcours

²⁰⁵⁶ P. Bouet, Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle, Analyses et recommandations du Cnom, Avant-propos.

²⁰⁵⁷ Dématérialisation des documents médicaux, Ordre national des médecins, Conseil national de l'Ordre, Rapport adopté le 18 juin 2010.

²⁰⁵⁸ Rapport « Attractivité et formation des professions de santé au travail », IGAS n° 2017-023R/IGAENR n° 2017-053, établi par X. Chaster, P. Blémont, H. Siahmed, J.-M. Soulat, août 2017.

²⁰⁵⁹ Cour des comptes. Le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place, 2013.

²⁰⁶⁰ V. Mesli, Quelles articulations entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail ?, *RDSS* 2014, p. 266.

de soins. Vis-à-vis du suivi et de la traçabilité des expositions professionnelles²⁰⁶¹, l'intégration au DMP du curriculum laboris établi par un médecin du travail éviterait aux médecins du travail ultérieurs une certaine redondance de l'interrogatoire avec un risque de perte de données »²⁰⁶². Par ailleurs, les liens avec la médecine de soins donneraient lieu à un meilleur dépistage des pathologies professionnelles, en apportant des informations aidant aux orientations diagnostiques ou à la réalisation d'examens complémentaires. « Actuellement, le dépistage des cancers est un enjeu majeur humain et de santé publique, de même que le suivi post professionnel en cas d'exposition à des cancérrogènes »²⁰⁶³. Faciliter, simplifier, favoriser la complétude de l'approche médicale permettraient une action de prévention primaire de meilleure qualité, un diagnostic plus précoce, une meilleure prévention secondaire et le déploiement d'actions pertinentes à la fois pour promouvoir la santé, la préserver et assurer un équilibre entre préservation de la santé et maintien dans l'emploi. « Le médecin généraliste pourrait quant à lui avoir un meilleur suivi de ses patients en disposant des examens réalisés en santé au travail. Le médecin du travail serait aussi plus performant dans son évaluation de la nécessité d'un aménagement de poste ou d'une restriction d'aptitude en disposant d'examens complémentaires éventuels réalisés par le médecin généraliste ou spécialiste et en bénéficiant, le cas échéant, de son avis. »²⁰⁶⁴ Si l'on est favorable à ce que le médecin du travail bénéficie d'un accès au DMP, alors sa coexistence avec le DMST n'est plus forcément pertinente et il est possible d'envisager la fusion des deux dossiers.

298. Fusion. Sous couvert du consentement²⁰⁶⁵ du patient/travailleur, le DMP serait alimenté par tout document que le professionnel de santé, dans l'expertise qui est la sienne, juge utile à la coordination des soins. Au sein du service de santé au travail, contrairement à la pratique hospitalière qui prévoit un accès large au DMP, on pourrait tout à fait prévoir que

²⁰⁶¹ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, Recommandation n° 5 : Mieux articuler la santé au travail et la santé publique pour une meilleure prise en charge de la santé globale des travailleurs : permettre, dans le respect des principes régissant ce dossier, l'inscription des éléments relatifs aux expositions professionnelles et créer, à cet effet, une nouvelle rubrique dans le DMP.

²⁰⁶² V. Mesli, Quelles articulations entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail ?, *RDSS* 2014, p. 266.

²⁰⁶³ V. Mesli, Quelles articulations entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail ?, *RDSS* 2014, p. 266.

²⁰⁶⁴ V. Mesli, Quelles articulations entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail ?, *RDSS* 2014, p. 266.

²⁰⁶⁵ C. Manaouil, Le secret partagé entre professionnels depuis la loi santé du 26 janvier 2016, *RGDM*, déc. 2016, n° 61, p. 55 : « Depuis sa création en 2004, il a été difficile de trancher entre les deux options possibles : soit un outil professionnel exclusivement destiné à la transmission d'informations médicales entre praticiens ; soit un instrument de démocratie sanitaire ouvert aux patients qui en auraient la propriété et donc le droit d'y inscrire ou d'en retirer les informations qu'ils souhaitent. »

l'accès au dossier médical ne soit rendu possible qu'aux médecins du travail, médecins collaborateurs, internes et infirmiers, c'est-à-dire à l'équipe médicale qu'il faut ainsi reconnaître, pour renforcer encore le respect du secret médical²⁰⁶⁶, dans une logique de secret partagé. En effet, la pluralité d'intervenants, spécialement dans un SSTI, en raison de la pluridisciplinarité, a pour conséquence que les informations sur la santé des salariés passent entre de nombreuses mains. Ceci étant, l'équipe de santé au travail doit bénéficier à ce titre du même statut que les équipes de soins. Le secret partagé est prévu par l'article L 1110-4 alinéa 3 du Code de la Santé publique qui précise que « deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible... » Le consentement du patient est nécessaire en préalable à cet échange d'informations. Se pose enfin la question du caractère obligatoire du DMP. En effet, contrairement aux dossiers professionnels, qui sont de constitution obligatoire, le DMP, propre au patient, est facultatif²⁰⁶⁷. Pour que l'effectivité du suivi soit réelle, il serait nécessaire de consacrer l'obligation d'établir un DMP qui ne devrait comporter que des données pertinentes et structurées nécessaires à la coordination des parcours de santé et aux coopérations des professionnels. Le patient, par un accès possible à son DMP, devrait pouvoir masquer des documents, de manière tracée, renforçant ainsi sa responsabilité personnelle, notamment en cas de mise en cause d'un médecin qui aurait pu prendre une décision en méconnaissance de certains éléments. De plus, comme c'est le cas pour le DMP dans sa version actuelle, il doit pouvoir continuer à utiliser le DMP dans sa nouvelle version, c'est-à-dire enrichi du contenu du DMST²⁰⁶⁸, dans un document unique, pour alimenter son espace d'expression personnelle (souhaits en matière de dispositions de fin de vie, par exemple), correspondre de façon sécurisée avec un professionnel de santé, dès lors que ce dernier a donné son accord, gérer les droits d'accès à son DMP et demander la restitution ou la fermeture de son DMP.

²⁰⁶⁶ C. santé pub., art. R. 4127-4 ; L. 1110-4.

²⁰⁶⁷ C. Santé pub., art. L. 1111-14 : « les bénéficiaires de l'assurance maladie peuvent disposer (...) d'un dossier médical partagé » ; C. Manaouil, « Le dossier médical personnel (DMP) : « Autopsie » d'un projet ambitieux ? », Médecine et Droit, 2009, pp. 24-41.

²⁰⁶⁸ Mission relative à la prévention et à la prise en compte de l'exposition des travailleurs aux agents chimiques dangereux, Rapport P. Frimat, août 2018, p. 30.

299. Au-delà d'une vision aujourd'hui dépassée du paternalisme selon laquelle, « au nom de la mission du médecin, le consentement du malade n'est pas une donnée médicalement pertinente et ne doit pas, à cet égard, être considéré comme norme de référence de la décision »²⁰⁶⁹, il peut exister « des valeurs ou des intérêts supérieurs au prix qu'on peut attacher à l'autonomie d'une personne »²⁰⁷⁰. Ainsi, l'autodétermination ne peut correspondre à satisfaire toutes les situations, notamment celles mettant en danger une partie de la population environnante. Dans ces cas très particuliers, le travailleur doit être soumis à un contrôle rigoureux, de sa santé notamment, pour s'assurer de l'absence de contre-indication à la pratique des activités présentant des risques graves pour les tiers. L'impératif de sécurité collective mérite, dans certaines situations, un encadrement des libertés individuelles et, en l'occurrence, une adaptation du secret médical. Il paraît nécessaire d'envisager et de limiter l'exception des postes dangereux en raison, notamment, des risques pour les tiers (**paragraphe 1**), avant d'esquisser les contours nécessaires et pertinents d'une surveillance médicale renforcée (**paragraphe 2**).

Paragraphe 1 : Les postes à risques

300. Notions de risque et de danger. La frontière est ténue entre ces deux notions. Le mot « risque » est polysémique. Selon que l'on l'envisage de manière juridique ou non, ou selon la matière juridique, il revêt des acceptions nuancées. Dans son sens commun, le terme de risque est synonyme de danger. Il désigne un mal qui ne s'est pas encore réalisé, mais qui n'en est pas moins susceptible. Selon le Président Sargos, « les risques graves peuvent se définir comme étant ceux qui sont de nature à avoir des conséquences mortelles, invalidantes, ou même esthétiques graves compte tenu de leurs répercussions psychologiques et sociales »²⁰⁷¹. Selon le juge administratif, il s'agit des « risques connus de décès ou

²⁰⁶⁹ A. Jaunait, Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient, *Raisons politiques* 2003/3, n° 11, Presses de Sciences Po.

²⁰⁷⁰ A. Jaunait, Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient, *Raisons politiques* 2003/3, n° 11, Presses de Sciences Po.

²⁰⁷¹ Cass. civ., 1^{ère}, 14 oct. 1997, *Bull. civ.* I, n° 278 ; GADS 2016, n° 7 ; JCP 1997. II. 22942, rapp. Sargos ; *ibid.* I. 4068, n° 6 et s., obs. Viney ; *RTD civ.* 1998. 100, obs. Mestre ; LPA 13 mars 1998, note Dagorne-Labbe ; *RDSS* 1998. 68, note Harichaux.

d'invalidité »²⁰⁷². Le champ lexical autour des termes de risque et de danger est assez abondant : effet nocif, préjudice, dommage, maladie, accident... Ceci étant, le Code du travail ne donne pas les clés au médecin du travail et à l'employeur pour opérer une distinction opérationnelle. Un danger en milieu de travail est une substance, une chose, une situation présentant le potentiel de blesser. Le terme « potentiel » est important car la concrétisation du danger sera fonction de facteurs tels que le degré de toxicité d'une substance dangereuse, la durée d'exposition et la quantité absorbée. Les dangers peuvent également être appréciés au regard de la gravité des dommages qu'ils génèrent ou sont susceptibles de générer. On peut en établir deux catégories : les dangers à la sécurité et les dangers à la santé exposant à des accidents et/ou maladies. Le danger d'une chose, d'une substance ou d'une situation, en tant qu'il se caractérise par son potentiel de causer un dommage, se différencie du risque qui, lui, est la probabilité que cette chose, cette substance ou cette situation cause réellement un dommage. La suppression pure et simple de certains risques n'est pas possible. Les conséquences de l'exposition à ces derniers sont si graves que, malgré le potentiel peu élevé qu'un travailleur en soit victime, le risque est si grand que des précautions importantes doivent être prises dans le but de prévenir au maximum cette possibilité, fût-elle minime. Le Code du travail, à l'article R. 4412-4, définit en matière d'expositions aux risques chimiques, les termes de risque et de danger. Ainsi, dans ce cadre, on entend par risque « la propriété intrinsèque d'un agent chimique susceptible d'avoir un effet nuisible »²⁰⁷³ et par danger « la probabilité que le potentiel de nuisance soit atteint dans les conditions d'utilisation et/ou d'exposition »²⁰⁷⁴. Selon l'INRS²⁰⁷⁵, le danger est « la propriété intrinsèque d'un produit, d'un équipement, d'une situation susceptible de causer un dommage à l'intégrité mentale ou physique du salarié ». Le risque est « une notion abstraite, inobservable directement, une catégorie de statut intermédiaire entre celle des dangers et celle des dommages ». La définition qui semble faire consensus décrit le risque comme « l'éventualité d'une rencontre entre l'homme et un danger auquel il est exposé. Deux composantes caractérisent le risque. Il s'agit de la probabilité de la survenance d'un dommage qui est liée à la fréquence

²⁰⁷² CE, sect., 5 janv. 2000, Cts Telle et AP-HP, req. N° 181899 et 198530 (2 esp.) : Lebon 5, concl. Chauvaux ; JCP 2000. II. 10271, note Moreau ; *AJDA* 2000. 137, chron. Guyomar et Collin ; *RFDA* 2000. 641, concl. Chauvaux et note Bon ; *RDSS* 2000. 357, note Dubouis ; *LPA* 25 févr. 2000, p. 16, note Clément ; *Dr. adm.* 2000, n° 46, note Esper.

²⁰⁷³ C. trav., art. R. 4412-4, 2° : « la probabilité que le potentiel de nuisance soit atteint dans les conditions d'utilisation et/ou d'exposition ».

²⁰⁷⁴ C. trav., art. R. 4412-4, 1° : « la propriété intrinsèque d'un agent chimique susceptible d'avoir un effet nuisible ».

²⁰⁷⁵ INRS, Santé et sécurité au travail, Evaluation des risques professionnels, dossier, 2018, www.inrs.fr/demarche/evaluation-risques-professionnels.html

d'exposition et/ou la durée d'exposition au danger et de la probabilité d'apparition du phénomène dangereux et la gravité du dommage²⁰⁷⁶. »

301. Le médecin du travail face aux risques et aux dangers. En santé au travail, les notions de risque et de danger sont essentielles. 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 préserver²⁰⁷⁷. S'engage alors une procédure écrite avec l'employeur qui doit prendre en considération les propositions du médecin et qui, en cas de refus, fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. En matière d'inaptitude, la nouvelle procédure²⁰⁷⁸ prévoit, outre la réalisation d'au moins un examen médical du travailleur, d'une étude des conditions de travail et d'un échange avec l'employeur, la possibilité de mentionner dans cet avis que tout maintien dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi²⁰⁷⁹. L'avis d'inaptitude médicale²⁰⁸⁰, ainsi réformé, peut donc être, par principe, délivré en un seul examen, avec les conséquences que cela peut engendrer sur son contrat de travail. L'article L. 4121-2 du Code du travail prévoit que l'employeur doit, notamment, « éviter les risques » et « remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou ce qui est moins dangereux ». Le Code du travail dispose que « le travailleur alerte immédiatement l'employeur de toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé »²⁰⁸¹. « Il peut se retirer d'une telle situation. »²⁰⁸² « L'employeur ne peut demander au travailleur qui a fait usage de son droit de retrait de reprendre son activité dans une situation de travail où persiste un danger grave et imminent résultant notamment d'une défectuosité du système de protection. »²⁰⁸³ On le voit, le médecin du travail et l'employeur doivent faire face au quotidien à ces notions et à leur réalité de risque et de danger. Le médecin du travail,

²⁰⁷⁶ Les deux critères ne sont pas toujours considérés cumulativement, notamment en matière d'information : la seule circonstance qu'un risque n'est pas fréquent est sans incidence sur l'obligation d'en informer le patient compte-tenu de sa gravité (CAA Lyon, 7 avr. 2001, Olivier A. c/ CHU Saint-Etienne : req. N° 09LY01837 ; CAA Paris, 12 nov. 2012, M. H., req. N° 11PA02031 : *AJDA* 2013. 46, chron. Sirineli).

²⁰⁷⁷ C. trav., art. L. 4624-3.

²⁰⁷⁸ D. n° 2016-1908 du 27 déc. 2016, art. 1.

²⁰⁷⁹ C. trav., art. R. 4624-42.

²⁰⁸⁰ E. Jeansen, L'avis d'inaptitude, *JCP S*, n° 38, 27 septembre 2016, 1318.

²⁰⁸¹ C. trav., art. L. 4131-1 al. 1 ; Cass. Soc., 27 sept. 2017, n° 16-22.224, K. B., A défaut de danger grave et imminent pour la vie ou la santé du salarié, le droit de retrait n'est pas caractérisé, *JSL*, n° 442, nov. 2017, pp. 25-26 ; J. Savatier, Champ d'application du droit de retrait d'une situation dangereuse, *Dr. soc.* 1996, p. 684.

²⁰⁸² C. trav., art. L. 4131-1 al. 2.

²⁰⁸³ C. trav., art. L. 4131-1 al. 3.

disposant d'un devoir d'alerte²⁰⁸⁴, doit donc maîtriser les enjeux de ces distinctions en raison notamment de l'exercice de ce devoir à l'aune de la définition qu'il a du principe de précaution. « La logique imposerait donc d'organiser sérieusement une médecine de contrôle là où elle s'impose, c'est-à-dire sur les postes de sécurité. Il est nécessaire que les salariés concernés soient très clairement informés de la nature de ce qui se joue dans leur relation avec le médecin. De même, la définition, pour ce type de poste, de critères d'aptitude médicale particuliers imposerait de définir aussi des conditions particulières de sortie de l'emploi lorsque, du fait du vieillissement ou de phénomènes pathologiques, l'état de santé ne répond plus aux critères en question. Les postes de sécurité sont les seuls postes pour lesquels se justifie un contrôle autoritaire de l'aptitude. »²⁰⁸⁵ Ainsi, la définition des postes à risques est essentielle (A) pour pouvoir de traiter de leur régime juridique (B).

A. *La délimitation des postes à risques*

302. La délimitation des postes à risques suppose leur définition (1) et leur classification (2).

1. **Définition des postes à risques**

303. Objectifs sanitaire et sécuritaire. L'objectif est ici d'établir une catégorie précisément circonscrite, pour éviter toute interprétation de nature à affaiblir le dispositif, des postes nécessitant, au regard des risques qu'ils sont susceptibles de générer, des mesures de protection pour éviter leur réalisation. Une dimension sécuritaire alimente, pour partie, cette proposition. Pour cela, il convient de caractériser le risque, en établir la nature, la gravité, les caractéristiques et les hypothèses de réalisation. Contrairement au danger qui concerne la propriété intrinsèque d'un produit, d'un équipement, d'une situation susceptible de causer un

²⁰⁸⁴ C. trav., art. L. 4624-3.

²⁰⁸⁵ P. Davezies, L'aptitude médicale dans le système français de santé au travail : origine, interrogations et débats, *Médecine du travail & ergonomie*, Volume XLIV, 2007, 73-82.

dommage à l'intégrité mentale ou physique, le risque est un événement dont la réalisation est incertaine et dont la probabilité de survenance est plus ou moins grande selon différents indicateurs. Le risque et le danger ne sont pas placés sur le même plan. Par exemple, un couteau est dangereux car il expose au risque de coupure ; un plancher glissant est dangereux car il expose au risque de chute dont il renforce la probabilité de survenance et la gravité. Piloter un avion est dangereux car il expose au risque de mort. Il convient de mieux appréhender le risque car, potentiellement, beaucoup de choses sont dangereuses. L'objectif est de faire en sorte de diminuer au plus possible le risque. C'est le principe de la prévention primaire, agir le plus en amont possible. Dans le dernier exemple, pour éviter la catastrophe aérienne, il convient de mettre en application toutes les règles de vigilance pour tendre vers des conditions les plus efficaces de pilotage en bon père de famille. De plus, il faut s'assurer, au regard du risque grave et important de préjudice, que les conditions dans lesquelles il est utilisé sont parfaitement maîtrisées. Pour cela, il convient de prendre le maximum de précautions afin de s'assurer que l'individu qui a entre les mains cet appareil n'en fasse pas un usage détourné volontairement (santé mentale), involontairement (santé physique et mentale). Ce qui motive cette vigilance accrue est non seulement le risque pour le travailleur lui-même, mais également et surtout, l'implication, très probable, de tiers (équipage, passagers, personnes au sol). L'exemple du pilotage aérien n'est pas neutre, de même que celui relatif au transport ferroviaire, au transport routier... Autre exemple : un travailleur dans une centrale nucléaire ou bien encore un grutier. Le degré d'exposition d'autrui à un risque n'est pas le même selon que le travailleur concerné dispose de moyens susceptibles « de nuisance » plus ou moins importants, en cas d'intention de nuire, de faute, de négligence, de légèreté, ou, pour ce qui concerne plus directement notre sujet, de fragilité de santé, voire d'incompatibilité avec le poste de travail concerné. La difficulté est le positionnement du curseur dans cette recherche de protection et de sécurisation légitime. Il paraît raisonnable, pour ces postes de travail très sensibles, de mettre en œuvre tous les garde-fous possibles car il en va de l'intérêt, de la sécurité, de la sûreté de la population. On ne peut admettre qu'une activité économique mette à ce point en danger des tiers. Deux indicateurs paraissent pouvoir être pris en compte concomitamment : la gravité et le temps de réalisation du préjudice. Plus la gravité est importante et le risque imminent, plus les moyens de contrôle mobilisables doivent être rigoureux. En matière de transport aérien, ferroviaire, routier, maritime, notamment, la dangerosité est suffisante pour légitimer des moyens de contrôle très importants. Le risque croît si l'agent n'est pas en pleine mesure d'exercer son travail dans des

conditions optimales. L'opérateur est ainsi source de risque dans la mesure où il constitue l'élément par l'action duquel la probabilité de réalisation du risque va soit augmenter, soit baisser. En matière de santé-sécurité au travail, il convient par conséquent de se donner tous les moyens pour diminuer les risques. Dans ces cas, le médecin notamment doit pleinement jouer son rôle préventif en accompagnant ces travailleurs par un suivi doublé d'une surveillance renforcés²⁰⁸⁶. Une médecine de contrôle performante grâce à des moyens renforcés d'initiative et un accès aux données de santé sont également indispensables.

304. Exposition de tiers²⁰⁸⁷. Dès lors que la préoccupation sécuritaire des personnes dépasse le champ de l'entreprise elle-même, c'est à l'Etat d'exercer sa fonction régaliennne de protection et de fixer les conditions d'aptitude. Un équilibre doit être trouvé entre sécurité et préservation des libertés individuelles. La notion de tiers doit faire l'objet d'une distinction selon qu'il s'agisse des personnes évoluant dans l'environnement immédiat de travail et les autres, « tiers plus lointains ». Le terme « immédiat » renvoie, selon le dictionnaire Larousse à ce « qui est en rapport direct dans une relation spatiale et temporelle, qui ne comporte pas d'intervalle dans l'espace ou dans le temps ». Il s'agit ici du tiers faisant partie de la collectivité de travail dans laquelle évolue le salarié concerné, composée des collègues de travail, non seulement ceux qui sont liés au même employeur par un contrat de travail mais aussi ceux qui sont appelés à travailler plus ou moins temporairement avec le salarié²⁰⁸⁸. Il s'agit ici des tiers disposant d'une formation à la sécurité qui est à même d'assurer un socle de protection. Par ailleurs, les autres tiers peuvent concerner des cocontractants de l'entreprise avec lesquels les salariés peuvent être amenés à entrer en contact en raison même de l'activité de l'entreprise et de leur poste de travail, des clients et des personnes en contact occasionnel et ponctuel avec la sphère d'action des salariés de l'entreprise. Toutes ces personnes qui, elles, ne reçoivent pas de formation, peuvent être exposées à des risques divers. Enfin, notamment dans le cadre des activités de transport, une multitude de personnes peuvent être concernées par des risques d'accident. « Les entreprises ne sont pas des entités « hors sol ». Elles sont des systèmes d'éléments en interaction ouverts sur leur environnement avec lequel elles entretiennent des relations multiples (techniques, économiques et juridiques) nécessaires à la réalisation de leurs objectifs de production de biens ou de services »²⁰⁸⁹. « C'est dire si le

²⁰⁸⁶ C. santé pub., art. R. 4127-100.

²⁰⁸⁷ P.-Y. Verkindt, Le médecin du travail et la sécurité des tiers, Les Cahiers Sociaux, n° 295, p. 2008.

²⁰⁸⁸ Salariés mis à disposition, aux salariés d'entreprises extérieures au sens des articles L. 4511 et R. 4512 et suivants ou encore aux entreprises co-intervenantes sur les chantiers du bâtiment et du génie civil au sens des articles L. 4531 et s. du Code du travail.

²⁰⁸⁹ P.-Y. Verkindt, Le médecin du travail et la sécurité des tiers, Les Cahiers Sociaux, n° 295, p. 2008.

cercle des personnes susceptibles d'être affectées par un acte volontaire ou involontaire d'un salarié est étendu. L'ensemble de ces tiers, entendu largement, paraît indéfiniment extensible. »²⁰⁹⁰

305. Définition des postes présentant des risques particuliers pour la santé ou la sécurité des tiers. Le poste visé peut être considéré comme « susceptible d'être à l'origine d'un risque d'accident collectif, à l'occasion d'une insuffisance d'aptitude ou d'une défaillance subite de l'opérateur. »²⁰⁹¹ La recommandation n° 2 du rapport « Aptitude et médecine du travail »²⁰⁹² propose une définition restrictive du poste de sécurité comme étant « celui qui comporte une activité susceptible de mettre gravement et de façon immédiate en danger, du fait de l'opérateur, la santé d'autres travailleurs ou de tiers »²⁰⁹³. De plus, à la recommandation n° 9, la mission indique qu' « une nouvelle définition des situations nécessitant une surveillance médicale renforcée mériterait d'être élaborée en s'appuyant sur des recommandations de la SFMT, validées par la HAS. » Au Luxembourg, la définition des postes de sécurité comprend les postes dangereux pour le travailleur lui-même qui rappellent dans une large part les postes nécessitant une surveillance médicale renforcée en France et les postes qui peuvent, dans certaines situations, être à l'origine de danger pour d'autres travailleurs ou des tiers. Ainsi, au Luxembourg, est considéré comme poste à risques « tout poste exposant le travailleur qui l'occupe à un risque de maladie professionnelle, à un risque spécifique d'accident professionnel sur le lieu de travail lui-même, à des agents physiques ou biologiques susceptibles de nuire à sa santé, ou à des agents cancérogènes » ainsi que tout poste « comportant une activité susceptible de mettre gravement en danger la sécurité et la santé d'autres travailleurs ou de tiers ainsi que tout poste de travail comportant le contrôle d'une installation dont la défaillance peut mettre gravement en danger la sécurité et la santé de travailleurs ou de tiers »²⁰⁹⁴. Dès lors, le poste de travail présentant des risques particuliers pour la santé ou la sécurité des tiers peut être défini comme le poste de travail susceptible d'exposer des tiers à un risque grave et imminent pour leur santé ou leur sécurité en cas de défaillance de l'opérateur, en raison de l'installation elle-même²⁰⁹⁵, sur laquelle il exerce une

²⁰⁹⁰ P.-Y. Verkindt, *Le médecin du travail et la sécurité des tiers*, Les Cahiers Sociaux, n° 295, p. 2008.

²⁰⁹¹ Groupement national pluridisciplinaire de santé au travail dans le BTP ; v. aussi F. Bardot, *Aptitude et éthique*, compte rendu des débats du congrès des 8 et 9 décembre 2001, Les cahiers SMT, 2002, n° 17, p. 17-21.

²⁰⁹² M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, *Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail »*, mai 2015, recommandation n° 2, p. 87.

²⁰⁹³ P.-Y. Verkindt, *Le médecin du travail et la sécurité des tiers*, Les Cahiers Sociaux, n° 295, p. 2008.

²⁰⁹⁴ M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, *Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail »*, mai 2015.

²⁰⁹⁵ Exemple : entreprise seveso.

influence directe ou indirecte, active ou de simple vigilance, ou de ses conditions de travail liées à l'utilisation de produits²⁰⁹⁶ ou de moyens²⁰⁹⁷ dangereux. Toutes les professions de transport seraient notamment concernées, de même que les entreprises comportant un risque chimique important.

2. La classification des postes à risques

306. Exemple belge de classification. En Belgique, on distingue trois catégories de postes de travail à risques : les postes de sécurité, les postes de vigilance et les activités à risque défini²⁰⁹⁸. Un poste de sécurité désigne un poste nécessitant l'utilisation d'équipements de travail, la conduite de véhicules à moteur, de grues de ponts roulants, d'engins de levage quelconques, ou de machines qui mettent en action des installations ou des appareils dangereux, mais également le port d'armes. Un poste de vigilance est un poste consistant à contrôler en permanence le fonctionnement d'une installation, où un manque de vigilance pourrait menacer la sécurité et la santé d'autres travailleurs. Une activité à risque défini est une activité ou un poste de travail pour lequel une analyse des risques fait ressortir un risque clairement identifiable causé par des agents physiques (bruit), chimiques (solvants) ou biologiques (bactéries), l'exposition à une contrainte de nature ergonomique (travail sur écran de visualisation et manutention de charges) ou à une contrainte liée à la pénibilité du travail, la charge psychosociale (stress). Pour ces trois catégories distinctes de postes à risques, l'employeur doit organiser une surveillance de la santé du travailleur concerné. Tous les travailleurs occupant ces postes doivent faire l'objet d'une surveillance médicale renforcée pour autant que la sécurité et la santé d'autres travailleurs de l'entreprise, d'entreprises extérieures ou de quiconque, y compris l'ensemble de la population en général, soient mises en danger.

307. Proposition de classification. La *summa divisio* française est la distinction entre postes de travail ne présentant pas de risque particulier, et postes de travail présentant des risques particuliers. Sur ce point, il n'y a pas de changement par rapport à la législation en vigueur. C'est pour la seconde série de postes que des changements sont proposés, c'est-à-

²⁰⁹⁶ Exemples : agents chimiques dangereux et/ou cancérogènes.

²⁰⁹⁷ Exemples : chariots-élévateurs, voiture (pour les VRP par exemple, véhicules terrestre, aérien, maritime).

²⁰⁹⁸ Arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs, art. 2.

dire pour les postes présentant des risques particuliers. Deux sous-catégories doivent ici être distinguées : les postes présentant des risques particuliers pour la santé ou la sécurité du travailleur et les postes présentant des risques particuliers pour la santé ou la sécurité des tiers.

308. Risques particuliers pour le travailleur. Le poste de travail présentant des risques particuliers pour le travailleur est le poste qui expose à des risques pour la santé et la sécurité le travailleur lui-même du fait du poste de travail et/ou de l'état de santé du travailleur. Selon l'article R. 4624-23 I du Code du travail, il peut s'agir des postes exposant les travailleurs à l'amiante, au plomb, aux agents cancérogènes, mutagène ou toxiques pour la reproduction, aux agents biologiques, aux rayonnements ionisants, au risque hyperbare, ou au risque de chute de hauteur. Pour les postes dont le Code prévoit, au regard de l'article R. 4624-23 II, une affectation conditionnée à un examen d'aptitude spécifique, cette disposition demeurerait. Cependant, l'avis rendu par le médecin du travail serait simplement informatif et non contraignant. Pour les postes de travail n'entrant ni dans le cadre du I ni dans celui du II de l'article R. 4624-23, le III demeurerait ainsi formulé à l'exception de la référence aux tiers. Ainsi, selon cette disposition, l'employeur resterait en mesure de compléter la liste des postes présentant des risques particuliers.

309. Risques particuliers pour les tiers. Dans la catégorie des postes présentant des risques particuliers, une seconde sous-catégorie, après celle concernant les postes présentant des risques particuliers pour la santé ou la sécurité du travailleur, il est proposé de créer celle relative aux postes de travail présentant des risques particuliers pour la santé ou la sécurité des tiers. Le but est d'assurer une surveillance accrue de ces travailleurs dont la défaillance à leur poste de travail peut faire courir des risques à des tiers.

B. Le régime juridique des postes à risques

310. Un régime juridique particulier. Les postes présentant des risques particuliers pour la santé et la sécurité des tiers rendent nécessaires un régime juridique dérogatoire. Il semble en effet logique que toutes les garanties soient mises en œuvre quand la santé et la sécurité d'autrui sont susceptibles de courir un risque. L'accroissement des exigences de sécurité et de prévention est essentiel rendant nécessaire la survivance d'un contrôle de

l'aptitude du travailleur (1). L'affectation à ce type de poste de travail devrait être conditionnée par l'accès aux données de santé (2).

1. La survivance nécessaire d'un contrôle de l'aptitude

311. Exception du contrôle d'aptitude. S'agissant des postes présentant des risques particuliers, comme pour ceux n'en présentant pas, le principe d'autodétermination serait la règle. Le suivi préventif serait néanmoins renforcé, c'est-à-dire assuré par le médecin du travail mais sans contrôle contraignant de l'aptitude, à l'exception des postes susceptibles d'exposer les tiers²⁰⁹⁹ à un risque grave et imminent pour leur santé ou leur sécurité.

312. Risques particuliers pour le travailleur. Pour les postes présentant des risques particuliers pour le travailleur, un suivi préventif renforcé serait assuré et un avis, purement et seulement informatif, destiné au seul travailleur, de non contre-indication ou de contre-indication à l'affectation au poste de travail convoité ou déjà occupé, serait donné par le médecin du travail, dans le cadre de son obligation d'information. Naturellement, peut être légitimement mise en avant la thèse défendue par le Professeur A. Supiot²¹⁰⁰ sur la force de travail, pouvant être de nature à conforter la médecine du travail dans son approche protectrice légitimant la préférence pour la surveillance à la place du seul suivi. Mais, force est de constater que le système n'est pas efficient sur cette base. Parti est donc pris de faire évoluer le dispositif en consacrant davantage de place aux considérations du principal concerné, le travailleur. Ceci étant, dans certaines hypothèses, le principe de non-assistance à personne en péril pourrait être opposé au médecin. Or, en santé publique, dès lors que le médecin a éclairé le patient, c'est à ce dernier de décider²¹⁰¹. On peut convenir qu'il en soit également ainsi en médecine du travail.

313. En cas d'identification de risques graves pour les tiers, liés au poste de travail lui-même ou à la compatibilité de l'état de santé du travailleur et du poste de travail de ce dernier, le médecin du travail oriente le travailleur vers un médecin de contrôle qui appréciera son aptitude. Selon la décision du médecin de contrôle, ce dernier et le médecin du travail apprécieront si un aménagement de poste est possible ou si une inaptitude s'impose avec un reclassement envisageable ou non.

²⁰⁹⁹ P.-Y. Verkindt, Le médecin du travail et la sécurité des tiers, Les Cahiers Sociaux, n° 295, p. 2008.

²¹⁰⁰ A. Supiot, « Pourquoi un droit du travail ? », *Dr. soc.*, 1990, p. 485.

²¹⁰¹ C. Santé pub., art. L. 1111-4, al. 1.

314. Risques particuliers pour les tiers. Pour les postes de travail présentant des risques particuliers pour la santé ou la sécurité des tiers, le suivi du travailleur concerné, assuré par le médecin du travail, serait renforcé d'une surveillance systématique et obligatoire de son aptitude réalisée par un autre médecin que le médecin du travail, soit un médecin agréé ou d'un médecin inspecteur du travail. Ce contrôle aurait pour but d'autoriser le travailleur à être affecté à son poste en vérifiant la compatibilité de son état de santé avec ce dernier. Le médecin contrôleur pourrait diligenter les examens médicaux complémentaires qu'il jugerait opportuns. Par exemple, un travailleur affecté à un chariot élévateur motorisé ne devrait pas montrer des signes d'épilepsie, d'addiction alcoolique, de consommation ou de dépendance à des produits stupéfiants. Pour les postes exposant aux risques les plus élevés, comme le transport aérien par exemple, le principe de collégialité serait requis sur simple demande du médecin de contrôle. Egalement, il serait possible au travailleur concerné de contester devant une autorité médicale le recours à tel ou tel examen, de même que l'avis d'aptitude. Dans l'attente de la décision, ce travailleur serait suspendu, mais indemnisé. Le but est de sécuriser au maximum la collectivité sans précariser le travailleur concerné. L'obtention du certificat médical lors de la réalisation de l'examen d'embauche, ayant lieu avant la prise effective du poste, c'est-à-dire avant le commencement d'exécution du contrat, par un médecin agréé constituerait une condition suspensive du contrat de travail. Pendant l'exécution du contrat, si l'aptitude du travailleur se révélait affectée, de sorte qu'elle n'était plus compatible avec le poste de travail, alors le travailleur serait immédiatement suspendu de ses fonctions. Une indemnisation lui serait octroyée par la CPAM sous forme d'indemnités journalières²¹⁰², complétées par l'employeur, en attendant son reclassement. Enfin, dans l'hypothèse d'un danger grave mais différé, un avis collégial serait requis.

²¹⁰² V. C. Séc. soc., art. L. 312-1 à L. 313-6 (Droit aux indemnités journalières de la Sécurité sociale) ; R. 313-1 et R. 313-17 (Droit aux indemnités journalières de la Sécurité sociale) ; L. 323-1 à L. 323-7 (Montant et versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale) ; R. 323-1 à R. 323-12 (Montant et versement des indemnités journalières, cumuls avec d'autres revenus) ; C. trav., art. L. 1226-1 et L. 1226-1-1 (Indemnité complémentaire versée par l'employeur) ; D. 1226-1 à D. 1226-8 (Droit aux indemnités journalières de la Sécurité sociale) ; Circulaire du 26 mai 2015 relative aux modalités d'attribution des IJ dues au titre de la maladie.

2. Accès aux données de santé et secret médical

315. Dérogations au secret médical : l'obligation de déclaration²¹⁰³. Selon l'article L. 461-6 du Code de la Sécurité sociale qui s'impose au médecin du travail, « en vue, tant de la prévention des maladies professionnelles que d'une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle et de l'extension ou de la révision des tableaux, est obligatoire, pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, la déclaration de tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie, lorsqu'ils ont un caractère professionnel et figurent sur une liste établie par arrêté interministériel, après avis du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. Il doit également déclarer tout symptôme et toute maladie non compris dans cette liste mais qui présentent, à son avis, un caractère professionnel... ». Cette dérogation au secret médical commandée par des considérations et impératifs de santé publique doit pouvoir être étendue quant à son principe pour les postes présentant des risques particuliers pour la santé et la sécurité des tiers, sur les mêmes fondements. Dans l'armée, l'examen de « l'aptitude à servir » fait l'objet d'une vigilance importante. En effet, le candidat est soumis à une véritable expertise reposant sur les résultats d'un bilan médical et dans laquelle interviennent également des éléments de prédictibilité²¹⁰⁴, à une période probatoire²¹⁰⁵ permettant d'observer le comportement du sujet au sein de la collectivité militaire, son adaptabilité, et d'évaluer ses possibilités physiques au cours des séances d'instruction ou d'entraînement, voire, pour les femmes, à un examen gynécologique²¹⁰⁶ pratiqué si nécessaire en fonction des antécédents déclarés et de la symptomatologie fonctionnelles susceptible d'entraîner l'inaptitude, ou encore à des investigations en milieu hospitalier. Le refus du candidat d'accepter les examens proposés entraîne une décision d'inaptitude²¹⁰⁷. Une obligation de révéler ses antécédents médicaux lui fait donc interdiction de mentir. Il en est de même pour le personnel navigant technique professionnel de l'aéronautique civile²¹⁰⁸. Si le candidat délivre intentionnellement de fausses informations, son certificat médical est privé d'effet dès sa délivrance. Cette information est transmise aux autorités médicales.

²¹⁰³ C. santé pub., art. D. 3113-6 et D. 3113-7.

²¹⁰⁴ Instruction n° 2100/def/dcssa/ast/ame, art. 11, p. 23.

²¹⁰⁵ Instruction n° 2100/def/dcssa/ast/ame, art. 14, p. 23.

²¹⁰⁶ Instruction n° 2100/def/dcssa/ast/ame, art. 229, p. 72.

²¹⁰⁷ Instruction n° 2100/def/dcssa/ast/ame, art. 230, p. 73.

²¹⁰⁸ Arrêté du 27 janvier 2005 relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique professionnel de l'aéronautique civile (FCL 3).

316. Possibilité de signalement. Une possibilité pourrait également venir sécuriser le dispositif de surveillance. Il pourrait s'agir, pour le médecin traitant d'effectuer un signalement, en cas de problème justifiant des précautions sérieuses quant au travail exercé par le patient-travailleur. La difficulté ici est que le médecin n'a pas forcément connaissance du poste de travail occupé par son patient, et encore moins des conditions précises dans lesquelles il l'exerce, d'où l'intérêt du DMP assorti d'un volet professionnel complété par le médecin du travail. Cette possibilité de signalement existe dans les textes²¹⁰⁹. Cependant, elle peut avoir pour conséquence d'introduire de la défiance entre le médecin traitant et son patient. En voulant garantir la santé au travail, il ne faudrait pas déstabiliser le système de santé publique. Pour les postes les plus dangereux, l'exigence de sécurité de la population impose une surveillance particulièrement rigoureuse. En effet, il ne faut pas qu'un salarié malveillant ou simplement malade puisse retourner les moyens qui lui sont conférés pour exercer sa mission contre le reste de la population. Pour certaines catégories de postes, un suivi psychologique²¹¹⁰ pourrait se révéler utile. Pour les postes les plus sensibles, il est prévu l'obligation, en l'état actuel du droit, à la charge du salarié, de révéler les antécédents médicaux mais les textes ne prévoient pas de sanction associée à son manquement. Sur ce point, le Professeur Christophe Radé pointe l'obligation de sécurité du salarié²¹¹¹, qui est seulement une obligation de moyens²¹¹² mais qui commande de « dire la vérité ». À défaut, sur le plan disciplinaire, il s'exposerait à une faute si l'on apprenait par la suite qu'il avait menti. Cette construction intellectuelle est intéressante.

317. Tout dire. Plus le poste est à risques pour les tiers, plus il est légitime de vouloir réduire les risques et ainsi d'exiger une meilleure connaissance de l'état de santé du travailleur concerné. En France, le secret médical est absolu parce que le premier intérêt est de préserver la personne. C'est différent du Code d'éthique et de déontologie aux États-Unis par exemple où le premier intérêt est l'intérêt collectif. En France, c'est l'intérêt individuel qui l'emporte, sauf quand la sécurité collective peut être en jeu. Par exemple, en cas d'épidémie, il y a une obligation de déclarer les maladies contagieuses. Par analogie, en santé au travail, la protection des tiers peut légitimer une dérogation au secret médical. La question qui se pose ici est celle de savoir où l'on place le curseur entre la préservation des libertés individuelles et la protection des intérêts collectifs.

²¹⁰⁹ C. Santé pub., art. L. 3113-1 ; R. 3113-1 ; D. 3113-6.

²¹¹⁰ Cf l'accident de la Germanwings.

²¹¹¹ C. Radé, L'obligation de sécurité du salarié, *Dr. ouvr.* 2012, pp. 578-582.

²¹¹² Gaba, Obligation de sécurité du salarié : ombres et lumières jurisprudentielles, *Dr. ouvr.* 2011. 114 ; Cousseau, Quelle obligation de prévention imposer au salarié ?, *JS Lamy* 2015, n° 382-5.

318. Un accès d'autorité médicale. La spécificité des postes présentant des risques particuliers pour la santé et la sécurité des tiers, parce qu'il en va de l'intérêt supérieur de la société, nécessite la survivance, par principe, d'un contrôle de l'aptitude. Pour parvenir à une sécurisation plus forte du dispositif, il convient de s'interroger sur la possibilité de confier la visite médicale obligatoire et la délivrance de certificats d'aptitude à des médecins spécialistes agréés ayant accès au dossier médical. En cas d'incapacité, d'invalidité, le médecin du travail sera à même d'apporter un avis technique et expert. Par ailleurs, pour les postes présentant des risques particuliers pour la santé ou la sécurité des tiers, les conditions d'une connaissance accrue de l'état de santé du travailleur au moyen d'un accès aux données individuelles de santé et ainsi ne pas se contenter d'une simple déclaration du salarié, est essentiel. Les principes de pertinence et de proportionnalité semblent être de nature à s'appliquer ici pour pouvoir protéger la sécurité des tiers. L'intérêt d'établir une classification est de permettre de réaliser une gradation selon les risques grâce notamment à un filtre pour permettre l'exercice de certaines professions.

319. Hypothèse des troubles mentaux. De même, pour cette catégorie de postes présentant des risques particuliers pour les tiers, on peut également porter une attention particulière aux admissions en soins psychiatriques prévue aux articles L. 3212-1 à L. 3213-10 du Code de la Santé publique. Ce peut être le cas pour les admissions à la demande d'un tiers²¹¹³ qui sont prononcées lorsque les troubles mentaux de la personne rendent impossible son consentement et que l'état mental de la personne impose des soins immédiats assortis, soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous une autre forme qu'une hospitalisation complète. Les deux critères sont cumulatifs. Il peut s'agir d'une admission en cas de péril imminent²¹¹⁴ ou sur décision d'un représentant de l'Etat²¹¹⁵. Ce dernier cas peut être mis en œuvre lorsque les troubles mentaux du patient nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave. Dans ces cas sévères, une intervention médicale doit être requise pour suspendre l'activité professionnelle immédiatement et durablement du travailleur concerné, accompagnée d'une prise en charge médicale et sociale concomitante. Par ailleurs, en cas de dangerosité pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes connues du médecin pour être détentrices d'une arme à feu ou ayant

²¹¹³ C. Santé pub., art. L. 3212-1.

²¹¹⁴ C. Santé pub., L. 3212-1, II-2°.

²¹¹⁵ C. Santé pub., art. L. 3213-1.

manifesté leur intention d'en acquérir une²¹¹⁶. Le médecin est autorisé à faire un signalement à l'autorité administrative. Enfin, s'agissant des informations de santé nominatives, les médecins de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'ARS ayant la qualité de médecin²¹¹⁷, les médecins-conseils des services du contrôle médical²¹¹⁸ et les médecins experts de la Haute Autorité de Santé²¹¹⁹, les inspecteurs, médecins, de la radioprotection²¹²⁰ n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical. Au travers de ces quelques exemples, on voit que les dispositifs juridiques existent déjà. Il suffit de les activer et de les coordonner pour encadrer à son juste niveau la catégorie des postes dangereux. Peut-on contractuellement abandonner le principe d'un renoncement à la préservation du secret médical ? Par principe non, ceci étant contraire au caractère absolu du principe du secret médical en matière pénale, il est relatif en matière civile.

320. En droit des assurances. Il a été jugé qu'une personne souhaitant souscrire un contrat d'assurance peut accepter par avance la divulgation de certains éléments la concernant, renonçant elle-même au secret médical²¹²¹. Si le juge ouvre cette possibilité, *a fortiori*, le législateur peut prévoir un cas de dérogation légale²¹²² supplémentaire en la matière²¹²³. Il faut simplement s'en tenir à une information « nécessaire, pertinente et non excessive ». En effet, les risques en jeu sont tels que l'on peut envisager un assouplissement dans la protection du secret médical. En convoitant les postes présentant des risques particuliers pour la santé ou la sécurité des tiers, les travailleurs doivent savoir qu'ils s'exposent à une étude minutieuse de leur profil sanitaire. Ils doivent donc permettre l'accès à ces données. Ainsi, comme en droit des assurances, il faut recourir à une médecine d'expertise. Or, contrairement à ce qui se pratique en droit des assurances, les enjeux dépassant la sphère individuelle et embrassant au contraire la question impérieuse des libertés publiques, la question de l'accès aux données de santé se pose avec une acuité plus grande.

²¹¹⁶ C. pén., art. 226-14, 3°.

²¹¹⁷ C. Santé pub., art. L.1112-1.

²¹¹⁸ C. Séc. soc., art. L.315, V.

²¹¹⁹ C. Santé pub., art. L.1414-4.

²¹²⁰ C. Santé pub., art. L.1333-19.

²¹²¹ Cass. civ., 1^{ère}, 22 oct. 2002, Gaz. Pal. 20 juill. 2003, p. 2, note Périer ; RGDA 2003. 340, note Kullmann.

²¹²² V. §40. La solution juridique.

²¹²³ CE, 8 févr. 1989, Conseil national de l'Ordre des médecins et autres, req. n° 54494 : une atteinte au secret médical peut être jugée légale si elle est la conséquence nécessaire d'une disposition législative.

Naturellement, ces postes doivent faire l'objet d'une liste limitative et d'un encadrement juridique rigoureux.

321. Hypothèses de dérogations au secret médical. La nécessité de l'intervention d'un médecin de contrôle qui agit dans l'intérêt de tiers a été renforcée après le crash aérien du 24 mars 2015. L'obligation de respect du secret est générale et absolue²¹²⁴. En l'état actuel, les dérogations possibles au secret médical sont limitées, en application de l'article 226-14 du Code pénal. « Rien qui corresponde au cas d'un copilote dépressif... à moins de considérer qu'un avion est une arme par destination²¹²⁵. »²¹²⁶ Toutefois, à titre exceptionnel et en cas de risque grave et imminent de mise en danger d'autrui, qu'il ne peut prévenir autrement, et après qu'il ait épuisé toute autre solution, le médecin peut selon le Conseil national de l'Ordre²¹²⁷ s'affranchir du secret médical en informant le médecin chargé de la santé au travail sinon en saisissant le Procureur de la République. Le médecin serait alors justifié à invoquer l'état de nécessité absolue, par analogie avec les dispositions de l'article 122-7 du Code pénal, qui exonère de toute responsabilité pénale la personne qui accomplit « face à un danger actuel et imminent » un acte nécessaire et proportionné à la gravité de la menace. En toute hypothèse, l'information doit être proportionnée à la gravité du danger. Il faut prévoir un nouveau cas de dérogation légale pour certains travailleurs, comme les pilotes d'avion, et autres modes de transport et les entreprises sensibles comme le nucléaire. L'état actuel du droit oblige le médecin du travail à délivrer un avis d'inaptitude temporaire au travail « *lorsque le maintien du salarié à son poste de travail entraîne un danger immédiat pour sa santé ou sa sécurité ou celles des tiers* ». Or, pour ce faire, le médecin doit être informé de la situation. Dans les faits, il n'en est que rarement ainsi. De plus, la difficulté actuelle liée à des examens médicaux périodiques sans lien systémique avec le système de santé global est l'absence de réactivité possible pour le médecin du travail qui n'est pas informé. Ceci étant il est possible de connaître une phase de dépression, ou être victime de toute autre maladie, entre deux examens. En revanche, « *lever le secret médical risque d'augmenter la dissimulation par les salariés de leurs difficultés psychiques* », selon Dominique Huez, ancien médecin du travail en centrale nucléaire. » Le but n'est pas de développer un climat de

²¹²⁴ C. pén., art. 226-13 ; C. santé pub., art. L.1110-4 et R.4127-4.

²¹²⁵ C. pén., art. 132-75.

²¹²⁶ S. Faure, « Les médecins doivent-ils renoncer au secret professionnel pour sauver des vies ? », Libération, 4 avril 2015.

²¹²⁷ Ordre national des médecins, Communiqué de presse, « Secret Médical et risque grave et imminent de mise en danger d'autrui », 3 avril 2015, https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cp_secret_medical_.pdf

dénonciation et d'accroître une forme de pression sur les médecins. Cela n'aurait que pour effet d'obtenir des signalements systématiques dans le but d'une protection juridique supposée qui se solderait par un blocage du système renvoyé à son inefficience. Cela relativise le fantasme du risque zéro. « *De manière moins radicale, la loi doit-elle permettre au médecin de famille de confier ses alarmes plus largement que le droit l'y autorise aujourd'hui – notamment au médecin du travail attaché à l'entreprise de son patient ?* »²¹²⁸ Le « *secret partagé* »²¹²⁹ doit être étendu pour permettre de mieux accompagner les travailleurs et ne pas les laisser à leur solitude sur ces questions. L'isolement est en effet la pire des situations en pareil cas. Mais on se heurte à l'autorisation expresse que doit donner le patient au médecin du travail. Selon le Conseil de l'ordre des médecins, une dérogation est possible, selon la notion de nécessité absolue²¹³⁰, dans des cas très exceptionnels : « *En cas de risque grave et imminent de mise en danger d'autrui, qu'il ne peut prévenir autrement, et après qu'il a épuisé toute autre solution, le médecin peut s'affranchir du secret médical en informant le médecin chargé de la santé au travail sinon en saisissant le Procureur de la République.* »²¹³¹ Le Professeur B. Teyssié propose deux « *critères conjugués* »²¹³² pour apprécier le degré de gravité d'un risque constaté pour la santé publique ou l'environnement. Le premier, d'ordre quantitatif, tient au nombre de personnes concernées ou susceptibles de l'être par le risque relevé ou à l'étendue de la zone géographique dans laquelle il produirait ses effets. L'autre, d'ordre qualitatif, tient au degré d'altération de la santé des personnes qu'emporterait la transformation du risque en sinistre, ou de dégradation ou destruction qui résulterait d'un tel basculement pour l'un ou plusieurs des éléments qui forment l'environnement de l'entreprise ou de l'établissement. Dans notre sujet d'accès d'autorité aux données de santé, il semble que les matières relatives à la santé publique et à l'environnement soient pertinentes. On peut rajouter la notion de sécurité collective plus générale. La question qui consiste à s'interroger sur une appréciation quantitative qu'emporterait la transformation du risque en sinistre est plus délicate. En effet, même si une seule personne est concernée, en dehors du travailleur lui-même, ne faudrait-il pas tout mettre en œuvre pour lui épargner ce

²¹²⁸ S. Faure, « Les médecins doivent ils renoncer au secret professionnel pour sauver des vies ? », Libération, 4 avril 2015.

²¹²⁹ C. santé pub., art. L. 1110-4.

²¹³⁰ C. pén., art. 122-7 : « N'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace. »

²¹³¹ S. Faure, « Les médecins doivent ils renoncer au secret professionnel pour sauver des vies ? », Libération, 4 avril 2015.

²¹³² B. Teyssié, L'alerte en matière de santé publique et d'environnement, *JCP S*, n° 43, 2015, 1370.

risque ? Toutes ces questions méritent une appréciation équilibrée et mesurée dans la mise en place de moyens proportionnés au regard des intérêts à préserver.

322. Dérogations obligatoires et facultatives au secret médical. Les cas de dérogations obligatoires et facultatives au secret médical²¹³³ dans les cas où l'intérêt de la société prédomine, sont intéressants. Parmi les dérogations légales, on peut citer : la déclaration des naissances²¹³⁴, la déclaration des décès²¹³⁵, la déclaration des maladies contagieuses²¹³⁶, l'admission en soins psychiatriques²¹³⁷, la sauvegarde de justice²¹³⁸, les accidents du travail et maladies professionnelles²¹³⁹, les pensions civiles et militaires de retraite et d'invalidité²¹⁴⁰, les procédures d'indemnisation, la protection de la santé des sportifs et lutte contre le dopage²¹⁴¹, la sécurité, la veille et l'alerte sanitaires²¹⁴². Ce sont des cas dans lesquels la sécurité nationale, la sécurité de santé publique prévalent par rapport à l'intérêt individuel. À côté de cette liste limitative, il existe des cas de dérogation facultative dans les cas suivants : sévices ou privations infligés à un mineur ou à une personne incapable de se protéger²¹⁴³, protection des mineurs en danger ou risquant de l'être²¹⁴⁴, sévices permettant de présumer de la commission de violences sur une personne majeure²¹⁴⁵, dangerosité pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes connues du médecin pour être détentrices d'une arme ou ayant manifesté leur intention d'en acquérir une²¹⁴⁶, évaluation et plan personnalisé de compensation du handicap²¹⁴⁷, évaluation de l'activité des établissements de santé²¹⁴⁸, recherches dans le domaine de la santé²¹⁴⁹, évaluation ou analyse des activités de soins et de prévention²¹⁵⁰, accès aux informations de santé nominatives²¹⁵¹. Il s'agit également

²¹³³ C. Santé pub., art. R.4127-4.

²¹³⁴ C. civ., art. 56.

²¹³⁵ C. gén. Coll. Terr., art. L. 2223-42.

²¹³⁶ C. Santé pub., art. L. 3113-1.

²¹³⁷ C. Santé pub., art. L. 3212-1 à L. 3213-10.

²¹³⁸ C. civ., art. 434 ; C. Santé pub., art. L. 3211-6.

²¹³⁹ C. Séc. soc., art. L. 441-6 et L. 461-5.

²¹⁴⁰ C. pens. civ. milit. retr., art. L. 31.

²¹⁴¹ C. sport, art. L. 232-3.

²¹⁴² C. Santé pub., art. L. 1413-14 à L. 1413-16.

²¹⁴³ C. pén., art. 226-14, 2°.

²¹⁴⁴ C. act. Soc. fam., art. L. 226-2-2.

²¹⁴⁵ C. pén., art. 226-14, 2°.

²¹⁴⁶ C. pén., art. 226-14, 3°.

²¹⁴⁷ C. act. Soc. fam., art. L. 241-10.

²¹⁴⁸ C. santé pub., L. 6113-7.

²¹⁴⁹ Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, art. 55, chapitre IX.

²¹⁵⁰ Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 a complété la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 d'un chapitre X relatif au traitement des données personnelles de santé à des fins d'évaluation ou d'analyse des activités de soins et de prévention, art. 63 à 66.

²¹⁵¹ C. santé pub., art. L.1112-1 ; C. Séc. soc., art. L. 315, V ; C. santé pub., art. L. 1414-4, art. L.1333-19.

d'une liste limitative. C'est une moindre atteinte aux intérêts de la société, avec des risques moindres mais où le médecin a le choix. En fonction du périmètre défini, il faut prévoir la levée du secret médical pour favoriser la sécurité collective aux droits individuels. La question de la différence de traitement à l'embauche pour les postes présentant des risques particuliers pour la santé ou la sécurité des tiers se pose et peut se justifier par l'impératif d'ordre public de sécurité. Dans ce cas, la différence de traitement est donc justifiée.

Paragraphe 2 : L'exigence d'une surveillance médicale renforcée

323. Le suivi médical du patient-travailleur passe par de meilleures synergies entre le médecin traitant qui est le référent du parcours de soins et le médecin du travail chargé de la prévention (**B**) qui est le référent du parcours de santé au travail. Parallèlement, un médecin expert chargé du contrôle pourrait bénéficier d'une compétence spécifique (**A**).

A. Un médecin expert chargé du contrôle

324. Parce que le contrôle est une nécessité pour certains postes de travail limitativement énumérés²¹⁵², il faut tirer les conséquences de l'incompatibilité entre médecine de contrôle et de prévention (**1**). Pour permettre une décision cohérente et adaptée, le possible recours à la collégialité est de nature à aider les médecins certificateurs (**2**).

1. La nécessité d'une médecine d'expertise

325. Le recours à une médecine d'expertise répond aux exigences d'un poste de travail soumis à la délivrance du permis de conduire poids-lourds ou de la licence de pilote de ligne. Les décisions médicales s'imposent au travailleur. Elles ne sont donc pas fondées sur la confiance. Aussi, le salarié ne déclare au médecin expert que ce qu'il veut bien, sachant les conséquences que cela aura sur son emploi²¹⁵³. Cette médecine a donc de très nombreux angles morts. L'exemple de la fonction publique est intéressant par le recours à un médecin

²¹⁵² S. Fantoni-Quinton, Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.*, 2013, n° 12, pp. 1023-1030.

²¹⁵³ Dominique Huez, médecin du travail, *Santé et travail*, 02 avril 2015.

agréé, distinct du médecin de prévention. Or, là où le dispositif montre des faiblesses, c'est qu'il n'est pas adapté dans la mesure où le médecin agréé donne un avis pour intégrer en général la fonction publique, c'est-à-dire au regard de l'ensemble des fonctions du grade et des différents emplois auxquels celui-ci donne vocation²¹⁵⁴, sans s'assurer de la compatibilité entre l'état de santé de la personne avec le poste qu'elle va vraiment exercer. C'est pourquoi, lever le verrou du secret médical peut être une partie de la solution. Mais cela peut aussi augmenter la dissimulation par les salariés de leurs difficultés psychiques. C'est pourquoi, parallèlement à cette médecine de contrôle, il faut miser sur la médecine du travail, déconnectée de l'aptitude, et uniquement consacrée au suivi du travailleur.

2. La possibilité d'une médecine collégiale

326. Le principe de la collégialité peut être intéressant dans deux types de situations : dans la prise de décision à proprement parler, mais également dans le cadre d'un recours contre cette dernière. La question de l'appréciation combinée d'une situation médicale et de l'existence de risques graves pour les tiers légitime le recours à une décision sécurisée qui peut être prise dans un cadre collégial. Le but est de prendre la meilleure décision, en équipe, pour désamorcer un maximum de risques contentieux. En effet, on peut remarquer que la plupart des décisions litigieuses sont prises par un médecin isolé. Par conséquent, et à plus forte raison dans ce cadre sensible et limité en nombre, il paraît pertinent de mettre en place ce *modus operandi*. Dans la même logique, de manière cumulative ou exclusive, on peut envisager le recours à la collégialité en matière de contestation de la première décision médicale. En effet, soit le principe de collégialité est retenu par principe et de manière automatique, et le recours doit être examiné selon le même formalisme, soit le principe de collégialité est une option laissée à l'appréciation du premier médecin, et alors, dans ce cas, le principe de collégialité reste une possibilité pour l'examen du recours, qui peut être fonction de la complexité de la situation.

²¹⁵⁴ Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, articles 5-5° et 5 bis 4°; loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, articles 35, 81 à 86 ;décret n° 87-602 du 30 juillet 1987, article 10 ; décret n°85-1054 du 30 septembre 1985 relatif au reclassement des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions ; décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale.

B. Le médecin du travail chargé de la prévention

327. L'examen médical suppose la mobilisation de l'ensemble des moyens nécessaires selon l'avis du médecin du travail, afin de recueillir des informations sur la santé du salarié et sur le lien entre sa santé et sa situation de santé pour décider des mesures individuelles appropriées, pour recueillir des informations utiles pour l'action sur le milieu de travail, pour informer le salarié des risques d'exposition, des moyens de prévention et du suivi à mettre en œuvre. Un dispositif juridique exclusivement réorienté sur la prévention (1), la connaissance et la prise en compte de la réalité sanitaire, grâce notamment au lien avec les autres professionnels de santé compétents (2), serait particulièrement efficient.

1. La réorientation exclusive sur la prévention

328. La médecine du travail est une médecine de spécialité axée sur la prévention. Le médecin du travail est un préventologue. En effet, la préventologie désigne, en médecine, la science de la prévention des risques et des accidents. C'est le cas de la spécialité de médecine du travail. Cette précision qui pourrait paraître secondaire, mais qui participe de la « relégitimation » de la médecine du travail, a pour but d'asseoir pleinement le médecin dans son objectif préventif et dans son rapport privilégié avec le travailleur. Les outils proposés, qu'il s'agisse de permettre un accès aux données de santé grâce à un nouveau rapport de confiance rendu possible grâce à la suppression de l'aptitude contraignante, ou même d'envisager le rapport d'accompagnement et de conseil dans le cadre d'une complémentarité revisitée de l'individuel et du collectif, au service exclusif de la prévention, sont de nature à renforcer les liens et ainsi à améliorer le suivi de santé des travailleurs. En l'absence de contrôle du médecin du travail, il n'y a aucune raison de refuser à ce dernier l'accès aux données de santé et au dossier médical personnalisé²¹⁵⁵. Egalement, une meilleure information

²¹⁵⁵ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, Recommandation n° 5 : Mieux articuler la santé au travail et la santé publique pour une meilleure prise en charge de la santé globale des travailleurs.

du médecin par tous les acteurs que sont salariés, représentants des salariés et employeurs est une cause de réussite de cette spécialité médicale dans son expertise en santé-sécurité au travail. Le rapport Lecocq recommande de consacrer un effort financier dédié et significatif à la prévention à partir des excédents de la branche risques professionnels²¹⁵⁶.

2. Le lien avec les autres professionnels de santé

329. Tout d'abord, le recours à la pluridisciplinarité, dans le cadre des services de santé au travail, semble entrer peu à peu dans les faits. En effet, au 1^{er} janvier 2017, les effectifs des SSTI sont évalués à 16 578 personnes. 30 % des effectifs sont composés de médecins du travail, 37 % d'assistants de service de santé au travail, 9 % d'infirmiers. *« L'équipe pluridisciplinaire, en alliant capacité d'expertise, de conseil et d'action en milieu de travail, est à la croisée des champs permettant de comprendre, de prendre en compte et d'agir sur tous les déterminants de l'homme au travail : sa santé individuelle, ses liens avec l'environnement de travail dans ses dimensions physique, psychique, organisationnelle et sociale, son articulation avec la vie hors travail et son inscription en conséquence dans le champ plus vaste de la santé publique »*²¹⁵⁷. Par ailleurs, l'inscription du médecin du travail dans le parcours de santé du travailleur et dans le système de santé constitue le moyen le plus efficace pour transformer l'ambition forte de la médecine du travail en réalité concrète d'amélioration de la condition des travailleurs grâce à une préservation de meilleure qualité de sa santé et de sa sécurité au travail. Le Rapport Lecocq remis au Premier ministre le 28 août 2018 plaide dans le sens d'une simplification du système, condition pour une prévention renforcée. Sa construction par strates successives²¹⁵⁸ ne permet pas sa lisibilité, condition de son efficacité. La remise en cause du système fondé en 1946, notamment le réseau des CARSAT, est clairement envisagée. L'objectif affiché est de tourner le système vers la promotion simultanée de la santé et de la performance globale de l'entreprise. Par ailleurs, le manque d'intégration de la santé au travail dans le Santé publique est également dénoncé. Le Rapport recommande une organisation reposant à deux échelons, l'un national, l'autre

²¹⁵⁶ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, Recommandation n° 2.

²¹⁵⁷ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, p. 93.

²¹⁵⁸ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, p. 79.

régional. Le niveau national serait compétent pour élaborer la stratégie de la santé au travail²¹⁵⁹ à travers une action interministérielle comprenant la Direction générale du travail, la Direction générale de la santé, la Direction de la Sécurité sociale et la Direction générale à l'emploi et à la formation professionnelle, dont le pilotage serait assuré par une double tutelle des ministères du travail et de la santé et des affaires sociales, avec une association des autres ministères intéressés. Ce pilotage viserait à établir le Plan santé travail et à élaborer les textes de loi, après concertation avec le Conseil d'orientation des conditions de travail. Dans cet esprit serait créée France Santé travail qui prendrait la forme d'un établissement de droit public et qui intégrerait l'ensemble des organismes actuels oeuvrant à la prévention en matière d'ingénierie de prévention, d'élaboration d'outils, de démarches et de méthodes dans ce domaine. Cet organisme regrouperait l'Inrs, l'Anact, l'OPPBTP et le secteur prévention de la Branche AT/MP. Au niveau régional, la mission propose la création d'une instance de santé au travail dont la gouvernance serait une entité de droit privé pourvue d'instances paritaires. Le pilotage serait assuré par les Direccte en lien avec les ARS. Le Rapport préconise que les Conseils régionaux d'orientation des conditions de travail conservent leur rôle actuel d'instance d'avis pour les orientations et le suivi des politiques régionales de santé au travail.

330. Une médecine du travail de prévention ne peut se construire sans le concours, si ce n'est l'implication, de son bénéficiaire. C'est la raison pour laquelle la médecine du travail doit s'inscrire dans les grands principes de la Santé publique, aux premiers rangs desquels un consentement éclairé à l'expertise médicale. Le rôle du médecin du travail est avant tout un rôle de conseil, de suivi et d'accompagnement. Pour lui permettre d'exercer au mieux sa mission, tous les moyens qui la facilitent doivent être mis en œuvre. Ainsi, une meilleure connaissance du travailleur s'impose et passe nécessairement par un accès aux données de santé. La médecine du travail doit tourner la page de l'(in)aptitude qui a contribué à jeter le discrédit et la confusion sur son objet. Réorientée vers l'objectif préventif avec une mise en adéquation parfaite des moyens dans cet unique dessein, la médecine du travail serait en capacité d'être, enfin, plus efficace. Avec une relation rassérénée, empreinte de la confiance entre le médecin du travail et le travailleur, nul doute que la volonté du travailleur s'inscrirait aussi dans une démarche vertueuse de promotion de la santé.

²¹⁵⁹ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, Recommandation n° 1.

Chapitre 2. L'intégration de la santé au travail dans le champ de la santé publique

331. Dualité du système français²¹⁶⁰. Promouvoir une vision globale de la santé fondée sur un système unifié est une idée qui a parcouru les décennies nous séparant de l'origine de la Sécurité sociale. Malgré cet objectif historique d'un système de santé unique, deux dispositifs d'intervention publique complémentaires composent le système français de prévention des risques professionnels auprès des entreprises²¹⁶¹. On trouve tout d'abord le ministère chargé du travail qui élabore les politiques de prévention, fixe les règles d'ordre public et veille à leur application. Puis, une gestion du risque professionnel dans laquelle est intégrée la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, laquelle est développée par les organismes de Sécurité sociale. Le système français de santé au travail²¹⁶² connaît des logiques originelles différentes de santé publique, d'assurance, de médecine légale. Bien que répondant lui aussi du Code de la Santé publique, en plus du Code du travail, le système de santé au travail est resté en marge du système de santé français s'agissant des principes fondateurs de ce dernier comme l'égalité d'accès aux soins ou le libre arbitre de chacun à l'égard de sa santé, alors même que le principe d'universalité²¹⁶³ est un objectif affiché de la médecine du travail et que le médecin du travail n'est pas librement choisi par les travailleurs. En revanche, un objectif est commun aux deux systèmes : assurer une meilleure prévention pour préserver la santé de chacun. Au-delà, les services de santé au travail, et cette disposition suscite l'inquiétude de beaucoup de médecins du travail, doivent assurer la surveillance de l'état de santé des salariés en fonction des risques concernant non seulement leur sécurité, mais aussi celle des tiers²¹⁶⁴. Dans les deux systèmes, force est de constater que le déficit en matière de prévention est patent. C'est précisément parce qu'ils ne sont pas performants l'un et l'autre en la matière qu'ils devraient unir leurs forces et potentialités pour

²¹⁶⁰ M. Borgetto, S. Fantoni-Quinton, « Un système de santé unique : une utopie », *RDSS*, 2014, n° 2 pp. 215 et s.

²¹⁶¹ J. Pachod, C. Oillic-Tissier, A. Antoni, « La prévention, priorité de la branche accidents du travail et maladies professionnelles », *RDSS*, 2010, p. 628 ; F. Meyer (dir.), *L'évaluation des risques professionnels*, PU Strasbourg, 1995 ; F. Meyer, « La protection de la santé et de la sécurité des salariés en France », *Rev. Belge séc. soc.*, n° 2, 1995. 467 ; M. Badel, « La notion de risque professionnel : état des lieux à la lumière des évolutions récentes », *RDSS*, 2004, p. 206. ; Prévention des risques professionnels, *Bull. soc. Francis Lefebvre* n° 6, 2003, p. 309.

²¹⁶² M. Caron, *Le système de la santé au travail : vers la fin d'une exception*, *RDSS* 2014 p. 276

²¹⁶³ Rapport Conso-Frimat sur le bilan de réforme de la médecine du travail, IGAS, octobre 2007, p.5.

²¹⁶⁴ C. trav., art. L. 4622-2 et L. 4622-3 mod., L. n° 2015-994 du 17 août 2015.

améliorer ensemble leurs résultats²¹⁶⁵. L'évolution commune des deux systèmes en direction de la prévention, comme dénominateur commun de leur principe d'action, est de nature à assurer une forme de convergence et, plus largement, à s'interroger sur la pertinence²¹⁶⁶ et les moyens susceptibles d'accompagner et de favoriser une meilleure intégration du système de santé au travail dans le système de santé global²¹⁶⁷. L'enjeu est important. La question sanitaire est l'essence du droit du travail. Il paraît illusoire en effet de déconnecter santé au travail et santé publique²¹⁶⁸, d'autant que d'un point de vue systémique des questions comme l'amiante transcendent les deux systèmes, tandis que le principe de la contractualisation en santé au travail participe de la publicisation de cette dernière. Selon M. Gilles Brücker, directeur général de l'Institut de veille sanitaire, « la santé au travail doit désormais s'inscrire de manière parfaitement visible dans le champ de la santé publique. La santé ne se morcelant pas, il nous appartient de prendre en compte l'immense dimension des facteurs de risques liés au travail dans une approche globale de la santé. Or tel n'est pas le cas. Du fait de son histoire, la médecine du travail a toujours été une filière à part et (...) un peu en marge de la santé publique : la santé au travail reste l'affaire du médecin du travail et le médecin traitant ne s'en occupe pas. »²¹⁶⁹ L'absence de parcours de santé au travail pose question, ainsi que la nature des convergences à exploiter entre santé au travail et santé publique. Travailler sur la prévention suppose d'élargir les conditions d'exercice de cette dernière. Pour ce faire, deux dimensions doivent être considérées : individuelle et collective. Le premier pilier suppose, pour renforcer le suivi médical des travailleurs, d'assurer un *continuum* de la prise en charge en permettant le rapprochement des deux systèmes de santé (**section 1**). Par ailleurs, le second, tourné vers la communauté de travail, suppose de renforcer les moyens du médecin du travail au service d'une mission préventive élargie (**section 2**).

²¹⁶⁵ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018.

²¹⁶⁶ Journée d'étude organisée le 13 décembre 2013, Centre de Recherches Droits et Perspectives du Droit, Université Lille 2, en association avec la Maison Européenne des Sciences Humaines et sociales de Lille.

²¹⁶⁷ M. Borgetto, S. Fantoni-Quinton, « Un système de santé unique : une utopie », *RDSS*, 2014, n° 2 p. 215.

²¹⁶⁸ M. Caron, Le système de la santé au travail : vers la fin d'une exception, *RDSS* 2014 p. 276

²¹⁶⁹ Rapport fait au nom de la mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante, n° 2884, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 février 2006.

332. Des oppositions de façade. Alors qu’historiquement la santé publique et la santé au travail n’étaient pas cloisonnées²¹⁷⁰, on a assisté à une autonomisation du système de santé au travail. Même si l’usager a progressivement été placé au cœur du système de santé avec des droits spécifiques comme le libre choix du médecin, les médecins du travail exercent leur mission préventive dans le cadre de règles qui ne répondent pas pleinement aux droits reconnus aux usagers du système de santé²¹⁷¹. Cette émancipation par rapport aux règles gouvernant la santé publique pose question d’autant plus dans un contexte où cette dualité systémique a pour conséquence une sous-estimation des déterminants du travail dans la construction de la santé de chacun. Poursuivant une approche globale de la santé reposant sur un système unifié, le système de santé est également confronté à la question de la rationalisation des moyens pour des résultats toujours plus efficaces et une performance attendue de tous. Dans ce contexte, la question des interactions entre les deux systèmes se pose²¹⁷². Nous ne pourrions faire l’économie d’une réflexion approfondie des leviers à actionner pour parvenir à l’objectif d’une meilleure efficacité du système de santé au profit d’une protection accrue de la santé. Le questionnement des divergences et des points communs devra être réalisé ainsi que celui du socle commun que constitue la prévention, pour laquelle le système de santé au travail est à l’avant-garde, étant le premier réseau de prévention en France. En effet, les services de santé au travail sont « les premiers prescripteurs de prévention directement en prise avec le milieu de travail »²¹⁷³. Bien que classée au premier rang des systèmes de santé par l’Organisation mondiale de la santé en 2000, l’organisation sanitaire en France a connu depuis cette date une succession de réformes²¹⁷⁴ animées par un impératif de maîtrise des dépenses de santé et d’une volonté

²¹⁷⁰ S. Fantoni-Quinton, J. Saison, « Le système de santé au travail est-il une exception au système de santé français ?, *RDSS* 2014, p. 217.

²¹⁷¹ M. Caron, Le système de la santé au travail : vers la fin d’une exception, *RDSS* 2014 p. 276.

²¹⁷² M. Borgetto, S. Fantoni-Quinton, Un système de santé unique : une utopie ?, *RDSS*, 2014, p. 215 ; S. Fantoni-Quinton, J. Saison, Le système de santé au travail est-il une exception au système de santé français ?, *RDSS*, 2014, p. 217 ; J.-L. Crozafon, Santé au travail : pour une approche globale, *RDSS*, 2014.

²¹⁷³ H. Lanouzière, Médecins du travail et services de santé au travail, à la croisée des chemins, *Cah. soc.* 2014, p. 659.

²¹⁷⁴ L. n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; L. n° 2004-806 du 9 août 2009 relative à la politique de santé publique, l’ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 portant réforme hospitalière ; L. n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, L. n° 2011-803 du 5 juill. 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l’objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ; loi n° 2011-867 du 20 juill. 2011

constante d'assurer une prise en charge globale de la santé des populations et qui ont modifié en profondeur son architecture. Fruit d'une construction historique, la diversité et la complexité de l'organisation sanitaire actuelle sont de nature à nuire à son efficacité²¹⁷⁵. Dès lors, un mouvement de décloisonnement et de fusion des structures est amorcé pour une meilleure prise en charge des patients dans une logique de rationalisation des coûts. En 2012, un avis du CESE²¹⁷⁶ déplorait « une évaluation lacunaire et surtout une gouvernance complexe en raison d'une pluralité d'acteurs nationaux et locaux, aux compétences souvent mal définies », préconisait le positionnement de la santé au travail comme un élément indissociable de la santé globale et incitait à la définition d'une nouvelle gouvernance interministérielle « indispensable pour remédier à la très forte dispersion des acteurs » destinée à assurer « une meilleure coordination du sanitaire, du social et du médico-social afin de favoriser la continuité entre les soins et la prévention »²¹⁷⁷. Enfin, la question sensible de la territorialisation des moyens, et ainsi la régionalisation²¹⁷⁸, est importante. En effet, dans chaque région, une Agence régionale de santé met en œuvre « un ensemble coordonné de programmes et d'actions, y compris en santé au travail, concourant à la réalisation des objectifs de la politique nationale de santé, des principes de l'action sociale et médico-sociale et des principes fondamentaux de l'assurance-maladie »²¹⁷⁹. Pour une prévention optimale, il paraît difficile de rester en dehors de ce schéma organisationnel de l'offre de soins. La problématique des chevauchements de compétences et de responsabilités, notamment due à une construction par strates successives²¹⁸⁰, se pose également dans un domaine où les règles sont foisonnantes et où il conviendrait là aussi d'opérer une rationalisation. Pour assurer une efficacité accrue du système de prévention des risques professionnels, il faut trouver le moyen

relative à l'organisation de la médecine du travail ; loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; loi n° 2011-2012 du 29 déc. 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

²¹⁷⁵ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018.

²¹⁷⁶ J.-C. Etienne, C. Corne, « Les enjeux de la prévention en matière de santé », CESES, 2012.

²¹⁷⁷ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, pp. 86-87.

²¹⁷⁸ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, Recommandation n° 6 : Renforcer le rôle de la structure régionale et du médecin du travail pour prévenir la désinsertion professionnelle.

²¹⁷⁹ C. Santé pub., art. L. 1431-1.

²¹⁸⁰ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018.

d'assurer la pleine intégration du médecin du travail au parcours de santé des travailleurs (**paragraphe 1**) par l'organisation d'une logique de coopération médicale (**paragraphe 2**).

Paragraphe 1 : La pleine intégration du médecin du travail au parcours de santé

333. Une nécessaire approche systémique. La mention du parcours de santé en lieu et place du parcours de soins n'est pas anodine. En effet, notre système de santé souffre de la position dominante du soin, reléguant la prévention à une autre culture médicale. Sortir de la logique du tout curatif s'impose, d'autant plus dans un monde dans lequel de nouvelles techniques permettent le renouvellement, avec une efficacité renouvelée, de la prévention primaire. Le changement de paradigme, longtemps envisagé d'un seul point de vue théorique ou intellectuel, paraît devoir être traduit dans les faits et objectifs d'un système de santé repensé du 21^{ème} siècle. Les conservatismes, notamment médicaux, doivent être dépassés, les moyens d'y parvenir existent. Parmi ces moyens, l'intégration du médecin du travail au parcours de santé du patient/travailleur est déterminante pour permettre à la médecine du travail d'exprimer les compétences et l'expertise qui sont les siennes, et ainsi assurer un diagnostic pertinent à l'équipe pluridisciplinaire de soin et déterminer les causes du travail pouvant constituer des cas de morbidité – pour la vision négative – mais également pour permettre de donner au travail toute sa dimension salvatrice de réinsertion du malade par le travail, de maintien du travailleur fragilisé par la maladie ou l'accident. En effet, le travail permet aussi de participer à la thérapeutique du patient, dimension aujourd'hui nullement prise en compte. Le travail occupe une place essentielle dans la vie d'un travailleur. Ainsi, il convient de ne pas se priver de ce pan conséquent que constitue la santé au travail. Le médecin du travail étant le plus adapté pour mesurer l'impact du travail, dans une logique de parcours de santé à parfaire (**A**), et l'acteur clé par la coordination des ressources médicales, infirmières et de préventeurs au travail, il est déterminant de le considérer davantage et de l'associer plus étroitement dans le système de santé global. L'isoler et le circonscrire à la seule santé au travail est dommageable, tandis que l'enrichissement du système de santé publique par des compétences nouvelles serait profitable à tous (**B**).

A. *Le parcours de santé à parfaire*

334. La médecine du travail doit être partie intégrante du système de protection sociale au sens large, au sens de la santé publique, dans une approche systémique repensée, y compris dans son financement. « Il est aujourd'hui clairement reconnu que les conditions et l'environnement de travail sont des éléments structurants de l'état de santé de la population. Or, le constat doit être fait d'une insuffisance de liens entre médecine du travail et médecine de ville et hospitalière, alors même qu'il importe de garantir un suivi individuel d'un emploi à un autre, et tout au long de la vie du salarié, d'assurer notamment la traçabilité des expositions aux risques, et de participer en l'alimentant à la veille sanitaire. »²¹⁸¹ Ainsi, parce qu'une approche systémique de la médecine du travail se révèle nécessaire (2), sa définition doit évoluer (1).

1. **Redéfinition de la médecine du travail**

335. Définitions actuelles. Deux définitions distinctes existent aujourd'hui : celle relative à la mission des services de santé au travail et la définition du rôle du médecin du travail. Pour la première, selon l'article L. 4622-2 du Code du travail, « les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, ils conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel (1°) ; conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants 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 mentionnés à l'article L. 4161-1 et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs (2°) ; assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé au travail et leur sécurité et celle des tiers, des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 et de leur âge (3°) ; participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire (4°). »

²¹⁸¹ Rapport 2008, Ch. Dellacherie, L'avenir de la médecine du travail, Conseil Economique et Social, p. 42.

Pour la seconde, selon l'article L. 4622-3, « le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif. Il 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 tout risque manifeste d'atteinte à la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail. » Le point commun des deux définitions est le rappel essentiel et sans équivoque de leur caractère exclusivement préventif. Pour le reste, parmi les moyens censés être de nature à mettre en œuvre cet impératif préventif, et des injonctions paradoxales, il convient de rendre plus lisible et cohérent les moyens déclinant l'impératif préventif qui, lui, n'est nullement remis en cause.

336. Propositions de redéfinition. La spécialité de médecine du travail et de pathologie professionnelle est la plus à même de mesurer l'impact du travail sur la santé. C'est la raison pour laquelle elle doit demeurer. Ceci étant, elle doit impérativement évoluer pour gagner en efficacité, sans laquelle son maintien serait dépourvu de sens. La médecine du travail est une spécialité médicale exclusivement préventive qui veille à la santé de la population au travail, quel que soit le statut du travailleur. A cette fin, le médecin du travail est le conseiller privilégié des travailleurs et de l'employeur le cas échéant en matière de prévention des risques professionnels et des conditions de travail. Son rôle est aussi de favoriser le maintien au poste de travail, avec aménagement si nécessaire, ou dans l'emploi pour les personnes fragilisées. Enfin, il a un rôle de veille et d'alerte sanitaires lorsqu'il constate des risques professionnels. C'est donc une médecine de prévention du travailleur, du travail et de ses conséquences sur le travailleur. L'intérêt de la médecine du travail est son expertise du milieu de travail, son immersion dans le monde du travail et sa capacité à fournir des explications d'ordre étiologique pour mieux appréhender les vulnérabilités des patients. Il apporte la dimension qui manque à la médecine traditionnelle, c'est-à-dire les conditions et les effets de la vie au travail sur la santé. Ceci est essentiel parce que si le travail c'est la santé²¹⁸², si le travail participe du bien-être de la personne, il est aussi générateur d'usure, de stress, de pénibilité qui ont des effets sur la vie du quotidien et dont on doit tenir compte dans la clinique du patient. Deux hypothèses peuvent être privilégiées : d'une part, une définition établissant une liste exhaustive au risque de contradictions et/ou d'oublis ou, d'autre part, considérant que « la loi ne cesse d'allonger les champs de compétences des médecins du travail et d'alourdir les textes »²¹⁸³, une définition plus générale²¹⁸⁴.

²¹⁸² Selon la chanson composée et interprétée par Henri Salvador sur des paroles de Maurice Pon, sortie en 1965.

²¹⁸³ S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

337. Médecine de prévention des risques professionnels. On peut définir la médecine du travail comme la médecine de prévention des risques professionnels, de préservation de la santé au travail et de promotion de la santé²¹⁸⁵ en milieu professionnel. C'est dans cet esprit et selon cette méthode que le rapport du Sénat de 2008 avait procédé en indiquant : « les missions du médecin du travail ont pour finalité : la prévention primaire en milieu de travail : le repérage des risques professionnels a priori aux fins de leur prévention en amont ; la prévention secondaire dont la veille sanitaire qui vise à repérer les risques existants et leurs effets sur la santé des personnes au travail en contribuant à leur communication individuelle et collective ; la prévention tertiaire spécifique au milieu du travail et qui induit la prescription d'aménagement du poste de travail individuel, les conseils auprès des employés et des employeurs sur les conditions de travail, les alertes sanitaires sur les risques environnementaux ou psychosociaux. »²¹⁸⁶ L'intérêt de cette définition est de mettre en avant la mission exclusivement préventive du médecin du travail et d'en décliner les principes selon les types de prévention. Par ailleurs, sa mission doit être de garantir un suivi médical individuel à l'ensemble de la population du travail (travailleurs (salariés, indépendants, fonctionnaires...), demandeurs d'emploi, apprentis...) en pratiquant les examens médicaux utiles, en assurant un rôle de conseil, d'information et de pédagogie, et en étant attentif aux travailleurs vulnérables et un suivi collectif dans chaque environnement de travail en conduisant les actions en milieu de travail et sur le milieu de travail. En outre, son rôle est d'identifier et évaluer les risques liés au travail, suivre l'état de santé des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel pour s'assurer de la compatibilité de leur état de santé avec l'affectation à leur poste de travail, en orientant (psy, ergonome...) et coordonnant, le cas échéant, le travailleur vers le professionnel de santé adapté, dans le cadre de son animation du SST si la ressource médicale y est présente, ou par ailleurs en lien avec le médecin traitant, de prévenir la désinsertion professionnelle et favoriser le maintien dans l'emploi. Enfin, elle participe de la veille sanitaire et de la traçabilité des expositions et contribue au développement des connaissances sur la santé au travail, dans le cadre des objectifs définis par les politiques de santé publique.

338. Médecine de santé publique. On pourrait indiquer, dans un article chapeau au début de la quatrième partie relative à la Santé et sécurité au travail, en intégrant dans l'article

²¹⁸⁴ S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

²¹⁸⁵ V. C. santé pub., art. L. 3111-1 (« *médecine préventive et de promotion de la santé* »).

²¹⁸⁶ Rapport S. Desmarescaux visant à améliorer la santé au travail des salariés et à prévenir les risques professionnels auxquels ils sont confrontés, n° 167, Sénat janv. 2008, p. 106.

L. 4121-1 ou à l'article L. 4622-3, que la médecine du travail a pour mission générale les questions, actions et champs intéressant la santé physique et mentale des travailleurs dans une dimension coordonnée de santé publique. En conséquence, les médecins du travail seraient sollicités pour toute mesure, décision ou démarche intéressant directement ou indirectement la santé physique ou mentale des travailleurs, dans une dimension strictement préventive et dans le respect du principe de volonté du travailleur²¹⁸⁷, selon son consentement éclairé. Pour mener à bien leurs missions, les médecins du travail bénéficieraient d'une obligation générale d'information de l'employeur pour tout ce qui concerne la santé des travailleurs.

2. Inscription dans une approche systémique

339. L'unification du système de santé. Un suivi rigoureux par la médecine du travail de toutes les expositions et des conditions dans lesquelles ont été exercées les tâches par les travailleurs est essentiel pour préserver la santé de ces derniers mais aussi pour permettre, d'un point de vue de santé publique, d'assurer un suivi et, en cas de survenance d'une maladie, ou d'indicateurs laissant supposer l'existence d'un problème, d'assurer une prise en charge rapide et pertinente. Pour ce faire, les liens entre santé au travail et santé publique devraient être renforcés pour un objectif encore plus ambitieux grâce à un « système résolument tourné vers la promotion simultanée de la santé et de la performance sociale de l'entreprise »²¹⁸⁸ dans une logique tridimensionnelle économique, sociale et sociétale, et environnementale²¹⁸⁹. Le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 impose à la Nation de garantir à tous la protection de la santé²¹⁹⁰ et, à ce titre, l'accès aux soins qui en constitue la principale composante²¹⁹¹. Le système de santé peut être défini comme « l'ensemble des moyens matériels et humains mobilisés dans un espace-temps donné au service du maintien, de l'amélioration de la santé, droit fondamental de la personne »²¹⁹². Deux impératifs

²¹⁸⁷ C. Santé pub., art. L. 1111-4.

²¹⁸⁸ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, Recommandation n° 5 : Mieux articuler la santé au travail et la santé publique pour une meilleure prise en charge de la santé globale des travailleurs.

²¹⁸⁹ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, pp. 141-142.

²¹⁹⁰ M. Borgetto, La santé dans l'histoire constitutionnelle française, *RDSS* (n° hors-série), 2013. 9

²¹⁹¹ M.-L. Moquet-Anger, Santé et Constitution : l'exemple français, *RDSS* (n° hors-série), 2013. 127

²¹⁹² J. Hardy, Le système de santé vu du droit : une réalité diffuse, un régime juridique complexe, *RDSS* 2014, p. 229.

jalonnent son évolution : la volonté de maîtriser les dépenses et celle de promouvoir une vision globale de la santé fondée sur un système unifié. L'approche exclusivement thérapeutique du système de santé semble laisser peu de place au champ de la prévention²¹⁹³ qui s'est développé peu à peu dans le système de santé au travail. « La prévention constitue non pas seulement un socle commun aux systèmes de santé et de santé au travail mais aussi et surtout un élément essentiel pour faciliter leur dialogue, leur concertation et, au-delà, leur... réunion. »²¹⁹⁴ La santé au travail est une branche de la santé publique²¹⁹⁵, tant les conditions et l'environnement de travail sont des déterminants structurants de l'état de santé de la population. Cependant, les relations entre les médecins généralistes et les médecins du travail sont de qualité inégale. La collaboration du médecin de soins avec le médecin du travail a un intérêt dans le traitement de certaines pathologies, pour favoriser le retour à l'emploi ou encore pour lever les nombreux freins à la déclaration en maladie professionnelle. Mais la loi ne facilite pas la coopération entre les professions, lorsqu'elle interdit aux médecins du travail l'accès au dossier médical personnel²¹⁹⁶. De plus, la reconnaissance d'une profession peut se mesurer selon les liens qui se tissent entre les professionnels issus du même milieu. Les relations entre les professionnels de l'hôpital, la médecine de ville et la médecine du travail sont trop peu développées. Ainsi, les professionnels de santé au travail devraient être systématiquement associés à la mise en œuvre des réseaux de veille sanitaire²¹⁹⁷. Les Agences régionales de santé sont chargées de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé en liaison avec les autorités compétentes dans le domaine de la santé au travail²¹⁹⁸ notamment. Le travail est un déterminant essentiel de la santé et nécessite d'être pris en

²¹⁹³ IGAS, Rapport annuel 2003, Santé : pour une politique de prévention efficace ; selon ce rapport, les politiques de santé ont cessé de s'orienter vers la prévention à partir de 1945 en même temps que les progrès de la médecine ont permis une forte augmentation de l'espérance de vie des Français. La prévention est alors devenue « le parent pauvre du système de soins », au profit d'un système tourné majoritairement vers la médecine curative. Des interrogations sur notre système quasi exclusivement curatif ont commencé à émerger à partir des années 70, avec notamment l'apparition de difficultés de régulation financière du système de soins, l'irruption du SIDA au début des années 80 et la survenance de graves crises sanitaires mettant en jeu la sécurité sanitaire dans les années 90. Toutes ces interrogations ont trouvé un écho en France, avec la création, à la fin de la dernière décennie, d'agences de sécurité sanitaire (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, Institut National de Veille Sanitaire, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale). Ces évolutions ont transformé en profondeur le paysage de la santé publique et les modes d'intervention de la puissance publique en ce domaine.

²¹⁹⁴ M. Borgetto, S. Fantoni-Quinton, Un système de santé unique : une utopie ?, *RDSS* 2014, p. 215.

²¹⁹⁵ Le rapport CESE « *L'avenir de la médecine du travail* » de 2008 avait envisagé l'intégration de la santé au travail à la Sécurité sociale (pp. 30 et s.).

²¹⁹⁶ Rapport Dellacherie, Frimat, Leclercq, 2010, p. 28.

²¹⁹⁷ Rapport Dellacherie, Frimat, Leclercq, 2010, p. 5.

²¹⁹⁸ C. Santé pub., art. L. 1431-2, 1° ; Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, Recommandation n° 6 : Renforcer le rôle de la structure régionale et du médecin du travail pour prévenir la désinsertion professionnelle.

considération comme tel dans les politiques de santé²¹⁹⁹. Les informations nécessaires à l'exercice des missions de l'Agence nationale de santé publique sont transmises, entre autres, par les services de santé et les médecins du travail²²⁰⁰ pour les données personnelles de santé. Les modalités de pilotage stratégique et opérationnel de la médecine du travail doivent être renforcées pour favoriser la convergence des efforts des différents acteurs de la santé au travail, faire évoluer le dispositif vers une approche plus qualitative et préventive dans une dimension systémique plus forte et « réorienter l'activité des services de médecine préventive vers des stratégies de santé publique »²²⁰¹. Dans ce sens, la logique du contrôle administratif a atteint ses limites et doit céder la place à une véritable démarche de régulation du dispositif de santé au travail définie par des objectifs à atteindre. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) vise à assurer une meilleure synergie entre les interventions d'acteurs complémentaires que sont la branche AT-MP – gestion du risque et réduction de la sinistralité –, les Direccte – politique de santé et de sécurité au travail – et les SST. Il précise les priorités des SST en tenant compte des missions générales prévues à l'article L. 4622-2, des orientations de la politique nationale en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail, d'amélioration des conditions de travail, ainsi que de son volet régional, et en fonction des réalités locales²²⁰². L'agrément et le projet pluriannuel de service²²⁰³ – document pivot entre les deux précédents élaboré par le SSTI au sein de la commission médico-technique avant d'être soumis à l'approbation du conseil d'administration – et ce CPOM doivent être mieux articulés²²⁰⁴ pour inscrire l'action des SST dans les priorités de la politique publique de santé au travail et garantir une bonne couverture territoriale des besoins en santé au travail. La question de l'unification ou du rapprochement des deux systèmes de

²¹⁹⁹ Ce qui est frappant est que les différents types de déterminants de la santé ont leur pendant en santé au travail. Ainsi, si on schématise les déterminants de santé en 4 catégories (environnement/biologie humaine/habitude de vie/organisation et accès aux soins), chacune d'elle a son corollaire en santé au travail, ce qui confirme qu'il existe aussi des déterminants de santé dans ce domaine également et que ce domaine ne se limite pas à un critère travail/non travail. Ainsi le facteur environnement a son corollaire : les conditions de travail (le niveau de stress, la satisfaction au travail, dialogue social, équilibre vie privée/vie professionnelle, organisation, on parle des déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail,) ; le facteur biologie humaine a également son corollaire en santé/travail : les prédispositions qui favorisent telles ou telles pathologies professionnelles, par exemple en matière de troubles musculo-squelettiques (TMS) ou de cancer professionnel ; le facteur habitude de vie que l'on retrouve également en santé/travail avec les rythmes de travail/sommeil, l'alimentation imposées par les conditions de travail, la consommation de psychotropes ; le facteur lié à l'organisation des soins qui s'identifie aussi au travail à la différence d'accès au système de santé au travail inéquitable en fonction du statut du travailleur (privé : public, salarié, artisan).

²²⁰⁰ C. Santé pub., art. L. 1413-7.

²²⁰¹ Rapport IGAS, 2003, p. 295.

²²⁰² C. trav., art. L. 4622-10 et D. 4622-44.

²²⁰³ C. trav., art. L. 4622-14.

²²⁰⁴ Circ. DGT n° 13, 9 nov. 2012.

santé et de santé au travail est essentielle. Plutôt qu'envisager des liens extérieurs qui connaîtront toujours des limites, il serait intéressant d'envisager l'intégration du système de santé au travail au système de santé publique.

B. L'enrichissement de la santé publique par l'intégration de la médecine du travail

340. La médecine du travail, une spécialité médicale à promouvoir. « L'importance des déterminants professionnels dans la santé de la population, l'importance majeure que devrait revêtir la prévention des risques pour un système productif confronté au vieillissement de la main d'œuvre en même temps qu'à des contraintes accrues de compétitivité, font de la santé au travail un enjeu national. Pourtant, ces questions sont encore méconnues voire sous-estimées en dehors d'un public de spécialistes. Au croisement du monde du travail et de celui de la santé, la santé au travail court le risque d'être marginalisée et de servir de variable d'ajustement dans l'un et l'autre. La sensibilisation des décideurs et le développement d'une culture de la santé au travail parmi les responsables venus d'horizons divers - chefs d'entreprise, représentants syndicaux, élus, professionnels de santé, directeurs de services de santé au travail, hauts fonctionnaires, journalistes...- apparaissent dans ce contexte comme une nécessité. »²²⁰⁵ Promouvoir la médecine du travail dans son action passe aussi par une extension de ses moyens dans son champ de compétences. Ainsi, la recommandation n° 14 du rapport « Attractivité »²²⁰⁶ est intéressante. Il est en effet proposé d'autoriser le médecin du travail à délivrer la prescription d'un premier arrêt de travail en lien avec un risque d'inaptitude, une démarche de maintien en emploi et d'accompagnement personnalisé du salarié. Le but est ici d'encourager les salariés à avoir recours aux conseils du médecin du travail - comme c'est le cas par exemple lorsque le travailleur anticipe un risque d'inaptitude²²⁰⁷ - en leur permettant de prescrire un premier arrêt de travail qui pourrait être prolongé par le médecin traitant éventuellement. La question relative à l'enrichissement des deux systèmes est intéressante et doit aussi être posée à l'aune des moyens mis en œuvre pour satisfaire la cause commune. « L'enrichissement mutuel, notamment sur la question de la

²²⁰⁵ Rapport Conso-Frimat sur le bilan de réforme de la médecine du travail, IGAS, octobre 2007, p. 81.

²²⁰⁶ Rapport « Attractivité et formation des professions de santé au travail », IGAS n° 2017-023R/IGAENR n° 2017-053, établi par X. Chaster, P. Blémont, H. Siahmed, J.-M. Soulat, août 2017.

²²⁰⁷ C. trav., art. R. 4624-34.

prévention, semble être une hypothèse cohérente au regard des avancées récentes. Le recentrage sur la thématique de la prévention permet vraisemblablement d'expliquer en quoi les systèmes de santé et de santé au travail ne sont marqués ni par le cloisonnement ni par la totale exception. »²²⁰⁸ Ainsi, l'objectif et le dénominateur communs des systèmes de santé et de santé au travail est clairement la prévention (1). Leur complémentarité est aussi une évidence (2).

1. La prévention, un objectif fédérateur

341. Dépasser les clivages. La prévention est une notion, un objectif qui dépasse les clivages médicaux. En effet, il s'agit du dénominateur commun²²⁰⁹ de toute pratique médicale. Avant de traiter une maladie, on essaie de la diagnostiquer au plus tôt et même de l'anticiper, voire la prévenir. Les trois niveaux principaux de prévention sont éclairants en la matière. Le Code du travail français ne donne pas de définition directe et explicite de la prévention. « C'est en réalité à partir des principes généraux de prévention exprimés à l'article L. 4121-2 que la notion peut être appréhendée. La prévention est une pratique qui doit être conduite rationnellement. Les mesures attendues de l'employeur, par application de l'article L. 4121-1 du Code du travail, ne sont pas de vagues références à une exigence morale de faire son possible pour prévenir les atteintes à la santé physique ou mentale des travailleurs mais des mesures ordonnées, hiérarchisées et planifiées. Le texte précise que les « mesures » imposent « la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés »²²¹⁰. L'article L. 422-6 du Code de la Sécurité sociale prévoit la possibilité de conventions entre la Sécurité sociale et les services de santé au travail « fixant les modalités des actions conjointes ou complémentaires conduites par les services de santé au travail et les services de prévention des risques professionnels des caisses de sécurité sociale dans le respect de leurs missions respectives ». Par ailleurs, « est obligatoire, pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, la déclaration de tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie, lorsqu'ils ont un caractère professionnel »²²¹¹. Le Code de la Santé publique prévoit que « les médecins du travail fournissent à l'institut [de

²²⁰⁸ M. Caron, Le système de la santé au travail : vers la fin d'une exception, *RDSS* 2014 p. 275

²²⁰⁹ M. Caron, Le système de la santé au travail : vers la fin d'une exception, *RDSS* 2014 p. 276

²²¹⁰ P.-Y. Verkindt, Les mots de la prévention, in *La prévention des risques au travail*, *SSL* supplément n° 1655, 8 décembre 2014, p. 7.

²²¹¹ C. Séc. soc., art. L. 461-6, al. 1.

veille sanitaire] les informations nécessaires à l'exercice de ses missions »²²¹². Par ailleurs, « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. »²²¹³ Enfin, le Code de la Santé publique prévoit qu'un « médecin du travail intervient dans chaque agence régionale de santé »²²¹⁴. Ce sont les prémices de liens systémiques au service d'une approche plus globale dans la prévention de la santé des salariés dépassant le cadre de l'entreprise.

342. La santé au travail, premier réseau de prévention en France. Bien que le système de santé au travail ne soit pas un système totalement unitaire en raison du lien au statut de certains travailleurs (agriculture, fonction publique...), il n'en est pas moins le premier réseau de prévention. Par ailleurs, la santé publique s'invite désormais en santé au travail notamment dans les projets de service qui intègrent ces préoccupations dans une dimension dépassant la vie dans l'entreprise *stricto sensu*. Des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sont ainsi signés entre les services de santé au travail, la DIRECCTE et la CARSAT sur la base de constats locaux. « Le télescopage des différentes problématiques, les évidences épidémiologiques forcent au décroisement entre ces deux systèmes et rendent nécessaire une meilleure intégration du système de santé au travail dans le système de santé. Le décroisement et la contractualisation doivent être poursuivis afin de replacer la santé des salariés au cœur du système. »²²¹⁵

²²¹² C. Santé pub., art. L.1413-4.

²²¹³ C. Santé pub., art. L. 6321-1.

²²¹⁴ C. Santé pub., art. R. 1432-156.

²²¹⁵ M. Caron, Le système de la santé au travail : vers la fin d'une exception, *RDSS* 2014, p. 275

2. La mutualisation des ressources et compétences au service de la prévention

343. Complémentarité des compétences. En France, l'existence de services de santé au travail (SST) doit faciliter le recueil d'informations de nature épidémiologique²²¹⁶ parmi les salariés en activité. En effet, les SST, dont la mission est la préservation de l'état de santé des travailleurs, doivent également contribuer à la veille sanitaire dans le domaine des risques professionnels, comme cela est réaffirmé dans l'article L. 1413-4 du Code de la Santé publique : « les services de santé au travail ou, pour les données personnelles de santé, les médecins du travail fournissent à l'institut [de veille sanitaire] les informations nécessaires à l'exercice de ses missions ». Ceci va dans le sens de l'évolution sociétale et comportementale de ces dernières années conduisant le patient à rechercher que soient prises en compte toutes les ressources de la médecine au service de la préservation de sa santé, ne se contentant plus forcément d'un seul interlocuteur mais exigeant que l'ensemble du système de santé, le corps médical, lui apporte le meilleur résultat diagnostique et thérapeutique²²¹⁷. Par ailleurs, en matière de services de santé autonomes, ou internes, le rapport Issindou²²¹⁸, dans sa recommandation n° 16, propose de trouver des formules d'association des services de santé au travail autonomes dans les dispositifs de contractualisation mis en œuvre avec les pouvoirs publics. Il est évident que les compétences acquises en santé-sécurité au travail doivent être mises à profit pour enrichir le système de santé publique. La pluridisciplinarité²²¹⁹ impulsée par la directive européenne²²²⁰ est un moyen de meilleure prise en charge du suivi du travailleur. Il faut s'appuyer sur ces compétences et les valoriser en les intégrant dans le système global de santé pour l'améliorer. En effet, le travail n'est pas sans effet sur la santé de ceux qui s'emploient à des tâches pour gagner leur vie de sorte que c'est un paramètre dont il faut tenir compte. Naturellement, dans la survenance ou le développement d'une maladie, comme quand arrive un accident, l'arbre des causes n'est pas nécessairement aisé à établir. C'est pourquoi, la traçabilité des expositions professionnelles à des risques doit plus

²²¹⁶ C. trav., art. R. 4624-58.

²²¹⁷ CNOM, Rapport, L'information du patient, son importance, ses conséquences, droits et devoirs de chacun, Rapporteur Dr Bernard Decanter, 8 septembre 2012, p. 46.

²²¹⁸ M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail », mai 2015.

²²¹⁹ N. Dedessus-Le Moustier, « La pluridisciplinarité en santé au travail : analyse juridique », Travail et Emploi, juillet-septembre 2005, n° 103, p. 65 ; Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels, Rapport pour la direction générale du travail, ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, décembre 2007.

²²²⁰ Directive-cadre 89/391/CEE du 12 juin 1989 relative à l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail (JO. CE. L183/1 du 29 juin 1989, art. 7).

rigoureuse, de même que celle de l'exercice des différentes tâches pour assurer le suivi de nature à établir, le cas échéant, des liens de causalité dans l'émergence d'éventuelles vulnérabilités dues au travail. L'étiologie est une science difficile mais ce défi mérite d'être relevé. Ainsi, le décloisonnement des systèmes de santé doit être opéré. Qu'il s'agisse des professionnels du soin ou des enseignants, leur temps de travail et leur mode de rémunération laissent peu de place aux travaux de collaboration et d'équipe nécessaire à une action globale, point nodal de la prévention²²²¹. Les complémentarités avec les autres spécialités médicales doivent être mises en avant et un véritable parcours doit pouvoir se mettre en place lorsque la santé des travailleurs l'exige, *a posteriori*, mais aussi et surtout en amont de la survenance de toute difficulté pour plus de prévention. Le principe d'une spécialité médicale est d'être un maillon d'une chaîne, en complément de tous les autres, et non de fonctionner de manière autonome. Pour permettre à la médecine d'être la plus efficace possible, il faut donc penser et mettre en œuvre une meilleure coordination médicale de nature à renforcer les liens et coopérations entre médecins pour qu'ils partagent et croisent leur expertise et les données dont ils disposent des patients qu'ils ont en commun et ainsi construire une logique de parcours de santé sur le modèle, en complément ou dans la continuité du parcours de soins que nous connaissons aujourd'hui. Le but est d'aboutir à organiser une veille plus efficace et permettre de prendre en charge au plus tôt les maladies et même idéalement d'anticiper leur survenue, dans une logique de parcours de santé plus aboutie, conformément à l'objectif de prévention primaire. Plus nous nous dirigerons vers la complétude de la prise en compte des données sanitaires, plus performant sera notre système de santé publique. Or, exclure du champ médical de santé publique la santé au travail, c'est se priver d'une source d'informations précieuses.

Paragraphe 2 : L'organisation d'une logique de coopération

344. Des collaborations à renforcer. Le but est bien de mutualiser les informations et les points de vue pour aboutir à une solution acceptée par tous, durable dans le temps et, bien sûr, au service d'une amélioration de la préservation de la santé des salariés et de créer les conditions favorisant le maintien dans l'emploi de ces derniers. La visite de préreprise constitue le cadre privilégié pour favoriser le maintien en emploi des salariés suite à un arrêt

²²²¹ Rapport IGAS, 2003, p. 351.

de travail de moins de trente jours. L'intérêt de tous les acteurs est de s'impliquer dans une logique constructive pour échanger et, le cas échéant, faire évoluer le poste de travail plutôt que contester le bien-fondé de l'avis médical, ce qui n'aura pour effet que de cristalliser les tensions. Il est en effet préférable de prendre en compte l'existence d'un problème plutôt que le nier pour ainsi en déterminer la nature précise, les implications dans le travail et apporter une solution aux difficultés qui se posent. Cette approche permet d'envisager la construction d'un processus de maintien dans l'emploi ou, le cas échéant, de retour vers l'emploi que ce soit par des aménagements ou un reclassement. Les échanges et la hiérarchisation des informations constituent le carburant des collaborations entre équipe pluridisciplinaire et employeur. Ainsi, les médecins du travail devraient être informés de la survenance de tous les arrêts de travail qu'ils soient d'origine professionnelle ou non, ne serait-ce que pour en assurer la traçabilité et ainsi avoir une meilleure connaissance du contexte médical du salarié²²²² mais également d'un ensemble de salariés d'un point de vue collectif. Il s'agit là d'un socle d'informations indispensables tant pour améliorer le suivi des salariés que le conseil aux employeurs. L'analyse des cas individuels permettrait d'alimenter les initiatives de prévention collective. Il faudrait en outre s'appuyer sur les documents obligatoires comme le document unique d'évaluation des risques²²²³, les fiches individuelles d'exposition, la fiche entreprise ou encore le rapport annuel du médecin du travail. Un réel défi attend le monde du travail : celui de parvenir à un niveau satisfaisant de prévention en lien, non seulement avec l'environnement de travail, mais également avec la communauté médicale. C'est à l'entreprise d'impulser la politique de prévention, socle indispensable à toute coopération durable et efficace. Sur cette base, le médecin doit convenir avec l'entreprise des collaborations possibles, qui doivent s'inscrire dans le temps. Les réunions du CSE sont aussi des jalons structurants. Ce comité est en effet le lieu où les échanges entre le médecin et l'entreprise doivent pouvoir être ritualisés et au cours desquels il doit être abordé l'ensemble des sujets liés à la santé et la sécurité des salariés pour un pilotage de la prévention plus efficace. « Les modalités modernes du travail en équipe pluridisciplinaire, en réseaux, nécessitent une coordination utile, un partage des informations, qui exige le consentement éclairé explicite et exprès du malade, chaque professionnel demeure responsable de ses actes et aussi de ses

²²²² L'article R. 4624-33 limite cette information par l'employeur au médecin du travail à « tout arrêt de travail d'une durée inférieure à trente jours pour cause d'accident du travail afin de pouvoir apprécier, notamment, l'opportunité d'un nouvel examen médical et, avec l'équipe pluridisciplinaire, de préconiser des mesures de prévention des risques professionnels ».

²²²³ Y. Pagnerre, Faute inexcusable et absence de DUERP : un « trop » bon ménage !, *Cah. soc.*, oct. 2017, n° 300, pp. 454-456.

devoirs d'informations. »²²²⁴ Ainsi, les échanges entre professionnels de santé (A) pourraient être favorisés par l'extension du principe du secret médical partagé à la santé au travail (B).

A. Les échanges entre professionnels de santé

345. Selon les articles L. 441-6 et L. 461-5 du Code de la Sécurité sociale, le praticien qui donne des soins à la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle doit établir un certificat initial indiquant notamment l'état de celle-ci, ainsi que les conséquences de l'accident ou ses suites éventuelles. Les deux premiers volets du formulaire CERFA sont adressés à la caisse d'assurance maladie. Le patient conserve le troisième volet et en cas d'arrêt de travail, adresse le quatrième volet à l'employeur. Un certificat détaillé doit être établi en cas de prolongation, de rechute, de guérison ou de consolidation. Il convient de créer les conditions de l'établissement du lien entre le médecin traitant et le médecin du travail. Une mise en relation est nécessaire (1) au moyen d'une centralisation des informations médicales d'un dossier partagé (2).

1. Une mise en relation nécessaire

346. Le sport professionnel : un exemple à suivre ? Si l'on poursuit un objectif d'efficacité dans un domaine aussi difficile que celui de la prévention, alors il convient de mutualiser les expertises à dessein et ainsi d'organiser la coordination à la hauteur des ambitions poursuivies. Il faut penser le suivi de santé et le parcours de soins de manière complémentaire, solidaire. C'est la raison pour laquelle les professionnels de santé doivent être davantage mis en relation les uns avec les autres, pour une exploitation maximale de leur spécialité et leur expertise, pour assurer le meilleur bénéfice à la pluridisciplinarité. Un parallèle peut être fait entre le sportif professionnel et le travailleur²²²⁵. En matière d'encadrement médical de la pratique sportive intensive, différents médecins et professionnels

²²²⁴ CNOM, Rapport, L'information du patient, son importance, ses conséquences, droits et devoirs de chacun, Rapporteur Dr Bernard Decanter, 8 septembre 2012, p. 17.

²²²⁵ B. Faucher, L'encadrement médical de la pratique sportive intensive : place et rôle des différents médecins auprès du sportif professionnel salarié ; La santé du sportif professionnel salarié, thèse, Nantes 2013, Dir. P. Chaumette.

de santé interviennent auprès du sportif professionnel salarié. Au rang des médecins présents pour l'encadrement médical du sportif professionnel salarié²²²⁶, on peut citer le médecin fédéral et le médecin du travail. Ces deux professionnels de santé interviennent pour satisfaire des exigences réglementaires issues à la fois du Code du travail et du Code de la santé publique mais aussi du Code du sport. Il convient de s'interroger sur le sens donné à cette surveillance médicale de la population d'élite que représentent les sportifs professionnels salariés. En effet, s'agit-il de simplement respecter des exigences réglementaires et administratives, s'agit-il de contrôler les capacités et aptitudes du sportif au bénéfice de la structure qui l'emploie (c'est-à-dire de garantir une certaine qualité de la main-d'œuvre en établissant en quelque sorte un certificat d'absence de « vice caché » au cours de la traditionnelle visite médicale qui a lieu avant signature du contrat par le sportif) avec toutes les questions juridiques subséquentes en termes de responsabilité, ou bien de veiller, par un suivi organisé et volontariste, au maintien du bon état de santé du sportif et à sa non dégradation ? La question du consentement²²²⁷ et de la volonté du sujet est fondamentale²²²⁸. En effet, les médecins n'ont pas pour fonction de protéger contre leur gré²²²⁹ les patients sauf dans les cas prévus de péril imminent²²³⁰. En outre, le médecin du club, salarié par ce dernier,

²²²⁶ M. Léglise, « Médecine du sport et déontologie », bull. de l'ordre des médecins, janv.

1996, Spécial Santé-sport, p. 6, article cité in M. Harichaux, P. Harichaux, Droit et médecine du sport, Masson, Paris, 2004, p. 14 ; P. Etcheto, Organisation médicale d'un club de rugby professionnel : Aviron Bayonnais Rugby, saison 2006-2007, Thèse, Médecine, 2007, 112 pp ; C. Lefranc, Le contrat à durée déterminée du footballeur professionnel, Thèse, Droit, Rennes, 1998, 469 pp. ; A. Mégret, « Quel médecin du sport pour quelle médecine du sport », Actes du 7e colloque national de la Fondation Sport Santé, Mars 2007.

²²²⁷ C. Santé pub., art. L. 1111-4 ; Manque à son devoir d'humanisme le médecin qui fait procéder au test HIV sans recueillir le consentement libre et éclairé du patient : CA Paris, 20 févr. 1992, D. 1993. Somm. 30, obs. Penneau.

²²²⁸ Le droit pour le patient majeur de donner, lorsqu'il se trouve en état de l'exprimer, son consentement à un traitement médical, revêt le caractère d'une liberté fondamentale au sens de l'article L. 521-2 CJA : TA Rennes, 18 juin 2012, Madame A c/ CHS Guillaume/Régnier, n° 1202373, JCP Adm. 2012. 2321, note Péchillon. Entrent dans le champ de l'art. 8 Conv. EDH les questions liées à l'intégrité morale et physique des individus, à leur participation au choix des actes médicaux qui leurs sont prodigués ainsi qu'à leur consentement à cet égard : CEDU 2 juin 2009, Codarcea c/ Roumanie : req. n° 31675/04, § 101.

²²²⁹ Gründler, La nécessité médicale comme condition d'atteinte à l'intégrité corporelle, entre modernité et désuétude, Mélanges Bélanger, éd. LEH, 2015, p. 483 ; Degoy, Essai sur la nécessité médicale, Thèse Toulouse, 2013.

²²³⁰ L'urgence est caractérisée lorsque le traitement est imminent ; étant entendu que la personne est en mesure de formuler une opposition clairement et a manifestement une pleine connaissance des conséquences de son refus du traitement : TA Rennes, 18 juin 2012, Madame A c/ CHS Guillaume/Régnier, n° 1202373, JCP Adm. 2012. 2321, note Péchillon. Les médecins ne portent pas atteinte à la liberté fondamentale [sur le fondement des articles 16-3 du Code civil et L. 1111-4 du Code de la Santé publique] une atteinte grave et manifestement illégale lorsqu'après avoir tout mis en œuvre pour convaincre un patient d'accepter les soins indispensables, ils accomplissent, dans le but de tenter de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état : CE, réf., 16 août 2002, Mme Feuillatey, req. n° 249552, Lebon 309 ; GDAS, 2° éd., Dalloz, 2016, n° 9 ; JCP 2002. II. 10184, note Mistretta ; Dr. adm. 2002, n° 188, note Aubin ; RD publ. 2003. 1419, note Pariente ; Gaz. Pal. 15-17 sept. 2002, n° 351, p. 19, note Lachaud ; LPA 26 mars 2003, n° 61, p. 4, note Clément. V. aussi,

œuvre sur deux versants distincts que sont le préventif et le curatif. Par hypothèse subordonné aux dirigeants du club, ce médecin de soins, qui a une mission prioritairement curative, mais pas exclusivement, puisque son rôle s'étend également à la prévention des blessures et des conduites à risques, est chargé d'examiner le sportif et de l'informer sur tout ce qu'il est en droit de savoir sur sa santé et ses activités sportives conformément à l'article L. 1111-8 du Code de la Santé publique. Il doit proposer aux sportifs le traitement approprié qu'il prescrit, ou qu'il exécute lui-même si nécessaire. En outre, en application de l'article R. 4127-59, il doit normalement rendre compte de ses interventions au médecin traitant dans le but d'assurer la continuité des soins. Comment s'assurer ici que le médecin salarié peut garantir le respect du secret médical ? En raison du fait que le médecin de soins du club est souvent le seul médecin consulté par le sportif, certains considèrent qu'il faudrait renverser le principe, à savoir que lorsqu'un praticien extérieur à la structure est consulté par le sportif en lieu et place du médecin du club, alors le médecin du club devrait impérativement en être informé. Les règlements intérieurs des clubs imposent aux joueurs d'informer des traitements prescrits ou actes médicaux effectués à l'extérieur de la structure sous peine de sanctions disciplinaires. Il convient de s'interroger sur la légalité de ces dispositions au regard des droits fondamentaux dont ne peuvent être dépourvus les sportifs, fussent-ils de haut niveau²²³¹. C'est le médecin du club qui pratique les examens qui conditionnent la délivrance du certificat médical de non contre-indication préalable à l'homologation du contrat de travail du sportif. Il s'agit clairement ici d'un acte de contrôle, éloigné de toute considération sanitaire au bénéfice du sportif, encore moins préventive, permettant au club de s'assurer du bon investissement qu'il fait sur la personne du sportif. On assiste bien à une forme de marchandisation de la personne dont on vérifie, ni plus ni moins, l'absence de vice caché. Les commissions médicales imposent principalement la réalisation d'un examen clinique de base accompagné de la réponse à un questionnaire médical et de la vérification des vaccinations, un examen biologique complet, un électrocardiogramme et une échographie cardiaque. De surcroît, en cours de saison, les sportifs subissent un examen clinique identique à l'examen clinique de début de saison et un examen biologique destiné à vérifier la variation des paramètres biologiques. Le lien entre cet examen biologique et la détection des conduites dopantes est alors indéniable. Cet examen doit cependant être réalisé dans un but préventif et déboucher sur une aide médicale pour les sportifs présentant des paramètres anormaux. Les précautions

Canedo-Paris, Le concept d'acte médical « indispensable » dans la jurisprudence administrative, Mélanges Mémeteau, éd. LEH, 2015, vol. 1, p. 315.

²²³¹ C. sport, art. A. 231-2 ; D. 231-1-4.

prises dans cette dernière phrase sont de nature à démontrer sans aucune ambiguïté que le but n'est pas préventif, mais au contraire d'assurer juridiquement l'employeur qu'il s'agisse du dopage mais aussi de la bonne qualité sanitaire du sportif. L'incompatibilité d'exercice entre médecine de soins et médecine de surveillance est ici aussi soulevée. En effet, l'article R. 4127-99 du Code de la Santé publique prévoit expressément que « sauf cas d'urgence ou prévus par la loi, un médecin qui assure un service de médecine (de surveillance) pour le compte d'une collectivité n'a pas le droit d'y donner des soins curatifs. Il doit adresser la personne qu'il a reconnue malade au médecin traitant ou à toute autre médecin désigné par celle-ci ». Un problème de déontologie est pointé sur la réalisation des examens médicaux de surveillance par un médecin de club. Des redondances évidentes existent entre médecin du travail et médecin du sport²²³², de club ou fédéral, qui cantonnent la médecine du travail à une logique de mission purement administrative. Les sportifs, déjà extrêmement suivis par les différents médecins qui gravitent autour de leur pratique sportive, n'ont pas besoin de bénéficier d'un nouvel examen médical de surcroît moins complet et moins expert. Certains auteurs plaident pour la création d'une médecine du travail spécifique au sport professionnel permettant de redéfinir le rôle du médecin du travail et de donner plus de poids à son action. Cette approche spécifique permettrait d'aller vers une spécialité de branche à dimension régionale²²³³ pour une efficacité renforcée.

347. Un travail d'équipe. Dans le cadre de la pluridisciplinarité²²³⁴, qui se caractérise par une pluralité d'intervenants, au sein notamment des SSTI²²³⁵, les informations délivrées, le cas échéant, par le salarié, sont susceptibles de transiter entre de nombreuses mains. « Il peut sembler difficile dans ce contexte de concilier ce principe essentiel qu'est le secret professionnel et le fonctionnement des services de santé au travail dont les missions et la composition font que les informations médicales peuvent circuler dans un cadre dépassant le colloque singulier entre le médecin et son patient »²²³⁶, et ce d'autant plus que la plupart des travailleurs ne seront plus vus que par un infirmier en santé au travail dans le cadre de la visite d'information et de prévention²²³⁷. Il n'est pas ici question de jeter le soupçon sur le personnel

²²³² J. Barthélémy, Médecin du sport et médecin du travail : la bonne articulation, *Jurisport* n° 150, févr. 2015, p. 33.

²²³³ V. § 155. Une structure à dimension régionale.

²²³⁴ C. trav., art. L. 4622-8.

²²³⁵ Cour des comptes, Les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir, nov. 2012, p. 15.

²²³⁶ S. Brissy, Collecte et traitement des informations nécessaires, Droit et secret dans les SSTI, Actes Journées Santé Travail du CISME – Tome V – 2015.

²²³⁷ C. trav., art. L. 4624-1.

médical du travail, d'autant qu'à l'hôpital, le fonctionnement est similaire, à ceci près qu'il est question d'équipe de soins, contrairement à l'équipe de santé au travail. Le but est, au contraire, de créer les conditions d'un parcours de santé plus efficient. Or, le secret médical²²³⁸ doit être protégé car il confère à la médecine une part importante de son identité. Contrairement à l'équipe hospitalière, l'équipe de santé au travail opère dans un contexte très sensible qu'est celui du travail. Ce dernier en effet a un impact essentiel, que ce soit d'un point de vue social ou sanitaire. C'est la raison pour laquelle la sécurisation des échanges entre professionnels de santé est d'une impérieuse nécessité, un condition d'efficience de la médecine du travail. Le secret médical est le ciment qui fait le socle du colloque singulier dont la relation de confiance est le pivot. « *Cette règle d'organisation des professions de santé* »²²³⁹ est « *tout à fait adaptable aux services de santé au travail* »²²⁴⁰. La préservation du secret médical et la facilitation de son exercice en santé au travail est essentielle à deux titres importants : d'abord, elle participe de l'identité de la médecine du travail et des services de santé au travail, et ensuite, elle conditionne son utilité, elle garantit son efficience. Enfin, les échanges entre professionnels de santé se font essentiellement par écrit. Dès lors, ces écrits²²⁴¹ doivent faire l'objet d'un usage maîtrisé par les médecins. Ce n'est pas qu'un outil de coordination médicale. C'est aussi, dans le cadre de contestation d'avis par le salarié ou l'employeur, un document médical qui aura des conséquences juridiques. Le dossier médical doit être renseigné et utilisé avec précaution. Le médecin du travail doit y retranscrire tout ce qui est dans l'intérêt du salarié. L'important est d'essayer de comprendre et de mettre en lumière les liens santé-travail.

2. La centralisation d'informations médicales dans un dossier partagé

348. Un outil de performance médicale. Le dossier médical permet de recueillir tous les éléments de nature médicale concernant une personne. C'est le document de référence

²²³⁸ A. Gardin, Le secret médical et le médecin du travail, *Dr. ouvr.* 2015, p. 403.

²²³⁹ S. Brissy, Collecte et traitement des informations nécessaires, Droit et secret dans les SSTI, Actes Journées Santé Travail du CISME – Tome V – 2015.

²²⁴⁰ S. Brissy, Collecte et traitement des informations nécessaires, Droit et secret dans les SSTI, Actes Journées Santé Travail du CISME – Tome V – 2015.

²²⁴¹ CNOM, Les écrits du médecin du travail et la déontologie médicale, juin 2015 ; C. Frouin, La responsabilité déontologique du médecin du travail, *Cah. soc.* 2014, n° 268, p. 655.

contenant l'ensemble des données utiles aux médecins pour assurer le suivi et mieux gérer une éventuelle prise en charge ultérieure. C'est également, pour le travailleur, l'avantage de ne pas avoir à systématiquement retracer l'historique tous les éléments relatifs à son état de santé à chaque médecin consulté. Grâce à ce dossier, le médecin est à même d'aller chercher les informations utiles et, le cas échéant, d'interroger le travailleur. De surcroît, cela permet un accès à une information médicale de meilleure qualité qu'un échange basé sur de simples déclarations du travailleur qui peuvent être incomplètes, voire difficilement intelligibles, les termes médicaux constituant très souvent un langage de spécialistes. Ouvert au champ professionnel, il s'enrichit du *curriculum laboris* du travailleur, permettant ainsi de retracer l'historique des postes de travail qu'il a occupés et des expositions et risques professionnels de ce dernier et de mieux appréhender la personne dans sa globalité. Or, le DMP n'est pas encore obligatoire et le DMST, bien qu'obligatoire, est déconnecté du DMP. « Il existe un déficit de communication entre médecins traitants et médecins du travail alors que ce lien est nécessaire pour garantir un bon suivi individuel d'un emploi à un autre et tout au long de la vie du salarié afin d'assurer la traçabilité des risques et de participer à la veille sanitaire. »²²⁴² En conséquence, il faut mettre en place les conditions d'une généralisation du DMP et d'un élargissement de son champ au domaine professionnel²²⁴³, actuellement limité au DMST. Aujourd'hui, il faut envisager deux situations selon que le travailleur dispose ou non d'un DMP.

349. Le travailleur dispose d'un DMP. Soit le travailleur accorde l'accès au DMP au médecin du travail soit il ne l'accorde pas.

D'une part, dans le cas d'une autorisation expresse d'accès, il convient de distinguer l'autorisation en écriture de l'obligation en lecture. L'autorisation en écriture permet de compléter le DMP des données médicales d'origine professionnelle jusqu'ici contenues dans le DMST, ce qui a pour effet de permettre leur partage avec le médecin traitant²²⁴⁴. Si le travailleur consent expressément à cette autorisation en lecture, modalité la plus aboutie, le médecin du travail a accès aux données du DMP, lui permettant d'avoir une vision plus large

²²⁴² Rapport sur l'Attractivité des professions de santé au travail (IGAS/IGAENR).

²²⁴³ Recommandation n° 15 : Créer un volet spécifique "contexte et expositions professionnels ou santé au travail" du DMP et permettre par voie législative et réglementaire l'accès aux médecins du travail à ce seul volet tout au long du parcours professionnel du salarié. Rapport sur l'Attractivité des professions de santé au travail (IGAS/IGAENR).

²²⁴⁴ Recommandation n° 16 : Généraliser l'interopérabilité des systèmes d'information de chaque service de santé au travail et l'utilisation de l'identifiant national de santé nécessaire à un fonctionnement en réseau des SST afin de tracer les expositions durant le parcours professionnel et à l'accompagnement des médecins du travail dans le suivi médical des salariés. Rapport sur l'Attractivité des professions de santé au travail (IGAS/IGAENR).

et complète de l'état de santé du travailleur, ce qui facilite les actions de prévention les plus adaptées. Les rubriques composant le DMP doivent être parfaitement complétées et organisées : d'abord, les informations socio-administratives ; puis, les informations relatives aux postes de travail précédemment employés ainsi que l'emploi actuel pour avoir une vision complète du parcours professionnel du travailleur ; ensuite, les informations concernant la santé du travailleur pour avoir connaissance des antécédents médicaux, du statut vaccinal en lien avec les risques professionnels ou susceptibles d'avoir des répercussions sur le travail et des éventuels examens complémentaires ; enfin, les propositions et avis du médecin du travail. Dans cette première hypothèse, le DMST n'a plus de raison d'être puisqu'il est, de fait, intégré au DMP. Ce journal complet de suivi médical permet de surcroît au travailleur d'apprécier l'évolution de son état de santé par rapport à la fois précédente, de préciser des éléments de son vécu et d'avancer sur sa compréhension du lien santé-travail et sur sa réflexion concernant les pistes d'action. Le médecin du travail, quant à lui, dispose d'une vision plus complète de l'état de santé du travailleur. Pour le médecin traitant, l'intérêt est également évident pour favoriser sa plus complète compréhension de la situation de son patient.

D'autre part, le travailleur a un DMP mais ne souhaite pas que le médecin du travail y ait accès. Ainsi, on revient à la situation actuelle du médecin du travail qui ne dispose que des informations déclaratives que veut bien lui fournir le travailleur.

350. Le travailleur ne dispose pas d'un DMP. Le DMST doit survivre, dans l'attente d'une création prochaine du DMP. Dans cette hypothèse d'absence de DMP, le DMST doit être poursuivi et un accès au médecin traitant doit être privilégié en permettant également aux médecins traitant et du travail d'échanger. Dans la négative, c'est-à-dire en cas d'opposition du travailleur, la situation sera semblable à la situation que nous connaissons en droit positif. A tout le moins, « un fonctionnement des SST en réseau est nécessaire pour optimiser les connaissances et le recueil de données sanitaires en lien avec les risques professionnels. »²²⁴⁵ En effet, les données collectives, y compris donc sous forme anonymes, sont essentielles pour faire progresser la prévention des risques professionnels et favoriser les actions sur le milieu de travail et améliorer la santé au travail. Or, à ce jour, aucun système ne permet une telle mise en commun de ces données et ainsi leur exploitation. Le rapport « Attractivité » préconise d'utiliser l'identifiant national de santé pour toute personne bénéficiant d'un acte de prévention²²⁴⁶. Ce numéro, lié à l'identifiant de Sécurité sociale, serait consigné dans le dossier médical et figurerait sur les documents remis à chaque salarié.

B. La protection des données de santé

351. Droit au secret médical. Selon l'article L. 1110-4 du Code de la Santé publique, toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Déontologiquement, le secret professionnel s'impose ainsi à tout médecin²²⁴⁷, dont les médecins du travail, infirmiers²²⁴⁸ en santé au travail qui sont « dépositaires soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire »²²⁴⁹ donc soumises « à l'interdiction de divulguer les informations médicales relatives aux salariés, en application de règles à la fois pénales, civiles et, pour les professionnels de santé, déontologiques. »²²⁵⁰ De plus, selon le Code de la santé publique, « toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou

²²⁴⁵ Rapport « Attractivité et formation des professions de santé au travail », IGAS n° 2017-023R/IGAENR n° 2017-053, établi par X. Chaster, P. Blémond, H. Siahmed, J.-M. Soulat, août 2017.

²²⁴⁶ Décret n° 2017-412 du 27 mars 2017, C. santé pub., art. R. 1111-8-2.

²²⁴⁷ C. santé pub., art. R. 4127-4.

²²⁴⁸ C. santé pub., art. R. 4312-4.

²²⁴⁹ C. pén., art. 226-13.

²²⁵⁰ S. Brissy, Collecte et traitement des informations nécessaires, Droit et secret dans les SSTI, Actes Journées Santé Travail du CISME – Tome V – 2015.

tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant »²²⁵¹. L'infraction pénale de violation du secret professionnel revêt une formulation large puisqu'elle peut concerner toute personne qui a reçu une information ayant un caractère secret et ainsi s'appliquer à tout membre de l'équipe de santé au travail, professionnel de santé ou non, mais aussi à toute personne qui aurait collaboré occasionnellement avec le service. De même, le droit au secret s'applique lui aussi aux salariés et aux services de santé au travail puisqu'il concerne « toute personne prise en charge par tout organisme participant à la prévention et aux soins »²²⁵². Bien que dépourvu de mission curative, le service de santé au travail, par son rôle préventif, entre ainsi dans le champ d'application de ce texte. L'étendue du secret vise « l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé »²²⁵³ ou de tout autre professionnel. En santé au travail, « les règles générales sont doublées de règles précises car, pour assurer un suivi des expositions des salariés aux risques professionnels, un dossier médical en santé au travail doit être mis en place »²²⁵⁴. La protection des données de santé peut s'exercer selon certaines modalités (1) et présente des limites (2).

1. Les modalités de la protection

352. Le secret médical. « Pierre angulaire de la morale médicale »²²⁵⁵, le secret médical reste un des piliers de l'exercice de la médecine contemporaine²²⁵⁶. En effet, « il n'y a pas de soins sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret »²²⁵⁷. Il s'agit d'un devoir du médecin qui ne doit rien révéler de ce qu'il a connu ou appris sur son patient. Selon l'article L. 1110-4 du Code de la Santé publique, « 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

²²⁵¹ C. santé pub., art. L. 1110-4.

²²⁵² S. Brissy, Collecte et traitement des informations nécessaires, Droit et secret dans les SSTI, Actes Journées Santé Travail du CISME – Tome V – 2015.

²²⁵³ C. santé pub., art. L. 1110-4.

²²⁵⁴ S. Brissy, Collecte et traitement des informations nécessaires, Droit et secret dans les SSTI, Actes Journées Santé Travail du CISME – Tome V – 2015.

²²⁵⁵ P. Vallery-Radot « Médecine à l'échelle humaine ». Paris : A. Fayard, 1959

²²⁵⁶ R. Villey « Histoire du secret médical » Paris : Seghers, 1986. B. HOERNI B. - BENEZECH M., « Le secret médical - Confidentialité et discrétion en médecine », Paris : Masson, 1996.

²²⁵⁷ B. Hoerni « Ethique et déontologie médicale », 2ème édition Masson – Juin 2000

soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. » En outre, « lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. » De plus, « le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. » Selon l'article L. 1110-12 du Code de la Santé publique, l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes. Selon l'article R. 4127-4 du Code de la Santé publique, le secret professionnel s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi²²⁵⁸. Il 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 compris²²⁵⁹.

353. Partage d'informations dans l'intérêt du travailleur. D'autres professionnels de santé que le médecin du travail, dans le cadre du colloque singulier, peuvent avoir accès aux informations protégées par le secret, pour autant que cela soit conforme à la volonté du salarié, exprimée positivement – demande de transmission du dossier médical en santé au travail – ou négativement – absence d'opposition. Par exception, le dossier individuel du travailleur est communiqué, sur sa demande, au médecin inspecteur du travail²²⁶⁰. En outre, le salarié peut demander que son dossier médical en santé au travail soit transféré à un médecin de son choix. Une telle communication de ces informations de nature médicale couvertes par le secret permet une appréhension globale de la santé du salarié par les professionnels impliqués et favorise un meilleur suivi. Sans demande particulière du salarié, le dossier

²²⁵⁸ L'article 72 développe les conséquences du secret médical concernant les personnes et les articles 73 et 104 en ce qui concerne les documents médicaux.

²²⁵⁹ Dans une décision du 24 septembre 2014 n°11888 de la chambre disciplinaire nationale, confirmée par le Conseil d'Etat (CE, 17/06/2015, n°385924), il a été jugé que le secret médical s'étend à toute information de caractère personnel confiée par un patient ou vue, entendue ou comprise par le praticien dans le cadre de son exercice.

²²⁶⁰ C. trav., art. R. 4451-89.

médical en santé au travail peut également être transmis par le médecin du travail à un autre médecin du travail pour assurer la continuité de la prise en charge, sauf si le salarié refuse cette transmission. Le refus par le médecin du travail de transmettre le dossier à un autre médecin du travail pourrait même constituer une faute du médecin dépositaire du dossier si ce refus paralyse le fonctionnement du service de santé au travail²²⁶¹. Les règles générales prévoient que les informations relatives à un patient peuvent en principe être échangées entre deux ou plusieurs professionnels de santé dans le but d'assurer la continuité des soins et la meilleure prise en charge sanitaire possible, à condition que le patient dûment averti ne s'y soit pas opposé²²⁶². Par ailleurs, le Code de la santé publique ajoute que les informations concernant le patient pris en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe²²⁶³. Le service de santé au travail n'est cependant pas un établissement de santé ou une équipe de soins au sein d'un établissement de santé. De plus, le médecin du travail n'a pas accès au DMP²²⁶⁴. Est-ce à dire que le dossier médical en santé au travail ne peut pas être communiqué à un membre de l'équipe pluridisciplinaire n'ayant pas la qualité de médecin et de professionnel de santé ? Il faut ici tenir compte de la faculté laissée au médecin du travail de confier certaines activités sous sa responsabilité et dans le cadre de protocoles écrits aux infirmiers, aux assistants de santé au travail et aux autres membres de l'équipe²²⁶⁵ et du consentement du travailleur. Dans les conditions fixées par écrit par les protocoles indiqués et sauf avis contraire du salarié dûment informé, un membre de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail peut avoir accès à certaines informations couvertes par le secret. La personne ayant accès auxdites informations est elle aussi, rappelons-le, tenue au secret professionnel, qu'elle ait ou non la qualité de professionnel de santé. Les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé indiquent que les autorisations et niveaux d'accès au dossier sont définis par le médecin du travail sous sa responsabilité. De plus, selon l'article R. 4127-72 du Code de santé publique, « le médecin doit 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 ». La transmission des informations doit dans tous les cas viser une meilleure

²²⁶¹ Cass. soc. 20 févr. 1986, n° 83-41.671, *Bull. civ.*, V, n° 30 : médecin refusant de transmettre le dossier après son licenciement.

²²⁶² C. santé pub., art. L. 1110-4, al. 3.

²²⁶³ C. santé pub., art. L. 1110-4, al. 3.

²²⁶⁴ C. santé pub., art. L. 1111-18 .

²²⁶⁵ C. trav., art. R. 4623-14, al. 2.

prévention des risques professionnels et, à cet égard, quelques améliorations restent nécessaires, comme l'accès du médecin du travail au dossier médical personnel du salarié²²⁶⁶ pour faciliter le suivi individuel des salariés en rendant leur parcours plus lisible, faciliter également le dépistage de maladies professionnelles au long cours telles que le cancer ou les maladies cardiovasculaires dont l'origine en partie professionnelle est évidente et rendre ainsi plus efficace l'action des services de santé au travail²²⁶⁷. Quoi qu'il en soit, l'activité préventive des services de santé au travail ne s'exerce pas uniquement individuellement mais aussi dans le but d'améliorer les conditions de travail de l'ensemble des salariés²²⁶⁸.

354. Partage d'informations dans l'intérêt collectif. Le partage d'informations de nature médicale est nécessaire dans une dimension individuelle mais l'est également dans un aspect collectif pour contribuer à l'amélioration de la prévention des risques professionnels au bénéfice de la collectivité exposée. En outre, le Code de la Santé publique prévoit que des informations couvertes par le secret doivent ainsi être transmises par le médecin du travail au médecin inspecteur régional du travail si ce dernier en fait la demande ou en cas de risque pour la santé publique²²⁶⁹. On s'aperçoit ici que la volonté du salarié n'intervient pas, que ce soit sous la forme positive d'une autorisation ou négative d'une absence d'opposition. Le service de santé au travail exerce en outre une action sur le milieu de travail consistant à observer, étudier les conditions de travail des salariés pris dans leur ensemble et éventuellement à faire des propositions à l'employeur. Cette partie des missions des services de santé au travail, et en particulier des médecins du travail, peut certes impliquer des visites sur les lieux de travail mais peut aussi trouver ses racines dans le suivi individuel des salariés. L'inter-alimentation des constatations et des actions individuelles et collectives déployées est une richesse de la Santé au travail qu'il faut davantage cultiver. Le double niveau individuel et collectif d'intervention et de protection du médecin du travail est donc essentiel. Sans dévoiler d'informations de nature personnelle, il faut ainsi rappeler que le médecin du travail peut, notamment à partir de sa connaissance des informations de nature personnelle, constater l'existence d'un risque pour les travailleurs et proposer à l'employeur des mesures visant à préserver l'ensemble des salariés du risque en question²²⁷⁰. Ce faisant, il

²²⁶⁶ C. santé pub., art. L. 1111-18, al. 3.

²²⁶⁷ V. Mesli, Quelles articulations entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail ?, *RDSS* 2014, p. 266.

²²⁶⁸ S. Brissy, Collecte et traitement des informations nécessaires, Droit et secret dans les SSTI, Actes Journées Santé Travail du CISME – Tome V – 2015.

²²⁶⁹ C. trav., art. L. 4624-2.

²²⁷⁰ C. trav., art. L. 4624-3.

ne contrevient pas à son obligation au secret dès l'instant où il ne divulgue pas, dans l'écrit adressé à l'employeur, d'informations médicales personnelles. Le rôle d'alerte du médecin du travail doit être développé. Mais la seule mention, voire dénonciation des conditions de travail en raison de leurs effets potentiels ou avérés sur la santé des salariés, n'entre pas dans le champ de cette interdiction. Le médecin du travail peut, par exemple, adresser un courrier à l'employeur et aux représentants du personnel pour les alerter sur les risques que des méthodes de management présentent pour la santé mentale des salariés, compte tenu notamment de tentatives de suicide²²⁷¹. Aucune atteinte au secret professionnel n'existe dans ce cas si les salariés ne sont pas nommés. Il reste au médecin du travail à être prudent dans la formulation de ses avis et à ne pas mettre précipitamment en relation l'état de santé d'un salarié et des conditions de travail qu'il ne connaît pas²²⁷². Les règles relatives au partage d'informations, dans une optique aussi bien individuelle que collective, rappellent que la protection d'informations par le secret professionnel vise non seulement à protéger les salariés mais aussi à permettre un bon exercice des missions préventives assignées aux services de santé au travail. « Savoir préserver le secret sans en oublier les objectifs est à ce titre un moyen de reconnaître l'utilité et l'identité propres des services de santé au travail. »²²⁷³

2. Les limites de la protection

355. L'équipe de santé au travail n'est pas une équipe de soins. La première limite au partage du secret en santé au travail réside dans le fait que l'équipe de santé au travail n'est pas une équipe de soins. Or, lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. L'alinéa 3 de l'article L. 1110-4 du Code de la Santé publique précise la notion de secret partagé et en fixe les limites. La règle générale est que le partage n'intervient qu'entre professionnels de santé, pour la prise en charge et la continuité des soins et sauf opposition de la personne dûment avertie. Elle connaît deux variantes, l'une concernant les établissements de santé publics et privés, l'autre des maisons ou centres de santé dont les professionnels qui y exercent ont adhéré au projet de santé mentionné aux

²²⁷¹ Ch. Disciplinaire nationale de l'ordre des médecins, 21 oct. 2011, n° 10964 ; Décret n° 2018-688 du 1er août 2018 portant création de l'Observatoire national du suicide, JORF n° 0177 du 3 août 2018, texte n° 16.

²²⁷² CNOM, Les écrits du médecin du travail et la déontologie médicale, juin 2015. – C. Frouin, La responsabilité déontologique du médecin du travail, *Cah. soc.* 2014, n° 268, p. 655.

²²⁷³ S. Brissy, Collecte et traitement des informations nécessaires, Droit et secret dans les SSTI, Actes Journées Santé Travail du CISME – Tome V – 2015.

articles L.6323-1 et L.6323-3. En outre, rien n'autorise le médecin à livrer des renseignements hors des dérogations légales. Même entre médecins, la discrétion est de règle.

356. Le consentement du travailleur. La seconde limite concerne le consentement du travailleur. En effet, deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Le consentement doit être exprès, s'exprime par tout moyen et est valable tant qu'il n'a pas été retiré. La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé.

357. Recommandations. Le Conseil national de l'Ordre des médecins²²⁷⁴ préconise de reconnaître formellement la notion d'équipe de santé au travail placée sous la responsabilité d'un médecin du travail. Ainsi, le travail du médecin du travail serait facilité et le passage d'un exercice individuel de la médecine du travail à une pratique collective de la prévention sanitaire en milieu de travail serait ainsi confirmé.

²²⁷⁴ Livre blancs sur l'informatisation de la santé – mai 2008 ; sur la télémédecine – janvier 2009 ; sur la dématérialisation des documents médicaux – juin 2010.

Section 2. L'élargissement de la mission préventive

358. Elargir la dimension préventive de la médecine du travail, dans le sens de la santé publique, rend nécessaire son extension à tous les travailleurs (**paragraphe 1**). L'intérêt d'une telle mesure est, notamment, d'assurer un meilleur suivi épidémiologique (**paragraphe 2**).

Paragraphe 1. L'extension de la médecine du travail à tous les travailleurs

359. L'extension de la médecine du travail à tous les travailleurs correspond à la mise en œuvre du principe d'universalité (**A**) qui a présidé à la philosophie de la prise en compte de la santé au travail dès ses débuts. Pour aboutir à ce résultat, il convient de prendre appui sur la branche professionnelle (**B**).

A. Le principe d'universalité

361. Une prévention à dimension variable²²⁷⁵. Il faut mettre en perspective l'état du droit du travail qui peut connaître des dispositions qui s'appliquent à certains salariés et non à d'autres en raison de la taille des entreprises concernées. Cette application différenciée, indexée sur les seuils d'effectif, établit ainsi des différences de traitement entre salariés simplement justifiées par des effets de seuil, ce qui ne constitue aucunement une justification acceptable²²⁷⁶. La négociation de branche, mise à mal par le projet de loi Travail préférant le niveau de l'entreprise, avait pour but d'harmoniser les règles applicables aux salariés d'un même secteur d'activité et ainsi éviter une concurrence sociale, autrement appelée « *dumping social* ». L'effet couperet des seuils d'effectifs prive certains salariés du bénéfice des droits reconnus au-delà de ces seuils, créant ainsi des inégalités de fait. Le droit social, droit correcteur des inégalités à bien des égards, crée pourtant parfois des exclusions lorsqu'il multiplie les seuils pour ne pas faire peser sur les petites entreprises des sujétions trop lourdes. En revanche, le principe d'universalité vise à accorder à tous les travailleurs un suivi médical quel que soit leur statut. L'intérêt de la mise en œuvre de ce principe (1) est d'abord une mesure de justice sociale. Les contours de l'universalité réelle (2) doivent permettre de rendre ce principe opérationnel, à l'opposé de la logique d'exclusion qui a notamment prévalu pour les travailleurs indépendants²²⁷⁷, exposant ces derniers à des risques sans autre limite que leur propre conscience et la mobilisation de leurs propres moyens pour y faire face, mais au

²²⁷⁵ La prévention des risques professionnels est variable selon la taille de l'entreprise, *SSL*, 3 mars 2008, n° 1343, p. 7.

²²⁷⁶ J.-M. Belorgey, *Les inégalités devant la loi et leur traitement en droit social*, Petites affiches, 28/11/2002, n° 238, p. 39.

²²⁷⁷ L. Casaux-Labrunée, L. de Montvalon, « *La solitude du travailleur indépendant face aux risques professionnels* », *SSL* 2014, n° 1655 ; M. D'Amours, « *Les travailleurs indépendants face au risque : vulnérables, inégaux et responsabilités* », rapp. de recherche, Université Laval, 2009 ; *Recommand. Conseil*, 18 févr. 2003 portant sur l'amélioration de la *protection de la santé et de la sécurité au travail des travailleurs indépendants*, *JO*, 2003-02-28, n° L 53, pp. 45-46 (« *les travailleurs qui exercent leur activité professionnelle en dehors d'une relation de travail avec un employeur ou, plus généralement, en dehors de toute subordination à une tierce personne, ne sont pas couverts par les directives communautaires touchant à la santé et à la sécurité au travail, notamment la directive-cadre 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989* »).

contraire au profit d'une approche sinon d'inclusion, au moins d'intégration, dans un système plus efficient coordonnant une Santé au travail élargie et une Santé publique globale.

1. L'intérêt du principe

362. Une promesse de 1946. « L'existence en droit français d'un « droit à la santé »²²⁷⁸ de valeur constitutionnelle a vocation à servir de guide aux règles de prévention visant l'ensemble des travailleurs, salariés ou non salariés, même si les uns et les autres se trouvent dans des situations peu comparables »²²⁷⁹. « Il apparaît de moins en moins justifiable d'opérer une distinction entre les personnes en raison de leur différence de statut juridique alors qu'au sein d'une même communauté de travail (salarié et indépendant), voire dans la même entreprise (CDI, intérimaire, CDD, stagiaire), elles cohabitent et sont exposées aux mêmes risques »²²⁸⁰. C'est bien la question de l'effectivité de ce droit à la santé pour tous qui se trouve aujourd'hui²²⁸¹ posée. Selon l'article L. 1110-3 du Code de la Santé publique, « aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins ». De plus, « toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence ». Reprise par le Professeur A. Supiot²²⁸², cette universalisation aurait pu s'inscrire dans le compte personnel d'activité²²⁸³ en mettant en place une portabilité du droit de la santé au travail. La logique d'un parcours professionnel sans rupture de droit, qui tient compte des changements de statuts et des ruptures éventuelles qu'une carrière peut compter,

²²⁷⁸ Préambule de la constitution de 1946 (alinéa 11) ; L. Casaux-Labrunée, « *Le droit à la santé* », in *Libertés et droits fondamentaux*, 19^e éd., Paris, Dalloz, 2013, pp. 895-926.

²²⁷⁹ L. Casaux-Labrunée, L. de Montvalon, « *La solitude du travailleur indépendant face aux risques professionnels* », *SSL* 2014, n° 1655.

²²⁸⁰ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, p. 61.

²²⁸¹ Ce questionnement n'est pas nouveau : la DARES, dès 1991, a intégré tous les travailleurs dans ses études « *Conditions de travail* », mettant ainsi en avant les pénibilités et autres difficultés vécues par les travailleurs indépendants. Cf E. Algava, « *Conditions de travail : les contraintes des travailleurs non-salariés* », *Revue Santé et travail*, n° 71, juill. 2010. De même, l'Inserm a travaillé sur le stress des travailleurs indépendants (Inserm, « *Santé au travail et santé – situation chez les indépendants. Une expertise collective de l'Inserm* », Paris, 21 juin 2011) en mettant en évidence notamment les horaires et l'intensité de travail, l'isolement professionnel, l'insécurité financière et professionnelle.

²²⁸² *Le droit du travail au-delà de l'emploi*

²²⁸³ C. Willmann, *Droits attachés à la personne : après le CPA, un « compte entreprise pour l'emploi » ?*, *Dr. soc.*, 2016, p. 537 ; N. Maggi-Germain, *Le compte personnel d'activité, requiem for a dream ?*, *Dr. soc.*, 2016, p. 541.

est à promouvoir. Amorcée par la création du CPA²²⁸⁴ et poursuivie, sous l'impulsion de l'ANI de 2013²²⁸⁵, prévoyant la mise en place d'une couverture santé complémentaire collective obligatoire par toutes les entreprises²²⁸⁶ du secteur privé, participe de cette logique au service d'un statut social de la personne²²⁸⁷ mais n'en est qu'un élément. Il faut poursuivre ce mouvement²²⁸⁸ et surtout le penser dans un système²²⁸⁹, dont la logique de parcours professionnel est particulièrement pertinente. Force est de constater que ce principe tend à gagner du terrain. En effet, loi garantit aux salariés temporaires et à ceux en contrat à durée déterminée²²⁹⁰ un suivi individuel de leur état de santé d'une périodicité équivalente à celle du suivi des salariés en contrat à durée indéterminée²²⁹¹. Au regard de la multiplication des employeurs des travailleurs temporaires, la question de la redondance des visites individuelles se pose dès lors que le fichier régional qui devait devenir un fichier national des avis (aptitudes et attestations de visite) a été supprimé du texte final²²⁹² alors que cette population

²²⁸⁴ Premier bilan sur le compte personnel d'activité, *SSL*, avr. 2017, n° 1766, pp. 2-4 ; A. Macher, La création du compte personnel d'activité, *Dr. ouvr.*, févr. 2017, n° 823, pp. 123-127 ; Dossier : Compte personnel d'activité, *Dr. soc.*, oct. 2016, n° 10, pp. 788-847.

²²⁸⁵ Obligation issue de l'Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 et transposée par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi ; J.-L. Carpentier, La généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé après l'ANI du 11 janvier 2013, *JDSAM*, avr. 2013, n° 1, pp. 117-123 ; L. Grynbaum, La complémentaire santé obligatoire des salariés, *JDSAM*, févr. 2015, n° 1, pp. 70-72 ; P. Mazière, Obligations de l'employeur dans la mise en place de la protection sociale complémentaire, *JDSAM*, nov. 2014, n° 4, pp. 88-93 ; E. Caniard, Les limites de la généralisation de la complémentaire des frais de santé, *RDSS* 2014. 616 ; L. Bedja, Les enjeux contemporains du droit de la protection sociale d'entreprise, *Lexbase hebdo*, éd. Soc., juin 2016, n° 659 ; J. Barthélémy, Couverture complémentaire santé obligatoire (première partie), *Cah. DRH*, juin 2013, n° 199, pp. 37-43 ; J. Barthélémy, Couverture complémentaire santé obligatoire (suite et fin), *Cah. DRH*, juill. 2013, n° 200, pp. 50-55.

²²⁸⁶ R. Thiesset, L'entreprise et la protection sociale : un amour (malheureusement) impossible ?, *Décideurs Juridiques et Financiers*, juin 2014, n° 161, pp. 18-19.

²²⁸⁷ I. Vacarie, L'assurance maladie complémentaire : élément du statut social de la personne ?, *RDSS* 2014. 625.

²²⁸⁸ M. Vogt, Le compte personnel d'activité « pour tous »... ou presque, *Cah. soc.*, mars 2017, n° 294, pp. 151-156.

²²⁸⁹ J.-L. Dayan, Comment donner corps à la sécurité professionnelle, *Dr. soc.*, oct. 2016, n° 10, pp. 840-847 ; J.-P. Laborde, Le compte personnel d'activité, annonciateur de la réforme de notre système de protection sociale ?, *Dr. soc.* oct. 2016, n° 10, pp. 834-839.

²²⁹⁰ C. trav., art. R. 4625-10 ; C. trav., art. R. 4625-11 ; C. trav., art. R. 4625-13.

²²⁹¹ C. trav., art. L. 4625-1-1.

²²⁹² L'article R. 4625-19 du projet de décret de décembre 2016 n'a finalement pas été retenu : « Une base de données nationale est créée afin de permettre l'information des employeurs de travailleurs temporaires sur le suivi individuel de l'état de santé de ces derniers et l'échange entre médecins du travail et professionnels de santé mentionnés au premier alinéa de l'article L. 4624-1. Elle permet à tous les professionnels de santé du service de santé au travail des entreprises de travail temporaire et des entreprises de vérifier la délivrance d'un avis d'aptitude ou d'inaptitude ou bien d'une attestation de suivi ainsi que la date de cette délivrance pour leurs travailleurs. Les modalités de mise en place de cette base de données sont déterminées par arrêté ». Avant cela, l'article D. 4625-17 modifié par D. n° 2009-1377, 10 nov. 2009, art. 11 (V) prévoyait que « dans la zone géographique déterminée, selon le cas, par le ou les directeurs régionaux des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, après avis du ou des médecins inspecteurs du travail, lorsqu'il existe plusieurs services de santé au travail qui sollicitent un agrément pour assurer les missions de la médecine du travail des salariés temporaires, ces services constituent un fichier commun. Ce fichier a pour finalité le regroupement des fiches d'aptitude médicale de ces salariés ».

est particulièrement vulnérable, avec une accidentalité encore supérieure à celle des autres salariés et dont le suivi de santé est très souvent défaillant²²⁹³. Par ailleurs, l'article L. 5421-1 du Code du travail prévoit que le demandeur d'emploi doit être physiquement apte pour prétendre à l'indemnisation. A la lecture de ce texte, pour en garantir l'effectivité, il faudrait s'assurer de l'aptitude de chaque demandeur d'emploi en amont de leur indemnisation ainsi que pendant la période d'indemnisation pour vérification. Par conséquent, si l'on poursuit cette logique, chaque demandeur d'emploi devrait être convoqué à une visite médicale pour vérifier son aptitude au travail. Or, dans la pratique, force est de constater que ces dispositifs n'existent pas. Au-delà du fait que cette règle ne soit pas respectée, une difficulté juridique se pose. En effet, la notion d'aptitude est liée à un poste de travail donné. Or, en précisant que le demandeur d'emploi doit être physiquement apte, il s'agirait d'une aptitude générale car un demandeur d'emploi ne recherche jamais un poste de travail précis avec des conditions de travail totalement arrêtées. Les demandeurs d'emploi, sont censés être pris en charge par les médecins de main-d'œuvre. Il faut promouvoir l'ambition du suivi de tous, c'est-à-dire que, lorsqu'on est en emploi, durant toute la vie professionnelle, on doit « préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel »²²⁹⁴.

2. La portée du principe

363. Une universalité réelle. « Au-delà de l'entreprise privée, les considérations inhérentes à la santé au travail se déploient aujourd'hui au profit des travailleurs de la fonction publique et des travailleurs indépendants. L'idée d'un « droit de l'activité professionnelle »²²⁹⁵ y trouve un renfort supplémentaire. »²²⁹⁶ C'est aujourd'hui le droit de la Sécurité sociale qui est probablement la branche du droit social qui se préoccupe le plus des travailleurs indépendants par la couverture maladie et maternité dont ils bénéficient ainsi que d'une assurance en matière d'invalidité et de décès. Néanmoins, il n'existe pas de couverture

²²⁹³ S. Fantoni-Quinton, Modernisation de la médecine du travail et refonte du suivi de santé : vers une mue salvatrice ?, Les Cahiers Sociaux, n° 295, p. 204 ; S. Fantoni, F. Héas, P.-Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

²²⁹⁴ L. 4622-2, 1°.

²²⁹⁵ P. Durand, Naissance d'un droit nouveau : du droit du travail au droit de l'activité professionnelle, *Dr. soc.* 1952, p. 437.

²²⁹⁶ A.-F. Jover, Les métamorphoses des services de santé au travail, thèse, p. 4.

obligatoire en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles pour les travailleurs indépendants. Cependant, la loi confère la faculté à ces derniers de s'assurer volontairement contre ces risques²²⁹⁷. Or, ces protections concernent davantage la réparation des risques professionnels que leur prévention²²⁹⁸. Une fois redonné tout son sens à la médecine du travail, c'est-à-dire son utilité, son efficacité, son inscription dans le parcours de santé et dans le schéma de santé publique, alors il faut mettre en œuvre son ambition première qui est l'universalité. La médecine du travail a en effet vocation à s'intéresser à toutes les formes de travail. C'est pourquoi, il faut aussi l'ouvrir aux travailleurs indépendants notamment. Non seulement cette exigence est guidée par l'égalité de traitement auxquels tous les travailleurs sont en droit d'attendre mais en plus en raison du fait que les indépendants ont souvent des conditions de travail difficiles, ne comptant pas les heures et ne ménageant pas leurs efforts. A cet égard, les salariés peuvent apparaître assez privilégiés au regard des règles, nombreuses, qui les protègent et qui protègent leur santé. Les indépendants sont livrés à eux-mêmes et surtout au contexte économique dans lequel ils évoluent. Il serait faux d'arguer de leur pleine et entière maîtrise de leur destinée, de leurs conditions de travail, en raison de leur statut d'indépendant. L'intérêt de cet universalisme de la médecine des travailleurs est de préserver et promouvoir la santé au travail au-delà de la logique des statuts, permettre de mener des actions d'ampleur en matière de prévention et d'être en meilleure adéquation avec les besoins sanitaires réels de la population grâce à une meilleure connaissance des conditions de travail. L'idée n'est pas de constituer une nouvelle contrainte mais de proposer un réel accompagnement au service d'une meilleure préservation de la santé et de prévenir les conséquences néfastes de certaines activités ou de certaines pratiques au travail sur la santé.

364. Un suivi tout au long de la vie. La médecine doit être vue comme une alliée. C'est la raison pour laquelle favoriser l'accompagnement médical de la naissance à la mort est indispensable. A ce titre, une avancée a été permise par la loi de 2016 prévoyant la mise en place d'une surveillance post-professionnelle en lien avec le médecin traitant²²⁹⁹. Pour réaliser cet objectif ambitieux, la question de la coordination et du suivi est cruciale : de la surveillance des vaccins, de la vue... dès le plus jeune âge aux risques d'expositions

²²⁹⁷ C. Séc. soc., art. L. 743-1 et R. 743-1.

²²⁹⁸ On peut citer ici l'initiative du Régime social des indépendants de lancer, en 2012, un programme de prévention des risques professionnels permettant, pour certains travailleurs indépendants comme les boulangers, garagistes, taxis, vétérinaires, de bénéficier d'une visite médicale gratuite entièrement dédiée à la prévention pour les sensibiliser aux risques auxquels ils sont exposés et les conseiller pour combattre ces derniers à la source.

²²⁹⁹ C. trav., art. L. 4624-2-1.

professionnelles, aux risques cardio-vasculaires pendant la vie d'adulte, risques auxquels les travailleurs, dans leur diversité, sont confrontés. Il y a une vie au travail, elle doit être, elle aussi, s'inscrire dans le parcours de vie et de santé. Le suivi est essentiel mais également la prise de conscience que la santé est un capital plus ou moins important dont chacun dispose, en fonction de ses fragilités naturelles et de son parcours, et qu'il convient donc d'en prendre soin par des réflexes, que ce soit dans la réalisation des tâches pour éviter les usures prématurées... mais aussi dans les comportements vis-à-vis du risque sanitaire et de la conduite qui expose à un risque. Pour ce faire, le conseil et la formation ont une place de premier choix à occuper, notamment pour favoriser la prévention primaire.

B. L'organisation par branche professionnelle

365. Initiée par la loi du 8 août 2016²³⁰⁰, la procédure de restructuration des branches professionnelles²³⁰¹ a été élargie par l'ordonnance du 22 septembre 2017²³⁰². Selon l'article L. 2232-5-1 du Code du travail, outre la régulation de la concurrence entre les entreprises relevant de son champ d'application, la branche a pour mission de « définir les conditions d'emploi et de travail des salariés ainsi que les garanties qui leur sont applicables dans les matières mentionnées aux articles L. 2253-1 et L. 2253-2 dans les conditions prévues par lesdits articles ». L'article L. 2253-1 du même Code prévoit la compétence de la branche notamment en matière de garanties collectives complémentaires²³⁰³, de mesures relatives à la durée du travail, à la répartition et à l'aménagement des horaires²³⁰⁴. En outre, l'article L. 2253-2 dispose que, lorsque la convention de branche ou l'accord couvrant un champ territorial ou professionnel plus large le stipule expressément, la convention d'entreprise conclue postérieurement à cette convention ou à cet accord ne peut comporter des stipulations différentes de celles qui lui sont applicables en vertu de cette convention ou de cet accord sauf lorsque la convention d'entreprise assure des garanties au moins équivalentes, notamment dans les matières suivantes : la prévention des effets de l'exposition aux facteurs de risques

²³⁰⁰ L. n° 2016-1088 du 8 août 2016.

²³⁰¹ A. Bugada, L'articulation de dispositions de branche et d'entreprise : le Rubik's cube conventionnel : *JCP S* 2018, 1058 ; A. Sauret, Conventions collectives de branche : des variations de périmètres incroyables entre ordre public conventionnel et régulation de la concurrence : *JCP S* 2018, 1055 ; M. Chagny, Les branches professionnelles et la régulation de la concurrence : *JCP S* 2018, 1057 ; A. Bugada, La contribution de la loi du 8 août 2016 à la recombinaison des branches : *JCP S* 2016, 1442 ; A. Sauret, et A. Bugada, Regards sur la nouvelle gouvernance de la branche : *Gaz. Pal.* 21 mars 2017, n° 12 p. 34 ; A. Sauret, Le regroupement des branches : *JCP S* 2016, 1441 ; P. Adam, L'accord de branche : *Dr. soc.* 2017, p. 1039 ; S. Nadal, Gouvernance du niveau et des règles de branche : les nouveaux visages de l'emprise étatique : *RDT* 2017, p. 652 ; J.-F. Cesaro, L'automne dans les branches professionnelles et quelques mesures portant sur la négociation collective : *JCP S* 2017, 1306 ; J.-D. Combrexelle, *La négociation collective, le travail et l'emploi*, remis au premier ministre en sept. 2015 ; J.-F. Poisson, Rapport sur la négociation collective et les branches professionnelles : *Doc Fr. Coll. Des rapp. Officiels*, 2009 ; S. Nadal, « La fabrique des branches, à propos du rapport Poisson », *RDT* 2009, 596 ; P.-H. Antonmattéi, « Restructuration des branches professionnelles : ce n'est pas pour demain ! », *Sem. soc. Lamy* 2014, n° 1630 ; S. Nadal, « La restructuration des branches professionnelles : réflexions sur une mutation forcée », *Dr. soc.* 2016, 110 ; D. Delevallée, La branche professionnelle, une notion historique en voie de définition, *JCP S*, déc. 2016, n° 51, pp. 33-35.

²³⁰² Ord. n° 2017-1385 du 22 sept. 2017.

²³⁰³ C. Sécu. Soc., art. L. 912-1.

²³⁰⁴ C. trav., art. L. 3121-14 ; L. 3121-44 ; L. 3122-16 ; L. 3123-19 ; L. 3123-21 ; L. 3123-22.

professionnels²³⁰⁵, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés²³⁰⁶, les primes pour travaux dangereux ou insalubres. Ainsi, l'intérêt de l'appréhension de la santé au travail par la branche professionnelle²³⁰⁷ se vérifie par les problématiques communes et les synergies à développer (1) constituant un défi pour la branche professionnelle (2).

1. L'intérêt de l'appréhension de la santé au travail par la branche professionnelle

366. La branche professionnelle désigne un ensemble cohérent d'activités économiques²³⁰⁸ partageant des similitudes exigeant des prises en charge à cette échelle. En conséquence, non seulement les négociations doivent s'opérer à ce niveau, par souci de cohérence, pour éviter les problématiques de concurrence déloyale ou de « dumping social », mais également pour bâtir une politique sanitaire efficace. Parce que les entreprises d'une même branche professionnelle ont à faire face aux mêmes risques professionnels, aux mêmes expositions, elles doivent s'inscrire, notamment en matière de traçabilité et de veille sanitaire, à cet échelon pour favoriser un traitement pertinent d'informations et surtout pour apporter des solutions communes à tout un secteur d'activité. Bien sûr, on ne peut avoir une médecine de spécialité par branche, en raison notamment de l'impossibilité de faire intervenir des médecins sur tout le territoire national. Mais, il faut favoriser les échanges au sein de domaines d'activité cohérents. En fonction des risques identifiés et des populations concernés, selon leur nombre, il ne faut pas exclure un suivi de dimension nationale, qui peut prévoir une architecture territorialisée. Par exemple, dans l'aéronautique, le maritime ou le ferroviaire, cela paraît envisageable. Pour ce qui est du transport routier, cela semble moins pertinent. Selon les domaines et branches d'activité, on peut adopter une méthode de focalisation

²³⁰⁵ C. trav., art. L. 4161-1.

²³⁰⁶ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, Recommandation n° 6 : Renforcer le rôle de la structure régionale et du médecin du travail pour prévenir la désinsertion professionnelle : mettre en œuvre les recommandations des récents rapports traitant de la désinsertion professionnelle qui impliquent les futures structures régionales de santé au travail (Personnes handicapées : « Sécuriser les parcours, cultiver les compétences » - Dominique Gillot – juin 2018 et rapport "*Plus simple la vie*" : 113 propositions pour améliorer le quotidien des personnes en situation de handicap" - Adrien Taquet et Jean-François Serres – mai 2018).

²³⁰⁷ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, Recommandation n° 3 : Inciter les branches à s'emparer des questions de santé et de qualité de vie au travail.

²³⁰⁸ D. Delevallée, La branche professionnelle, une notion historique en voie de définition, *JCP S*, déc. 2016, n° 51, pp. 33-35.

croisée par branche professionnelle et par métier. L'intérêt est d'avoir un champ d'étude par typologie de métier. Un peu dans cette logique, l'article R. 4625-4 du Code du travail prévoit que le service de santé au travail interentreprises agréé pour exercer les missions de santé au travail pour les salariés temporaires constitue un secteur à compétence géographique propre réservé à ces salariés. Ce secteur peut être commun à plusieurs services de santé au travail interentreprises agréés pour exercer les missions de santé au travail pour les salariés temporaires. Ainsi, pour chaque particularité de secteur d'activité, il convient de dessiner le niveau le plus pertinent de suivi, à la fois pour assurer une proximité suffisante et à la fois pour bénéficier du champ géographique le plus adapté au regard de la veille sanitaire. Dans ce sens, l'article D. 4622-25 du Code du travail prévoit que le service de santé au travail interentreprises est organisé en secteurs géographiques, professionnels ou interprofessionnels.

2. Un défi pour la branche professionnelle

367. L'intérêt de la notion de branche professionnelle est son critère professionnel, par principe national²³⁰⁹ et ses déclinaisons régionales²³¹⁰. Ainsi, des « expérimentations sur des actions collaboratives innovantes (ex : actions collectives de branche à destination des TPE, avec les médecins du travail) »²³¹¹ peuvent être menées. En outre, on peut, « avec le soutien actif des branches professionnelles et des partenaires sociaux, faire émerger la prévention et la santé comme des enjeux prioritaires dans les entreprises de toutes tailles, pour qu'elles expriment leurs besoins de manière proactive et pertinente »²³¹². Malgré l'absence d'obligation de négocier des accords relatifs à l'amélioration des conditions de travail et à la santé au travail dans les branches, l'article L. 2253-2 du Code du travail donne à la branche la

²³⁰⁹ C. trav., art. L. 2232-5-2 ; A. Bugada, La contribution de la loi du 8 août 2016 à la recomposition des branches : *JCP S* 2016, 1442.

²³¹⁰ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, Recommandation n° 6 : Renforcer le rôle de la structure régionale et du médecin du travail pour prévenir la désinsertion professionnelle ; Recommandation n° 10 : Mettre en place au sein de chaque structure régionale une cellule spécifiquement dédiée à la prise en charge des RPS ; Recommandation n° 11 : Organiser au sein de la structure régionale un guichet unique : La structure régionale doit rendre le service de proximité envers les salariés et les employeurs en mettant en place une structure d'accueil permettant une prise en charge personnalisée.

²³¹¹ *Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels*, Rapport pour la direction générale du travail, ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, décembre 2007, pp. 321 et s.

²³¹² *Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels*, Rapport pour la direction générale du travail, ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, décembre 2007, pp. 321 et s.

possibilité de fixer des clauses de verrouillage vis-à-vis des accords d'entreprise portant sur la prévention des effets de l'exposition à certains facteurs de risques, l'insertion et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés, les primes pour travaux dangereux ou insalubres. L'intérêt d'une négociation de branche, en matière de prévention des risques professionnels, pour les entreprises de 50 à 299 salariés, est une dispense de l'obligation de conclure un accord d'entreprise et de leur faciliter la déclaration des facteurs de risque²³¹³. En outre, le renforcement de l'information des employeurs par les branches professionnelles les sensibiliserait sur l'intérêt des données à fournir comme celles relatives aux expositions. Enfin, la formation²³¹⁴ des travailleurs et de leurs représentants sur les risques professionnels liés à leur secteur d'activité, dans le cadre spécifique et adapté de la branche, paraît pertinent pour sensibiliser les secteurs d'activité mais aussi les rendre acteurs de la prévention en entreprise²³¹⁵. La branche a donc un rôle à jouer en santé-sécurité au travail par la construction d'une offre mutualisée de services au profit des très petites entreprises en particulier.

Paragraphe 2. L'amélioration du suivi épidémiologique

368. La création de l'Institut de veille sanitaire, par la loi du 1^{er} juillet 1998²³¹⁶, a porté l'ambition de surveiller et d'observer en permanence l'état de santé de la population, d'alerter les pouvoirs publics en cas de menace pour la santé publique et de mener à bien toute action nécessaire pour identifier les causes d'une modification de l'état de santé de la population, notamment en situation d'urgence. Les services de santé au travail agissent en fournissant à l'institut les informations nécessaires à l'exercice de ses missions. Ainsi, selon l'article R. 4623-1 du Code du travail, le médecin du travail contribue à la veille épidémiologique et à la traçabilité. Le suivi épidémiologique concerne l'évolution du nombre de cas d'une maladie dans le temps en vue de détecter les phénomènes anormaux. La première difficulté est l'information, tant qualitative que quantitative. Sur ce point, la médecine du travail dispose d'un fort potentiel d'informations. Le second temps est relatif à la prise en charge, autant

²³¹³ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, pp. 110-112.

²³¹⁴ C. trav., art. R. 4614-21 à R. 4614-23.

²³¹⁵ Rapport Toussaint, Stratégies nouvelles de prévention, décembre 2006, pp. 48-49.

²³¹⁶ L. n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire des produits destinés à l'homme.

curative que préventive, pour éviter la propagation, l'épidémie. Malgré ce dispositif, il existe des obstacles à un suivi médical coordonné, ainsi qu'une marginalisation de l'activité « connexe » de veille sanitaire. Or, le suivi épidémiologique suppose un travail axé sur un champ populationnel pour assurer une veille sanitaire performante et pouvoir disposer de données permettant de procéder à des études étiologiques (A). En outre, il doit être alimenté conjointement par l'action en milieu de travail et l'activité clinique, de sorte que la complémentarité des approches individuelle et collective (B), propre à la mission de la médecine du travail, est aussi de nature à renforcer la qualité de ce suivi.

A. Veille sanitaire et étiologie

369. Selon l'article R. 4127-12 du Code de la Santé publique, le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire. Il participe également aux actions de vigilance sanitaire. La collecte, l'enregistrement, le traitement et la transmission d'informations nominatives ou indirectement nominatives sont autorisés dans les conditions prévues par la loi. Le médecin du travail est en capacité de s'inscrire totalement dans ces dispositions. Au regard de son expertise de la pathologie professionnelle et de la prévention, il peut permettre une avancée dans l'expertise de la causalité (1) et agir pour une meilleure analyse clinique des conditions de travail par une meilleure visibilité du lien santé-travail (2).

1. Une avancée dans l'expertise de la causalité

370. L'intérêt de l'étiologie. Déjà, en 2003, le Rapport IGAS pointait « à travers la littérature internationale, l'impact du milieu professionnel sur la santé »²³¹⁷. De plus, il relevait le poids considérable du risque professionnel dans la surmortalité pour certaines tranches d'âge²³¹⁸, qui constituerait l'une des principales explications des inégalités sociales de santé. Comme l'a mis en évidence le drame de l'amiante, la politique publique pâtit de

²³¹⁷ Rapport IGAS, 2003, p. 172.

²³¹⁸ 15 % des décès par cancer du poumon sont attribuables à des facteurs d'origine professionnelle des travailleurs de sexe masculin entre 45 et 59 ans

l'insuffisance de connaissances épidémiologiques²³¹⁹. Des difficultés et incertitudes sont la conséquence de connaissances scientifiques encore trop limitées et incertaines sur la relation entre un facteur de risque, individuel ou collectif, et l'apparition d'une pathologie²³²⁰. Il existe encore un manque de données épidémiologiques sur les expositions professionnelles, les relations entre mortalité et expositions passées (surtout lorsque ces pathologies surviennent après la cessation d'activité²³²¹), la morbidité des maladies professionnelles, l'adaptation aux handicaps et aux maladies chroniques, et sur la qualité de vie²³²². Il est donc essentiel de progresser en matière d'étiologie. Déterminer l'arbre des causes est essentiel pour établir un diagnostic ainsi que pour mener des actions de prévention efficaces. Par ailleurs, « le risque psychosocial, notamment le stress, constitue un facteur causal significatif de pathologies plurifactorielles, et son coût est, en conséquence, élevé pour la santé publique. Mieux quantifier l'impact, sur l'assurance maladie, d'une meilleure prévention primaire et secondaire du risque psychosocial, pourrait fournir la justification d'un engagement public majeur en faveur de cette prévention. »²³²³ C'est la raison pour laquelle il faut accentuer les efforts sur la veille sanitaire pour affiner les diagnostics et mettre en œuvre les mesures qui s'imposent.

371. La veille sanitaire participe de la prévention secondaire²³²⁴. L'activité de suivi individuel, de prévention, de participation à la veille sanitaire et à des travaux épidémiologiques, en ce qu'elle concerne les liens entre travail et santé, constitue l'apport de la médecine du travail à la santé publique²³²⁵. En outre, selon l'article R. 4624-58 du Code du travail, le médecin du travail participe, notamment en liaison avec le médecin inspecteur du travail, à toutes recherches, études et enquêtes, en particulier à caractère épidémiologique, entrant dans le cadre de ses missions. C'est une dimension de santé publique de ses missions. En effet, le lien avec le médecin inspecteur en atteste. Ce dernier a pour mission d'exercer une action permanente en vue de la protection de la santé physique et mentale des travailleurs sur

²³¹⁹ Rapport IGAS, 2003, p. 282.

²³²⁰ Rapport IGAS, 2003, p. 285.

²³²¹ Arrêté du 18 juillet 2018 fixant en application du III de l'article 146 de la loi de finances pour 2016 la liste des maladies professionnelles provoquées par l'amiante susceptibles d'ouvrir droit à l'allocation spécifique de cessation anticipée d'activité, ORF n°0171 du 27 juillet 2018, texte n° 16.

²³²² Rapport Toussaint, Stratégies nouvelles de prévention, décembre 2006, p. 40.

²³²³ Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail, Ph. Nasse et P. Légeron, mars 2008.

²³²⁴ Rapport S. Desmarescaux visant à améliorer la santé au travail des salariés et à prévenir les risques professionnels auxquels ils sont confrontés, n° 167, Sénat janv. 2008, p. 106.

²³²⁵ Rapport Gosselin, 2007.

leur lieu de travail et participent à la veille sanitaire au bénéfice des travailleurs²³²⁶. De plus, selon l'article L. 4624-8, en cas de risque pour la santé publique ou à sa demande, le médecin du travail transmet le dossier médical en santé au travail au médecin inspecteur du travail. Ce dernier, notamment chargé de l'étude des risques professionnels et de leur prévention²³²⁷, exerce une action permanente en vue de la protection des travailleurs sur leur lieu de travail²³²⁸ et communique aux comités techniques des caisses de Sécurité sociale les renseignements qu'il possède sur les risques de maladies professionnelles et d'accidents du travail inhérents aux différentes entreprises²³²⁹. En vue de la prévention des affections professionnelles, les médecins inspecteurs du travail sont autorisés à faire, aux fins d'analyse, tous prélèvements portant notamment sur les matières mises en œuvre et les produits utilisés²³³⁰. Egalement, le rôle des médecins du travail est de veiller à un recueil des données de qualité, ce qui suppose une organisation et un équipement permettant une homogénéité des données recueillies et une saisie fiable²³³¹. Ainsi, l'intérêt de la veille sanitaire est d'optimiser les diagnostics et les orientations des projets des services et CPOM. Les SST participent donc à la veille sanitaire pour la population au travail et contribuent au développement des connaissances sur la santé au travail, dans le cadre des objectifs définis par les politiques de santé publique.

2. Une meilleure analyse clinique des conditions de travail

372. Une meilleure visibilité du lien santé-travail. « La veille sanitaire est une méthode moderne de protection de la santé publique. Elle consiste en une surveillance de l'état de santé d'une population, qui peut être spécifique, afin d'en dégager des données de type épidémiologique qui établissent un lien entre une situation à risque et une dégradation de la santé de la population examinée. (...) La décision d'instaurer une véritable veille sanitaire en matière de risques professionnels est donc un acte fort de prévention, mais il suppose des moyens importants pour recueillir les données épidémiologiques nécessaires à l'appréciation de ces risques. Dès lors que la veille sanitaire impose une proximité forte entre un professionnel de santé et la population au travail, il ne fait pas de doute que la médecine du

²³²⁶ C. trav., art. L. 8123-1.

²³²⁷ C. trav., art. R. 8123-1.

²³²⁸ C. trav., art. D. 8123-3.

²³²⁹ C. trav., art. D. 8123-4.

²³³⁰ C. trav., art. L. 8123-3.

²³³¹ Rapport C. Dellacherie, Conseil Economique et Social, 2008, p. 22.

travail est le « réseau » idéal sur lequel l'IVS doit s'appuyer. »²³³² Le temps consacré à la veille sanitaire, imputé au temps de l'action médicale en milieu de travail²³³³, est insuffisant. En effet, la collecte et le traitement des informations en santé au travail sont essentiels pour améliorer la connaissance des pathologies professionnelles dans le cadre d'une veille sanitaire prenant en compte les rapports d'activité des médecins. Le rapport de la Cour des comptes de 2012 recommande de recenser, de façon séparée de l'action en milieu de travail, le temps médical consacré à la veille sanitaire²³³⁴. Pour assurer une meilleure visibilité du lien santé-travail dont le médecin du travail est l'expert²³³⁵, il faut prévoir la remontée d'informations à partir du volet professionnel du DMP, de manière anonymisée grâce à la réalisation de tableaux de bord rendue possible par des extractions informatiques anonymisées. L'exploitation de ces données et leur synthèse sont indispensables. Il faut fluidifier et faciliter les diverses déclarations (accidents du travail, maladies professionnelles, mais aussi maladies et accident de droit commun) en permettant de les effectuer depuis le DMP car des liens peuvent exister avec le travail. Or, sans confrontation de ces données, il est impossible de les établir. Le but est de bâtir un système d'information enrichi de données régulièrement mises à jour et validées. Enfin ces informations renseigneraient sur les principaux risques professionnels et permettraient d'orienter la politique de prévention primaire des risques professionnels. Ceci passe naturellement, mais de manière obligée, par un travail en réseau impliquant chaque acteur²³³⁶. Le suivi longitudinal des risques d'exposition d'un travailleur quand il change d'entreprise et au cours du temps constitue un enjeu majeur de prévention des risques professionnels²³³⁷. De plus, la mission souligne l'importance de la traçabilité individuelle des expositions et recommande une consolidation au niveau national de ces données, dans le respect du secret médical, est nécessaire afin de favoriser la connaissance épidémiologique dans ces domaines et d'améliorer ainsi la prévention individuelle et collective au travail²³³⁸. Le contenu du rapport d'activité des médecins du travail pourrait

²³³² Rapport fait au nom de la mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante, n° 2884, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 février 2006.

²³³³ Rapport Cour des comptes 2012, p. 31.

²³³⁴ Rapport Cour des comptes 2012, p. 123

²³³⁵ S. Fantoni-Quinton, "Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude?", *Dr. soc.* 2013, p. 1023.

²³³⁶ Rapport Toussaint, Stratégies nouvelles de prévention, décembre 2006, pp. 48-49.

²³³⁷ M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, Rapport du groupe de travail « *Aptitude et médecine du travail* », mai 2015, p. 24.

²³³⁸ M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, Rapport du groupe de travail « *Aptitude et médecine du travail* », mai 2015, recommandation n° 14, p. 65.

ainsi être mis à profit et évoluer vers une approche davantage épidémiologique²³³⁹. Dans l'intérêt de l'efficacité de cette veille sanitaire et d'une remontée pertinente d'informations, il convient d'établir une nomenclature et un contenu médical normalisés pour permettre l'exploitation des informations issues des dossiers médicaux tenus par médecins du travail. L'extraction anonymisée des éléments de nature médicale, selon un traitement rigoureux, au regard de la protection des données personnelles, et formellement adapté pour permettre une exploitation optimale, est une nécessité. Dans ce dessein, on peut ainsi envisager une évolution du DMP – et du DMST en cas d'absence de DMP –, dans le sens d'une remontée automatisée d'informations anonymisées²³⁴⁰ permettant de mettre en place des indicateurs et des procédures d'alerte. En effet, sur l'exemple scandinave du projet NOCCA en matière de cancer²³⁴¹, il serait intéressant de mettre en place un outil statistique permettant de lier pathologies et conditions de travail et ainsi de déceler des prévalences de certaines affections en fonction d'expositions professionnelles. La corrélation faite, les causes peuvent être recherchées et ainsi des mesures préventives assurées. De même, le système italien OCAM, dont le fonctionnement est régional, chaque fois qu'un cas de cancer est diagnostiqué, l'activité professionnelle du patient, la branche et l'entreprise sont identifiées et scrutées pour diligenter, s'il y a lieu, une enquête, réaliser une alerte et mettre en œuvre des campagnes de prévention²³⁴². Le rapport Issindou²³⁴³, dans sa recommandation n° 14 souligne l'importance de la traçabilité individuelle des expositions et 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 au travail. Les moyens techniques existent. Outre l'efficacité, on faciliterait la mission des médecins du travail dans la déclaration obligatoire de certaines pathologies ou tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie, lorsqu'ils ont un caractère professionnel²³⁴⁴.

²³³⁹ M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, Rapport du groupe de travail « *Aptitude et médecine du travail* », mai 2015, p. 65

²³⁴⁰ C. Santé pub., art. R.3113-2 ; délibération CNIL n°02-082 du 19 novembre 2002.

²³⁴¹ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, p. 77.

²³⁴² Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, p. 77.

²³⁴³ M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, Rapport du groupe de travail « *Aptitude et médecine du travail* », mai 2015.

²³⁴⁴ C. Séc. soc., art. L.461-6.

B. Structuration juridique de la compétence

373. « En milieu de travail, la prévention n'est possible qu'en conjuguant une approche individuelle médicale avec une approche collective plus orientée sur les conditions de travail et s'exprime par le rôle de conseil du médecin du travail auprès des employeurs et des salariés. »²³⁴⁵ Ce n'est que dans cette complétude pertinente de la médecine du travail **(1)** que cette dernière est la plus efficiente et quand elle s'inscrit dans un système de santé global et cohérent **(2)**.

1. Pour une plus grande complétude de la médecine du travail

374. L'enrichissement de l'approche individuelle complétée par une approche collective plus marquée. La médecine du travail repose sur deux piliers : l'individuel et le collectif. En effet, selon l'article R. 4127-2, « le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité ». La médecine ne doit pas se soustraire à cette définition mais doit, au contraire, totalement s'y conformer. La santé s'inscrit dans des « projets de services intégrant les préoccupations de santé publique dans une optique conjointe de prévention plus cohérente entre la vie hors et la vie dans l'entreprise »²³⁴⁶. De plus, « les missions du médecin du travail consistent à étudier les situations de travail, les nuisances et les contraintes afin d'identifier les situations susceptibles d'altérer la santé des travailleurs mais aussi de conseiller les employeurs, les salariés et leurs représentants ainsi que de proposer, voire accompagner les actions permettant de corriger les situations dangereuses, ce qui implique la mise en synergie de savoir-faire pluridisciplinaires. »²³⁴⁷ « C'est tout l'intérêt d'une logique collective et systémique de prévention, car l'état de santé du salarié dépend d'éléments relevant de l'individuel et du collectif, du personnel et du professionnel, du médical et de l'entreprise. En outre, le champ d'activité, le poste de travail occupé, l'organisation des conditions de travail et

²³⁴⁵ S. Fantoni-Quinton, L'évolution des missions du médecin du travail, *SSL suppl.*, déc. 2014, n° 1655, p. 52 ; C. Dellacherie, « *L'avenir de la médecine du travail* », Ed. des JO et Rapp. du CES, 2008.

²³⁴⁶ S. Fantoni-Quinton, L'évolution des missions du médecin du travail, *SSL suppl.*, déc. 2014, n° 1655, p. 52.

²³⁴⁷ S. Fantoni-Quinton, L'évolution des missions du médecin du travail, *SSL suppl.*, déc. 2014, n° 1655, p. 52.

la taille de l'entreprise ne sont pas indifférents. C'est pourquoi également il convient de ne pas privilégier exclusivement une approche individualisée et événementielle des problématiques de santé auxquelles sont confrontés les salariés dans l'entreprise et, en corollaire, d'initier des démarches plus globales de santé en entreprise »²³⁴⁸. Pour gagner en efficacité dans la préservation de la santé des travailleurs, la médecine du travail doit s'enrichir des constatations qu'elle est amenée à faire dans toutes les dimensions de son activité. Ainsi, la dimension individuelle doit permettre de faire émerger, au service du collectif, les difficultés que connaissent des travailleurs pour faire en sorte que d'autres salariés ne connaissent pas pareille difficulté. L'alerte que soulève un risque avéré chez un travailleur doit être de nature à établir une action afin qu'il ne se propage pas. *A contrario*, et c'est la même chose à l'envers, si un risque collectif émerge, alors il faudra prendre les mesures individuelles pour protéger les salariés susceptibles de connaître pareil sort. En conséquence, ces deux dimensions s'inter-alimentent, sont interconnectées, interdépendantes.

2. Pour une meilleure cohérence du système global de santé

375. La nécessité d'associer la médecine du travail à la politique de santé publique apparaît aujourd'hui évidente, tant les conditions et l'environnement de travail sont des déterminants structurants de l'état de santé de la population. L'intensification du travail, les nouveaux risques comme le stress, les troubles musculo-squelettiques (TMS) - notamment du fait du vieillissement de la population active -, les risques différés, renforcent encore cette exigence. L'émergence retardée de nouvelles pathologies liée à des expositions anciennes à des produits dont la toxicité n'avait pas été appréhendée appelle également une implication de la médecine du travail dans la veille sanitaire²³⁴⁹. Il existe donc des enjeux de santé publique spécifiques au monde du travail qui exigent, pour y faire face de façon optimale, d'assurer la traçabilité des expositions aux risques, le suivi des salariés dans le temps et d'un emploi à

²³⁴⁸ S. Fantoni, F. Héas, Pour une reconfiguration des principes en santé au travail, *Dr. soc.* 2016, p. 532

²³⁴⁹ C. trav., art. L. 4624-2-1: *Les travailleurs bénéficiant du dispositif de suivi individuel renforcé prévu à l'article L. 4624-2, ou qui ont bénéficié d'un tel suivi au cours de leur carrière professionnelle sont examinés par le médecin du travail au cours d'une visite médicale, avant leur départ à la retraite. Cet examen médical vise à établir une traçabilité et un état des lieux, à date, des expositions à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 auxquelles a été soumis le travailleur. Le médecin du travail a la faculté, s'il constate une exposition du travailleur à certains risques dangereux, notamment chimiques, mentionnés au a du 2° du I du même article L. 4161-1, de mettre en place une surveillance post-professionnelle en lien avec le médecin traitant.*

l'autre, la veille sanitaire²³⁵⁰. Les médecins du travail ont rarement connaissance des arrêts de travail, excepté dans certains services autonomes alors que cette information pourrait constituer un indicateur utile pour orienter leur action et améliorer le suivi de certains salariés potentiellement en difficulté²³⁵¹. La médecine du travail doit aussi constituer un relais pour des actions de santé publique thématique, par exemple en matière de nutrition ou de tabagisme, en mettant à profit sa proximité et son contact régulier avec la population au travail. Un fonctionnement en réseau des services de santé au travail est indispensable pour optimiser les connaissances et le recueil de données sanitaires en liaison avec les risques professionnels. Il constitue le seul moyen d'identifier l'apparition de nouveaux risques pour la santé des travailleurs²³⁵². Dans sa mission de santé publique, le médecin du travail ne peut pas être limité par le lien à l'entreprise, quelles que soient sa nature et ses modalités. Il doit en particulier pouvoir participer à un travail de recherche et à des enquêtes en épidémiologie, en réseau avec le secteur des soins²³⁵³. La politique de prévention doit rompre avec les schémas de pensée traditionnels qui font de la santé publique, de la médecine curative et de l'action sociale des champs clos et autonomes. Mais la prévention est avant tout une démarche, une dynamique de coopération²³⁵⁴. Notre administration de la santé est trop organisée en fonction de la régulation financière et technique du système de soins. La politique de santé doit pouvoir être globale et mise en œuvre, à partir d'objectifs nationaux de santé intégrant soins curatifs et prévention. Cela suppose un décloisonnement des mécanismes d'organisation et de financement de l'activité de soins et de l'activité préventive, en particulier en ce qui concerne le médecin de ville. L'implication de médecins de ville dans la politique de prévention est essentielle²³⁵⁵. L'administration de la santé, au niveau central comme en région, doit être organisée de façon à davantage subordonner les modes de planification et de régulation de l'offre de soins aux priorités de santé publique ; mieux coordonner l'action des différentes directions et services concernés ; mieux assurer la permanence de la préoccupation de santé publique et la continuité de la politique de prévention ; faciliter la coopération interministérielle et interministérielle : renforcer les démarches transversales ; assouplir et rendre plus efficace les modes d'exercice de la tutelle sur les organismes à responsabilité

²³⁵⁰ Rapport Conso, Frimat, p. 53.

²³⁵¹ Rapport Conso, Frimat, p. 54.

²³⁵² Rapport C. Dellacherie, Conseil Economique et Social, 2008, p. 38.

²³⁵³ Rapport C. Dellacherie, Conseil Economique et Social, 2008, p. 22.

²³⁵⁴ Rapport IGAS, 2003, p. 311.

²³⁵⁵ Rapport IGAS, 2003, p. 312.

déléguée ; conforter les relais territoriaux²³⁵⁶. Près de 2,4 millions de salariés sont exposés à des produits cancérigènes²³⁵⁷. On estime que 4 % à 8,5 % des cancers seraient liés à une exposition professionnelle, soit entre 11 000 à 23 000 cas de cancers qui surviennent chaque année. Seule une minorité d'entre eux est connue et indemnisée²³⁵⁸. Ces chiffres montrent, s'il en était besoin, la nécessité de développer, outre une politique du contrôle et de prévention des risques, des outils de surveillance, et d'associer l'ensemble des professionnels du secteur de la santé au travail de veille sanitaire²³⁵⁹.

376. La connexion de la médecine du travail aux autres médecines de spécialité est une nécessité. Son isolement et son autonomie cloisonnée n'a pas de sens car ils contribuent une entrave à son efficacité. En conséquence, le médecin du travail, intégré au parcours de santé de tout travailleur, selon le principe d'universalité, pourra mettre à profit sa spécialité pour un meilleur suivi, une meilleure prise en charge et surtout une meilleure appréhension de l'état de santé de tous dans une dimension globale et cohérente. Mieux comprendre le lien santé-travail et mobiliser plus efficacement la ressource de temps disponibles des médecins du travail et des personnels de santé²³⁶⁰ permettront d'améliorer le suivi des travailleurs et des patients en général pour une veille sanitaire plus aboutie. La santé au travail, inscrite dans le système de santé, aura plus de capacité d'agir que dans un système certes autonome mais isolé. La médecine du travail, au même titre que les autres spécialités médicales, doit s'exercer dans une démarche globale, en lien avec l'ensemble de la communauté médicale, dans l'intérêt exclusif des travailleurs dont elle doit assurer le suivi pour éviter l'altération de la santé.

²³⁵⁶ Rapport IGAS, 2003, p. 313.

²³⁵⁷ Enquête SUMER (Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels) 2003

²³⁵⁸ Le nombre de cancers professionnels indemnisés est de 1 771 en 2006 pour le régime général (source CNAMTS / DRP) ; N. Fréry et al., Expositions professionnelles à des agents cancérigènes respiratoires, *in* Bull. épidémiol. Hebdo., 22 mai 2018, n° 12-13, « *Evaluation des expositions professionnelles : un levier pour la prévention* » ; Rapport sur la « Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017, déc. 2017, Santé publique France.

²³⁵⁹ Rapport Dellacherie, Frimat, Leclercq, 2010, p. 24.

²³⁶⁰ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, Recommandation n° 7 : Mobiliser efficacement la ressource de temps disponible des médecins du travail et des personnels de santé.

TITRE 2. Une médecine au service de l'amélioration du milieu de travail

377. Au-delà du colloque singulier conférant au médecin du travail une relation particulière avec le travailleur, la dimension collective de sa mission est également essentielle dans l'amélioration du milieu de travail. Le rôle de la médecine de prévention est en effet aussi d'aider les entreprises dans leur démarche d'évaluation *a priori* des risques, en mettant à leur disposition des compétences pour les accompagner dans cette difficile tâche. Une fois les objectifs définis, il faut penser leur mise en œuvre et donner les outils au médecin du travail pour aboutir au résultat escompté. Le milieu de travail est le cadre privilégié pour la prévention. Pour pouvoir prétendre à des actions de prévention pertinentes, ces dernières doivent être initiées depuis le milieu de travail, ce qui suppose une meilleure connaissance du poste et du collectif de travail. L'article R. 4624-1 du Code du travail prévoit un certain nombre d'actions concrètes que les services de santé au travail peuvent mener. Il s'agit notamment de la visite des lieux de travail, de l'étude de postes en vue de l'amélioration des conditions de travail, de leur adaptation dans certaines circonstances ou du maintien dans l'emploi, de l'identification et de l'analyse des risques professionnels, de la réalisation de mesures métrologiques, de la formation aux risques spécifiques, de l'étude de toute nouvelle technique de production. Même si ces actions diverses vont dans le bon sens, en permettant quelques initiatives, elles demeurent limitées au regard de l'ampleur que représente le défi de prévention des risques professionnels et de promotion de la santé au travail. A destination du collectif de travail, l'article R. 4624-1 du Code du travail prévoit que le médecin du travail dispense des conseils en matière d'organisation des secours et des services d'urgence, participe aux réunions du CSE, anime des campagnes d'information et de sensibilisation aux questions de santé publique en rapport avec l'activité professionnelle, les enquêtes épidémiologiques, l'élaboration des actions de formation à la sécurité et à celles des secouristes. Le renforcement de l'efficacité préventive du dispositif de santé suppose une mutation importante dans ses modes de fonctionnement pour passer d'une logique d'accomplissement d'obligations réglementaires à la réponse à des besoins identifiés en faisant de la prévention primaire le principe cardinal de la médecine du travail. L'évolution

jurisprudentielle de l'obligation de sécurité de l'employeur²³⁶¹, désormais attentive aux mesures de prévention déployées par l'employeur, peut inciter les entreprises à davantage de prévention²³⁶². Dans cet esprit, le Rapport Lecocq d'août 2018 recommande de rendre les décrets applicables à titre supplétif lorsque l'entreprise adopte les dispositions de prévention qui répondent au même objectif que la réglementation sans en suivre les modalités d'application concrètes. Une telle logique, sans rien céder à l'exigence de sécurité, serait de nature à réduire l'écart entre les exigences réglementaires et les contraintes du travail réel et à améliorer l'effectivité de la prévention²³⁶³. Pour permettre une ambition à la hauteur des enjeux, il convient de favoriser une meilleure connaissance du travail (**chapitre 1**) pour renforcer l'action de terrain (**chapitre 2**).

²³⁶¹ Cass. soc., 22 oct. 2015, n° 14-20.173; Cass. Soc., 25 nov. 2015, n° 14-24.444; P.-H. Antonmattei, « Obligation de sécurité de résultat : virage jurisprudentiel sur l'aile ! », *Dr. soc.*, 2016, p. 457 ; S. Selusi, « Obligation de sécurité de résultat : « A l'impossible nul n'est tenu » », *RDLA*, 2016, n° 113, p. 32 et « L'évolution du contenu et du contrôle de l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur », *RDS*, n° 70, pp. 270-274 ; *JCP S* 2016, 1011, étude M. Babin. – Cass. soc., 1er juin 2016, n° 14-19.702.

²³⁶² C. Ferté, La santé au travail après le 1^{er} janvier 2017, *JCP S* n° 1, 10 janvier 2017, 1001.

²³⁶³ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, Recommandation n° 14 : Proportionner les obligations et les moyens à déployer dans les entreprises en fonction de leur spécificité et des risques effectivement rencontrés par les salariés.

Chapitre 1. Favoriser une meilleure connaissance des conditions de travail

378. La domination et la régulation de la société par le risque sont de plus en plus prégnantes²³⁶⁴. Ainsi, l'aide aux entreprises doit être renforcée, notamment dans la réalisation du document unique d'évaluation des risques professionnels qui peut être intégrée aux missions du médecin du travail. C'est en effet la moindre des choses que de mettre à profit son expertise pour tenir compte de la réalité des risques présents dans l'entreprise pour mieux la faire évoluer en assurant un cadre d'intervention pertinent et adapté. Une collecte des données doit être opérée afin de constituer une base de données des risques professionnels. La mutualisation de l'expertise par branche d'activité permettra d'enrichir les plans locaux de santé. Il faut davantage investir le milieu de travail pour améliorer sa connaissance. L'évaluation *a posteriori*, lorsque le risque professionnel s'est réalisé, doit s'effectuer sur la base d'une enquête de causalité pour éviter au maximum sa réitération. Ainsi, le médecin du travail doit être informé sans délai en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles afin de diligenter les moyens nécessaires. Il doit disposer de toutes informations utiles de nature médicale pour lui permettre de mener à bien l'étape décisive d'identification du risque professionnel. Par conséquent, l'amélioration de la pertinence du rôle du médecin du travail passe par une meilleure évaluation des risques professionnels (**section 1**) et une mission de conseil renforcée (**section 2**).

²³⁶⁴ U. Beck, « La société du risque : sur la voie d'une autre modernité », Paris, Flammarion, 2008.

Section 1. Pour une meilleure évaluation des risques professionnels

379. Contexte. L'exemple caractéristique de l'échec de l'évaluation du risque professionnel est celui relatif au drame de l'amiante. C'est la preuve d'une inadaptation de notre système de santé au travail et, au-delà, de notre système de santé. En effet, malgré un diagnostic relativement précoce des effets dangereux de l'amiante pour la santé, et sa connaissance très tôt, dès le début du XX^{ème} siècle, par des médecins du travail, aucune réponse satisfaisante n'a été apportée dans des délais raisonnables. Ce dysfonctionnement de taille, engendrant de très nombreuses victimes, a trop duré²³⁶⁵. L'article R. 4412-82 du Code du travail prévoit que, « lorsqu'il est informé par le médecin du travail du dépassement d'une valeur limite biologique, l'employeur procède [notamment] à l'évaluation des risques »²³⁶⁶. Cet article retrace la démarche qui doit être suivie. D'abord on évalue, puis on met en œuvre les mesures et moyens de prévention, on procède aux contrôles des valeurs limites d'exposition professionnelle et on arrête le travail, le cas échéant, aux postes concernés jusqu'à la mise en œuvre des mesures propres à assurer la protection des travailleurs. Du suivi individuel des travailleurs et des actions qu'il mène sur le milieu de travail, le médecin du travail va tirer des conséquences médicales, en termes de propositions d'aménagement de poste de travail ou de préconisations diverses qu'il soumettra par écrit à l'employeur. Devant ces avis médicaux, l'employeur ne devra pas rester inerte. En effet, deux possibilités s'offrent à lui : ou bien il les suit ou bien alors il s'y oppose, à charge cependant pour lui, dans cette

²³⁶⁵ Aujourd'hui, nombre de textes encadrent l'amiante, notamment R. 4412-97.

²³⁶⁶ C. trav. , art. R. 4412-82.

seconde hypothèse, d'en apporter les explications par écrit. Ainsi, il est évident que l'évaluation des risques est à la fois une étape médicale essentielle (**paragraphe 1**) et une étape obligatoire déterminante (**paragraphe 2**).

Paragraphe 1. Une étape médicale essentielle

380. Mieux connaître le risque pour mieux le maîtriser. Pour mener à bien cette étape indispensable, il faut faire le bilan des connaissances mobilisables et des outils utilisables, techniques et réglementaires, ainsi que les moyens humains et organisationnels. Les textes mettent en première ligne l'employeur, principal responsable en santé au travail au regard de l'obligation de sécurité qu'il assume. Dans cette tâche difficile, il peut se faire assister par des acteurs aussi divers que des préventeurs et, surtout, des services de santé au travail autour du médecin du travail. Clé de voûte de la démarche de prévention, l'évaluation des risques est essentielle car elle est un préalable à toute démarche de prévention efficace (**A**) mais elle est difficile car elle repose sur une anticipation malaisée basée sur les présupposés de la médecine prédictive (**B**).

A. Un préalable à toute démarche de prévention efficace

381. En amont d'une prévention efficace. « L'évaluation des risques permet d'identifier les travailleurs pour lesquels des mesures spéciales de protection peuvent être nécessaires. »²³⁶⁷ C'est une démarche structurée que l'employeur doit mener et qui fait l'objet d'une formalisation dans un document unique²³⁶⁸ qui est mis à la disposition des salariés, des membres du CSE, du médecin du travail, de l'inspecteur du travail notamment. L'évaluation des risques professionnels relève de la responsabilité de l'employeur, dans le cadre de son

²³⁶⁷ C. trav., art. R. 4426-6.

²³⁶⁸ C. trav., art. R. 4121-1 et s.

obligation générale d'assurer la sécurité et de protéger la santé des salariés²³⁶⁹. Elle figure parmi les principes généraux de prévention énoncés par le Code du travail²³⁷⁰. Pour ce faire, il convient de procéder à l'identification des risques professionnels (1) pour les éviter et les combattre, et, le cas échéant, d'en assurer la traçabilité (2).

1. L'identification des risques professionnels

382. Performance de l'entreprise. L'un des principaux leviers de progrès dans l'entreprise est l'évaluation des risques professionnels en ce qu'elle contribue à l'amélioration du fonctionnement de l'entreprise par une meilleure maîtrise des risques mais aussi parce qu'elle permet la mise en évidence de l'apparition de risques à effets différés ou de nouveaux risques, en particulier ceux qui sont liés aux nouvelles organisations ou à de nouveaux procédés industriels. Toute démarche d'évaluation des risques professionnels ne peut avoir des résultats satisfaisants que si elle demeure associée au fonctionnement de l'entreprise, au plus près des conditions réelles de travail. L'amélioration de la qualité de la sécurité et de la santé passe par une amélioration de la qualité des conditions de travail au service d'une meilleure performance de l'entreprise. Plus la qualité de l'étape relative à l'identification du risque et à son évaluation sera élevée, plus performante sera la prévention qui en découlera. En outre, on accorde à certains publics spécifiques une vigilance particulière. C'est le cas par exemple de l'article R. 4153-40 qui prévoit un encadrement spécial pour « affecter des jeunes aux travaux interdits susceptibles de dérogations »²³⁷¹ sous réserve d'avoir procédé à l'évaluation des risques préalablement à leur affectation au poste de travail concerné ainsi que d'obtenir annuellement « la délivrance d'un avis médical d'aptitude »²³⁷². De plus, l'article L. 4121-3 du Code du travail a été modifié par la loi du 4 août 2014 relative à l'égalité réelle entre les femmes et les hommes²³⁷³ pour aller dans le sens d'une évaluation des risques tenant compte de l'impact différencié de l'exposition au risque en fonction du sexe. Cette démarche évaluative sert l'intérêt de la préservation de la santé des travailleurs dont elle constitue la première étape.

²³⁶⁹ C. trav., art. L. 4121-1.

²³⁷⁰ C. trav., art. L. 4121-2 et L. 4121-3.

²³⁷¹ C. trav., art. R. 4153-40, al. 1.

²³⁷² C. trav., art. R. 4153-40 5° et *in fine*.

²³⁷³ Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 relative à l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

383. L'évaluation a priori. Le risque professionnel, par sa complexité intrinsèque et celle liée à sa rencontre avec la situation de santé du salarié, a pour conséquence qu'il est particulièrement difficile à appréhender au regard de ses caractéristiques nombreuses complexifiant l'arbre des causes. D'où l'intérêt de mener des dépistages afin de vérifier l'absence d'affections comportant une contre-indication au poste de travail considéré²³⁷⁴. A cet effet, le médecin du travail peut prescrire les examens médicaux complémentaires nécessaires. Ceci étant, on peut déplorer l'insuffisante sollicitation du médecin du travail en la matière. Certes, un risque n'est certainement constaté que lorsqu'il s'est produit, lorsqu'il est passé de l'état de risque à celui de dommage. En matière d'expositions anormales, une fois le risque réalisé ou en passe de l'être, l'information doit être communiquée « *le plus rapidement possible* »²³⁷⁵ pour que s'engage une réaction de nature à combattre les causes et prendre les mesures qui s'imposent pour l'enrayer au plus vite. Or, le médecin du travail souffre d'un déficit d'informations. Les dispositions du Code du travail relatives à la santé et à la sécurité au travail ne mentionnent que de manière sporadique le médecin du travail. Il est révélateur de ne traiter du médecin du travail que dans le chapitre III du Titre II du Livre VI du Code du travail. La performance, en matière d'efficacité médicale et notamment de prévention, ne peut être un objectif rempli par le seul médecin du travail. Ceci est l'illustration parfaite, à dessein, de la place qui est faite au médecin du travail dans le Code du travail. Ceci s'explique par la responsabilité de l'employeur en matière de santé et de sécurité au travail dont les conséquences sont simples : c'est à lui d'organiser, comme il l'entend, la politique d'évaluation et de prévention du risque qu'il souhaite mener. Pour ce faire, par la responsabilité qui lui incombe, il dispose de toute latitude, sous réserve de respecter les quelques obligations de recueillir l'avis du médecin du travail. Il faut travailler plus avant sur l'accompagnement de l'employeur. Le médecin du travail doit donc être consulté plus régulièrement.

384. La participation du médecin du travail. En cas d'adhésion à un service de santé au travail interentreprises, le Code du travail prévoit, dans les six mois suivant cette opération, que l'employeur adresse à son président un document précisant, outre le nombre et la catégorie des salariés à suivre, les risques professionnels auxquels ces derniers sont exposés, document établi après avis du médecin du travail intervenant dans l'entreprise²³⁷⁶. Le document mentionné par l'article D. 4622-22 n'est pas qualifié de document unique alors que

²³⁷⁴ C. trav., art. R. 4624-25.

²³⁷⁵ C. trav., art. R. 4412-92.

²³⁷⁶ C. trav., art. D. 4622-22.

ce dernier pourrait être utilisé, semble-t-il, à la même fin dans ce cas précis d'adhésion à un SSTI. L'association du médecin du travail devrait, pour certaines matières, être systématique. Par exemple, l'article R. 421-11 du Code de la Sécurité sociale prévoit la simple possibilité pour les comités techniques de s'adjoindre des spécialistes des questions relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles en la personne du médecin inspecteur du travail, alors que ce devrait être obligatoire. L'article D. 461-27, qui organise la composition du comité régional, prévoit, quant à lui, la présence du professeur des universités-praticien hospitalier, ou un praticien hospitalier, s'agissant des maladies professionnelles²³⁷⁷. En revanche, on peut se féliciter de la présence des médecins du travail prévue dans les réseaux de santé, comme le prévoit l'article 6321-1 du Code de santé publique. Enfin, il convient de souligner la nouvelle opportunité offerte par l'article R. 4624-23 qui prévoit, pour les postes présentant des risques particuliers²³⁷⁸, lorsque l'employeur souhaite compléter la liste des postes à risques, un avis du médecin du travail. Lorsqu'il constate un risque sérieux d'atteinte à l'intégrité physique d'un travailleur résultant de l'inobservation par l'employeur des règles d'hygiène et de sécurité, l'inspecteur du travail peut saisir le juge des référés pour voir ordonner toutes mesures propres à faire cesser le risque, telles que la mise hors service, l'immobilisation, la saisie des matériels, machines, dispositifs, produits ou autres²³⁷⁹. Il est regrettable ici plus encore que le médecin du travail ne soit pas consulté de manière automatique. Il est plus largement dommage que le médecin du travail ne soit pas davantage associé aux différents dispositifs qui existent en matière d'hygiène et de sécurité au travail. Certainement, la question relative à son statut, salarié direct d'un employeur ou d'un service interentreprises en contrat avec l'entreprise, y est pour beaucoup. De même, l'article L. 2315-94 prévoit que le CSE peut également bénéficier d'experts habilités rémunérés par l'employeur non seulement « lorsqu'un risque grave, identifié et actuel, révélé ou non par un accident du travail²³⁸⁰, une maladie professionnelle ou à caractère professionnel est constaté dans l'établissement », mais également « en cas d'introduction de nouvelles technologies ou de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail ». Sur ce point, l'articulation des actions et des initiatives éventuelles du CSE et du médecin du travail peut souffrir de difficultés par manque de coordination. Le médecin du travail devrait avoir une place de choix au sein de cette institution pour éclairer une décision,

²³⁷⁷ Il en est de même pour la constitution d'une commission pluridisciplinaire pour chaque caisse chargée de la liquidation des pensions de retraite du régime général (art. D. 351-1-11 C. SS).

²³⁷⁸ C. trav., art. R. 4624-23, III.

²³⁷⁹ C. trav., art. L. 4732-1.

²³⁸⁰ Voir Dockès E., Peskine E. et Wolmark C., Droit du travail, HyperCours Dalloz, 5^e éd., 2009, n^{os} 969 et s.

conseiller une action. Toutes les informations dont est destinataire le CSE sont évidemment très utiles pour le médecin du travail et son action préventive.

385. L'évaluation *a posteriori* : le risque professionnel réalisé. Lorsque l'évaluation révèle l'existence d'un risque²³⁸¹ pour la santé ou la sécurité des travailleurs, l'employeur a l'obligation de porter à la connaissance des travailleurs concernées toutes informations utiles, notamment les activités au cours desquelles les travailleurs ont été exposés aux risques en question²³⁸² ainsi que les coordonnées du médecin du travail²³⁸³. En matière de risque biologique, il est également question de plan d'urgence pour faire face, le cas échéant, à l'exposition à des agents chimiques particulièrement dangereux²³⁸⁴. En outre, il incombe à chaque salarié, de prendre soin de sa propre santé et de celle de la communauté de travail²³⁸⁵ concernée par ses actes et omissions au travail et même d'alerter l'employeur de toute situation dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé²³⁸⁶. L'alerte du travailleur est consignée sur un registre spécial²³⁸⁷. Ce devoir de signalement participe du principe de précaution. Suite à la mise en évidence des risques, l'employeur met en œuvre les mesures adaptées et prévues par le Code²³⁸⁸. Le médecin du travail dispose également de « *prérogatives* »²³⁸⁹ d'établir des recommandations en vue de protéger la santé des travailleurs.

386. Information du médecin du travail en matière d'AT-MP. Le médecin du travail doit être informé²³⁹⁰ dans les meilleurs délais suivant la déclaration de maladie professionnelle ou d'accident du travail. Il établit, s'il l'estime nécessaire, un rapport sur les mesures à prendre pour éviter la répétition de tels faits. La précaution textuelle « s'il l'estime nécessaire » préserve le pouvoir souverain du médecin dans ses décisions, c'est-à-dire consacre son indépendance aussi bien à l'égard de l'employeur que des textes qui régissent son activité et ses missions. Lorsqu'est dépistée une maladie professionnelle ou à caractère professionnel susceptible de résulter de l'activité du salarié, c'est-à-dire dans l'attente ou en l'absence de reconnaissance officielle de maladie professionnelle, le médecin du travail est

²³⁸¹ C. trav., art. R. 4435-2 : exemple d'examen (audiométrique) préventif lorsque l'évaluation et les mesurages révèlent un risque pour la santé du travailleur.

²³⁸² C. trav., art. R. 4425-4 1°.

²³⁸³ C. trav., art. R. 4425-4 3°.

²³⁸⁴ C. trav., art. R. 4425-4 5°.

²³⁸⁵ C. trav., art. L. 4122-1.

²³⁸⁶ C. trav., art. L. 4131-1.

²³⁸⁷ C. trav., art. L. 4133-1 et D. 4133-1.

²³⁸⁸ C. trav., art. R. 4444-6.

²³⁸⁹ C. trav., art. R. 4444-6.

²³⁹⁰ C. trav., art. R. 4626-19.

compétent²³⁹¹ pour déterminer la pertinence et prescrire les examens éventuellement nécessaires et les examens complémentaires²³⁹². Lorsqu'une maladie professionnelle est révélée, et peut résulter de l'exposition d'un agent biologique, tous les travailleurs susceptibles d'avoir été exposés sur le même lieu de travail font l'objet d'un examen médical²³⁹³. Si l'infection ou la maladie n'est pas inscrite dans un tableau de maladies professionnelles, le médecin du travail peut proposer aux autres travailleurs ayant subi une exposition analogue de bénéficier d'une surveillance médicale²³⁹⁴. Enfin, une nouvelle évaluation du risque d'exposition est réalisée²³⁹⁵. Le principe de précaution est ici mis en œuvre. En outre, « en dehors des visites d'information et de prévention et des examens complémentaires dont le travailleur bénéficie, l'employeur fait examiner par le médecin du travail tout travailleur exposé à des agents chimiques mentionnés à l'article R. 4412-44 qui se déclare incommodé par des travaux qu'il exécute.(...) Le médecin du travail est informé par l'employeur des absences, pour cause de maladie d'une durée supérieure à dix jours, des travailleurs exposés à ces agents chimiques »²³⁹⁶.

2. La traçabilité des risques professionnels

387. L'établissement du lien santé-travail. La particularité de la traçabilité individuelle des expositions par le médecin du travail est qu'elle porte à la fois sur les risques et sur leurs conséquences. Comme médecin, il assure une traçabilité des risques et de leurs effets pour remplir ses obligations déontologiques d'information loyale de son patient, notamment en application des articles R. 4127-35 et L. 1111-2 du Code de la Santé publique. Comme médecin du travail, il lui est spécifiquement demandé d'assurer l'identification et le signalement du lien santé-travail²³⁹⁷. Toute latitude de prescription d'examens complémentaires lui est laissée dans ce cadre²³⁹⁸. En outre, le médecin du travail établit un

²³⁹¹ C. trav., art. R. 4412-52.

²³⁹² C. trav., art. R. 4624-25, R. 4626-30.

²³⁹³ C. trav. R. 4426-13 al. 1.

²³⁹⁴ C. trav. R. 4426-13 al. 2.

²³⁹⁵ C. trav. R. 4426-13 al. 3.

²³⁹⁶ C. trav., art. R. 4412-50.

²³⁹⁷ C. trav., art. R. 4624-16.

²³⁹⁸ C. trav., art. R. 4624-35.

dossier en santé au travail²³⁹⁹. Enfin, il est de la responsabilité du médecin du travail de constater les effets de ces expositions²⁴⁰⁰. Le médecin du travail doit informer le travailleur du lien santé travail. Il peut le faire en rédigeant un certificat médical mais aussi en le signalant par courrier au médecin traitant.

388. En Belgique. « L'analyse des risques consiste en une identification systématique et permanente et en une analyse de la présence de dangers et de facteurs de risque dans des processus de travail et des situations de travail concrètes dans une entreprise, sur un chantier ou dans une institution »²⁴⁰¹. L'employeur doit mettre en place une politique visant à garantir le bien-être des travailleurs qui s'inscrit dans un système dynamique de gestion des risques et hiérarchisé. En effet, il doit mettre en place les mesures de prévention destinées, selon les cas, à prévenir les risques, les dommages éventuels, limiter, le cas échéant, les dommages. « Ces mesures de prévention doivent être fixées dans un plan global de prévention que l'employeur établit en collaboration avec le(s) service(s) de prévention et de protection au travail et les membres de la ligne hiérarchique. »²⁴⁰² dans le prolongement de ce plan global de prévention, l'employeur établit un plan d'action annuel ainsi que les procédures d'urgence qu'il diffuse dans l'entreprise. En outre, il veille à l'établissement d'un programme destiné à assurer la formation des travailleurs. Enfin, il fixe les mesures à prendre en cas d'accidents du travail.

²³⁹⁹ C. trav., art. R. 4624-12.

²⁴⁰⁰ C. Séc. Soc., art. L. 461-6 ; C. Santé pub., art. R. 4127-50.

²⁴⁰¹ http://www.emploi.belgique.be/detailA_Z.aspx?id=1358

²⁴⁰² http://www.emploi.belgique.be/detailA_Z.aspx?id=1358

B. Anticipation des risques et médecine prédictive

389. Selon Celse, « la médecine est un art conjectural, souvent exact mais parfois trompeur »²⁴⁰³. « La médecine génétique prédictive ne révèle qu'une prédisposition à une pathologie, la considérer comme une certitude c'est ignorer l'influence de l'environnement, de la diététique, de la culture qui ont permis à l'être humain de tripler la durée de sa vie par l'amélioration de son espace, de son logement, de ses modes alimentaires, les progrès techniques, la qualité de la médecine de prévention avec quasi disparition des grandes épidémies, les qualités de la médecine curatrice et les progrès de la chirurgie réparatrice. »²⁴⁰⁴ Il convient de resituer le débat sur la médecine prédictive (1) et de mettre en avant l'intérêt de favoriser la connaissance du médecin du travail (2).

1. Le débat sur la médecine prédictive

390. Notion de médecine prédictive²⁴⁰⁵. Malgré toutes les précautions que l'on peut prendre, le risque zéro n'existe pas. L'évaluation d'un risque non réalisé n'est pas de même nature que celle d'un risque réalisé ne nécessitant alors qu'une simple constatation à visée évaluative. La démarche scientifique n'est pas la même, l'intérêt non plus mais pas moins essentiel. Entre souhait et réalisme d'une médecine préventive et fantasme d'une médecine prédictive, où doit-on raisonnablement positionner le curseur ? La question est légitime au regard de la responsabilité toujours plus grande de l'employeur d'une part, et du souhait toujours plus aigu de conserver une bonne santé le plus longtemps possible. La question ici peut être abordée sous le prisme du risque juridique pesant sur l'employeur. Le Conseil d'État, dans une décision du 9 octobre 2002²⁴⁰⁶, indique que « les médecins du travail disposent de plusieurs éléments d'ordre génétique²⁴⁰⁷, comportemental ou historique pour apprécier les risques particuliers que courent individuellement les salariés à être exposés à des cancérogènes, mutagène ou toxiques pour la reproduction ». Le Professeur Soulat²⁴⁰⁸ a

²⁴⁰³ Georges TCHOBROUTSKY - Les limites de la médecine L'Harmatan, 2006

²⁴⁰⁴ CNOM, Rapport, L'information du patient, son importance, ses conséquences, droits et devoirs de chacun, Rapporteur Dr Bernard Decanter, 8 septembre 2012, p. 44.

²⁴⁰⁵ A. Boué, Qu'est-ce que la médecine prédictive ?, in Les lois bioéthiques à l'épreuve des faits, *op. cit.* p. 165 et I. Vacarie, Examens génétiques et médecine prédictive, *RDSS* 1993.429.

²⁴⁰⁶ Conseil d'Etat, 9 oct. 2002, n° 231869.

²⁴⁰⁷ C. Girault, Génétique et emploi, *Dr. ouvr.* 2011, n° 750, pp. 22-27.

²⁴⁰⁸ Professeur Jean-Marc SOULAT, Président du collège des enseignants hospitalo-universitaires de médecine du travail.

vivement critiqué cette position du Conseil d'État en indiquant que « cet avis révèle une méconnaissance totale de la notion médicale de fragilité et plus généralement du fondement de la pratique médicale, le médecin ne disposant en général sur une consultation d'aucun des trois éléments cités par le Conseil d'État ». De plus, le Professeur Soulat renchérit en indiquant que « ces notions sont inutilisables : la fragilité génétique ne peut être utilisée pour écarter un salarié²⁴⁰⁹. Ce n'est ni scientifiquement, ni déontologiquement, ni éthiquement défendable. Les troubles comportementaux ne sont pas nécessairement de nature médicale... » En outre, « l'histoire des événements de santé du patient est un élément important justement parce qu'il s'agit d'une histoire en perpétuelle évolution, ce qui rend difficile une prise de décision définitive dans la plupart des cas. » Par conséquent, une médecine qui mettrait tout en œuvre pour tout prévenir ne serait pour autant pas couronnée de succès dans sa quête anticipatrice. « Enfin, le terme de fragilité est flou : écarter une personne fragile n'a pas de sens, ce d'autant que la loi favorise au contraire l'insertion professionnelle de la fragilité défini en terme d'handicap. Prendre en compte la fragilité, c'est d'abord jouer sur l'aménagement et les conditions de travail et non sur l'aptitude à l'emploi »²⁴¹⁰. En effet, la vulnérabilité d'un travailleur n'est pas forcément de nature à l'écarter de l'emploi, et fort heureusement. Le travail peut participer aussi de la construction, voire de la reconstruction de l'individu. Si l'évaluation des risques est une étape essentielle d'un point de vue médical, il faut accepter que tout ne soit pas décelé au cours de cette étape. Le but est de mettre en œuvre les actions de prévention les plus adaptées et non d'écarter de l'emploi quelconque travailleur dans le cadre de cette évaluation. D'un point de vue juridique, les enjeux relatifs à la question de l'évaluation des risques sont tout aussi essentiels.

2. Favoriser la connaissance du médecin du travail

391. Un intérêt à sécuriser. Plus le médecin dispose d'informations, plus il sera à même d'anticiper la réalisation des risques. Investir le terrain pour aiguiser sa connaissance du travail réel est indispensable pour permettre une action efficace du médecin du travail. Pour ce faire, ce dernier dispose de deux ressources importantes : une équipe

²⁴⁰⁹ C. Daburon, Médecine prédictive : les dangers d'un nouveau pouvoir, *RDSS* 2001. 453.

²⁴¹⁰ M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, Rapport du groupe de travail « *Aptitude et médecine du travail* », mai 2015, p. 16, Contribution du Professeur Soulat.

pluridisciplinaire qu'il anime et coordonne²⁴¹¹ et la possibilité de recourir à des examens complémentaires²⁴¹². Les moyens existent donc, malgré la pénurie de médecins du travail. Il convient simplement d'organiser effectivement les tâches. Le médecin du travail dispose de l'autorité nécessaire et du moyen que lui confère la pratique des protocoles²⁴¹³. Pour prévenir toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, le médecin du travail va pratiquer divers examens médicaux. Les uns, dits « principaux »²⁴¹⁴, comprennent notamment les visites médicales d'embauche et les visites périodiques et enfin les visites de reprise du travail. Les autres, dits « complémentaires », sont prescrits par le médecin du travail quand ils sont nécessaires « à la détermination de la compatibilité entre le poste de travail et l'état de santé du travailleur, notamment au dépistage des affections pouvant entraîner une contre-indication à ce poste de travail, au dépistage d'une maladie professionnelle ou à caractère professionnel susceptible de résulter de l'activité professionnelle du travailleur, ou au dépistage des maladies dangereuses pour l'entourage professionnel du travailleur »²⁴¹⁵. Les tests génétiques pourraient rentrer dans cette dernière catégorie. Pour autant, ni l'employeur, ni le médecin du travail ne pourrait imposer ce type d'examen, ni même, dans l'hypothèse où le travailleur y consentirait, l'utiliser contre lui. C'est à plus forte raison le cas pour la réalisation des tests génétiques, qui passe par un prélèvement d'un produit ou d'un élément du corps humain, ce qui implique une atteinte à l'intégrité physique de la personne. Dès lors, le consentement de la personne devrait être expressément recueilli, préalablement à la réalisation de l'étude. Pour les postes présentant des risques particuliers pour les tiers, si le recours à ce type d'examen est justifié, nécessaire à un impératif de protection et proportionné au but recherché, alors il est légitime. Les juges ont en effet estimé que des restrictions pouvaient être apportées au droit au respect de la vie privée qui constitue un droit fondamental protégé par l'ordre juridique communautaire, à condition que celles-ci répondent effectivement à des objectifs d'intérêt général et qu'elles ne constituent pas, au regard du but poursuivi, une intervention démesurée et intolérable qui porterait atteinte à la substance même du droit protégé²⁴¹⁶. Ce sujet nécessite une grande prudence car un glissement de la prévention vers la recherche d'un profil génétique entraînant l'apparition de pratiques d'exclusion²⁴¹⁷ est

²⁴¹¹ C. trav., art. L. 4622-8 et R. 4623-1, 2°.

²⁴¹² C. trav., art. R. 4624-35.

²⁴¹³ C. trav., art. L. 4624-1, al. 3.

²⁴¹⁴ C. trav., art. L. 4624-1 et L. 4624-2.

²⁴¹⁵ C. trav., art. R. 4624-35.

²⁴¹⁶ CJCE 5 oct. 1994, *X c/ Commission*, aff. C-404/92 P, Rec. p. 4737.

²⁴¹⁷ Selon A. Kahn, « la génétique est la science qui dit la différence avec l'autre, qui distingue les individus. Elle a une tendance naturelle à être appropriée par les idéologies de l'exclusion », *Libération*, 7 mai 1997.

toujours possible, de nature à mettre en cause les droits fondamentaux. Par conséquent, un encadrement juridique strict doit permettre une sécurisation satisfaisante empêchant la menace d'un eugénisme social.

Paragraphe 2. Une étape obligatoire et déterminante

392. L'employeur, compte tenu de la nature des activités de l'établissement, évalue les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs²⁴¹⁸, doit mettre en œuvre les actions de prévention ainsi que les méthodes de travail et de production garantissant un meilleur niveau de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs²⁴¹⁹. Il confie à ces derniers des tâches prenant en considération leurs capacités à mettre en œuvre les précautions nécessaires pour leur santé et sécurité²⁴²⁰. Etape juridique déterminante rendue obligatoire par la loi du 31 décembre 1991²⁴²¹, l'évaluation des risques professionnels (**A**) est un travail collectif supposant la mobilisation des acteurs clés (**B**).

A. La contribution du médecin du travail à l'évaluation

393. L'évaluation des risques professionnels²⁴²² suppose la prise en compte des conditions réelles de travail (1). Se donner les moyens pour aboutir à une évaluation des risques tendant à l'exhaustivité est indispensable. Autant il est possible de chiffrer une concentration chimique d'un produit dangereux, autant il n'est pas toujours possible de donner une valeur chiffrée à un risque. En revanche, il est possible d'opérer une hiérarchisation des risques les uns par rapport aux autres en tenant compte de critères préalablement définis, et de mettre en œuvre, par comparaison, une classification de ces risques. La mobilisation du médecin du travail est ici essentielle. Le document unique d'évaluation des risques professionnels et la fiche d'entreprise devraient, sinon être

²⁴¹⁸ C. trav., art. L. 4121-3, al. 1.

²⁴¹⁹ C. trav., art. L. 4121-3, al. 2.

²⁴²⁰ C. trav., art. L. 4121-4.

²⁴²¹ Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991, applicable depuis le 31 décembre 1992, transposant la directive-cadre européenne 89/391 du 12 juin 1989 ; Seillan, Commentaire de la loi du 31 déc. 1991, ALD 1993. 1.

fusionnés²⁴²³, du moins être rapprochés (2) pour s'enrichir mutuellement et faire l'objet d'une utilisation commune.

1. L'évaluation par la prise en compte des conditions réelles de travail

394. Dépassement des conditions physiques de travail. La prise en compte de la réalité des conditions de travail trouve écho dans la formulation de l'article L. 4121-1, *in fine*, du Code du travail qui prévoit que « l'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes. » De plus, à l'article L. 4121-2 du Code, les expressions de « risques à la source », d' « adapter le travail à l'homme », de « remplacer ce qui est dangereux », d' « organisation du travail », de « relations sociales », de « l'influence des facteurs ambiants » font directement référence aux conditions de travail²⁴²⁴. Dans l'arrêt SNECMA du 5 mars 2008²⁴²⁵, la Chambre sociale de la Cour de cassation fait état du rapport entre les conditions de travail, la santé des travailleurs, le pouvoir de direction et l'obligation de sécurité de l'employeur. La notion de « conditions de travail », introduite sur le plan législatif et conventionnel par la loi du 27 décembre 1973 relative à l'amélioration des conditions de travail, est difficile à circonscrire²⁴²⁶. La prise en compte des seules conditions matérielles d'exécution de la prestation de travail est insuffisante. Après une forme de focalisation sur la dimension physique des conditions de travail, on assiste à une évolution vers le champ de la santé mentale²⁴²⁷. L'enquête CT-RPS 2016²⁴²⁸ retient neuf indicateurs synthétiques répartis entre les facteurs négatifs – les « *expositions* » - et les facteurs positifs – les « *ressources* ». Pour les premières, on dénombre la pénibilité physique, les contraintes d'organisation du

²⁴²² Évaluation des risques professionnels. Aide au repérage des risques dans les PME-PMI, brochure INRS, ED 840, 2011.

²⁴²³ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, Recommandation n° 13 : Simplifier l'évaluation des risques dans les entreprises pour la rendre opérationnelle : rendre obligatoire un seul document pour toutes les entreprises : le plan de prévention des risques qui intégrera les éléments d'évaluation des risques se substituant ainsi au document unique d'évaluation des risques (DUER).

²⁴²⁴ P.-Y. Verkindt, « Un nouveau droit des conditions de travail », *Dr. soc.*, 2008, p. 634.

²⁴²⁵ Cass. soc., 5 mars 2008, n° 06-45.888, *Sem. soc. Lamy* 2008, n° 1346, p. 9 et le rapport de M. le conseiller Bailly (*ibid.*, p. 7).

²⁴²⁶ J. Le Goff, « Du silence à la parole », Nouv. édit, PU Rennes 2004, p. 389 qui distingue les « conditions de travail » des « conditions du travail », expression « désignant le cadre juridique général d'exercice des tâches ».

²⁴²⁷ Travail et bien-être psychologique unis pour le meilleur et pour le pire, *SSL*, avril 2018, n° 1811, pp. 6-7.

²⁴²⁸ T. Coutrot, Travail et bien-être psychologique, L'apport de l'enquête CT-RPS 2016, *Dares*, n° 217, mars 2018.

temps de travail, l'intensité du travail, les conflits éthiques, la demande émotionnelle et l'insécurité de la situation de travail. Pour les secondes, on peut citer l'autonomie, le soutien social et la reconnaissance.

395. Complexification de l'appréhension des conditions réelles de travail. Souvent du domaine du ressenti, de la perception individuelle, les conditions de travail, par leur dimension plurifactorielle, sont difficiles à objectiver. Par conséquent, le Professeur Pierre-Yves Verkindt propose d'entendre par conditions de travail « les contraintes physiques, chimiques, biologiques liées au poste de travail et les conditions d'hygiène et de sécurité [directement influencées] par l'organisation du travail qui comprend : la division des tâches c'est-à-dire la prescription des gestes, des postures, de leur enchaînement ; la décision des hommes c'est-à-dire la hiérarchie, le commandement, les modes de communication, les rapports de subordination qui aboutissent à la délimitation des relations des hommes entre eux »²⁴²⁹. L'élargissement considérable du concept²⁴³⁰, qui explique en partie son dynamisme, irradie tous les champs et tous les domaines du droit du travail. La montée en puissance du CHSCT²⁴³¹ et les attentes contrariées nées de la création du CSE²⁴³² sont la démonstration que la protection de la santé physique et mentale²⁴³³ du travailleur est devenue en quelques années un objectif majeur. Les conditions de travail dans leur triple aspect matériel, psychologique et relationnel rendent compte de ces deux versants du travail entendu comme émanation de la personne humaine et comme mode d'insertion dans la société par la production de richesses qu'il induit. Il est donc question ici de la protection de la personne humaine dans sa globalité. C'est la raison pour laquelle le rôle du médecin du travail est essentiel dans une logique de système de santé. Le lien de confiance avec le médecin du travail est d'autant plus nécessaire

²⁴²⁹ Ch. Dejours, E. Abdouchelli, « Itinéraire théorique en psychopathologie du travail », *Prévenir* n° 20, 1990, p. 127 ; Ch. Dejours, « Souffrance en France », Seuil Poche 2006 ; Ch. Dejours et a., « Conjurer la violence : travail, violence et santé », Paris, Payot, 2007.

²⁴³⁰ G. Spyropoulos, « Conditions de travail : élargissement du concept et problématique juridique », *Dr. soc.* 1990, p. 851 ; v. aussi, B. Krynen, « Le droit des conditions de travail : droit des travailleurs à la santé et à la sécurité ? », *Dr. soc.* 1980, p. 523.

²⁴³¹ P.-Y. Verkindt, « Les instances de représentation du personnel en matière de sécurité », *Dr. soc.* 2007, p. 697. P.-Y. Verkindt, « Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Quelques développements jurisprudentiels récents », *Dr. soc.* 2007, p. 1253 ; B. Teyssié, « Le CHSCT (Organisation-Moyens-Missions) », *JCP S* 2007, 1439, 1440, 1441.

²⁴³² B. Teyssié, Santé et sécurité dans le droit du comité social et économique, *JCP S*, janv. 2018, n° 1, pp. 17-25.

²⁴³³ E. Renault, « Souffrances sociales. Philosophie, psychologie et politique », La Découverte, 2007 ; P. Molinier, « Les enjeux psychiques du travail », Payot, 2006 ; Ch. Dejours, « Le facteur humain », Paris, PUF, 1^{ère} édit., 1995 (1999), « Travail, usure mentale », Bayard 2000, « Souffrance en France », Seuil 1998, B. Haubold, « Santé mentale au travail : prévenir ou guérir ? », RH et M., janvier 2008, p. 33 ; Pour une approche juridique, v. M. Badel, « Souffrance au travail et risque professionnel », *RDSS* 2006 ; I. Moine-Dupuis, « Quelques réflexions sur la "souffrance" et son sens juridique », *RG Droit médical*, 2000, n° 4.

que l'analyse des conditions de travail tend à davantage considérer le facteur humain qui, pour être mesuré, nécessite l'établissement d'un certain rapport de confiance propice à la confiance. De plus, la question de la santé au travail franchit les frontières de l'entreprise. En effet, elle est devenue une composante de la santé publique comme le laisse clairement apparaître le plan santé travail²⁴³⁴. Les liens étroits entre l'obligation de sécurité, l'organisation du travail et les conditions de travail²⁴³⁵ induisent aisément la logique selon laquelle « le pouvoir de direction du chef d'entreprise reste, si puissant soit-il, subordonné à la loi qui impose l'obligation d'assurer la protection de la santé et de la sécurité des salariés, assurer entre autres par le médecin du travail »²⁴³⁶. C'est la dimension de santé publique de l'activité du médecin du travail dont il faut tirer toutes les conséquences qui autorise le fait qu'un rapport de pur droit privé puisse ainsi être soumis à la norme étatique et engendrer l'intervention des médecins du travail, acteurs externes en service interentreprises, pour assurer que les conditions de travail n'altèrent pas la santé des salariés²⁴³⁷. Ainsi, les conditions de travail, parce qu'elles constituent l'élément central d'une politique de prévention, nécessitent l'investigation accrue des médecins du travail dans ce domaine avec des moyens d'actions accrus. Des études mettent en lumière cette nouvelle dimension de l'appréhension des conditions de travail²⁴³⁸. Pour un peu plus du tiers des actifs en emploi, le travail favorise le développement des capacités et du bien-être. Un actif sur dix environ se trouve dans une situation de travail délétère pour son bien-être psychologique, avec un cumul d'expositions de tous ordres, physiques, organisationnelles et psychosociales.

²⁴³⁴ Sur le plan Santé au travail, v. *Sem. soc. Lamy*, « La santé au travail », numéro spécial, octobre 2005. L. Lerouge, « La reconnaissance d'un droit à la protection de la santé mentale au travail », Paris, LGDJ 2005.

²⁴³⁵ P.-Y. Verkindt, « Un nouveau droit des conditions de travail », *Dr. soc.*, 2008, p. 634.

²⁴³⁶ P.-Y. Verkindt, « Un nouveau droit des conditions de travail », *Dr. soc.*, 2008, p. 634.

²⁴³⁷ P.-Y. Verkindt, « Un nouveau droit des conditions de travail », *Dr. soc.*, 2008, p. 634.

²⁴³⁸ T. Coutrot, Travail et bien-être psychologique, L'apport de l'enquête CT-RPS 2016, Dares, n° 217, mars 2018. Le travail pionnier de Christian Baudelot et Michel Gollac (1997) à partir de l'enquête « Travail et mode de vie » de 1997. C'est surtout au cours des quinze dernières années que la recherche en psychologie du travail a prêté attention à la question du bien-être, avec l'essor de la « psychologie positive » et de l'étude du « comportement organisationnel positif » (Bakker & Schaufel, 2008 ; Cameron & Spreitzer, 2011) ou de la « satisfaction au travail » (Clark, 2015). Voir aussi : Bahu M., Coutrot T., Herbet J.-B., Mermilliod C., Rouxel C. (2010), « Parcours professionnels et état de santé », Premières synthèses, Dares, n° 001 ; C. Baudelot, M. Gollac (1997), « Faut-il travailler pour être heureux ? », Insee Premières n° 560 – décembre. ; M. Beque (2014), « Les risques psychosociaux au travail : un panorama d'après l'enquête SIP 2010 », Dares Analyses, n° 31, avril ; Y. Clot (2010), Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux, La Découverte ; T. Coutrot (2017), « Insécurité du travail, changements organisationnels et participation des salariés : quel impact sur le risque dépressif ? », Document d'études Dares n° 214, septembre ; E. Davie (2015), « Méthode de construction d'indicateurs synthétiques de conditions de travail et de risques psychosociaux », Note DES 15/076, DGAFP, novembre ; M. Gollac (2011), Mesurer les facteurs psychosociaux de risque pour mieux les maîtriser. Rapport du collégé d'expertise pour le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, ministère du Travail.

396. Qualité de vie au travail. Suite à la montée des pathologies professionnelles et des risques psychosociaux, et pour mettre en lumière les potentialités positives du travail pour la santé, organisations patronales et syndicales se mobilisent depuis plusieurs années sur le thème de la « qualité de vie au travail »²⁴³⁹ qui est définie comme « un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l’ambiance, la culture de l’entreprise, l’intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d’implication, le degré d’autonomie et de responsabilisation, l’égalité, un droit à l’erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué »²⁴⁴⁰. Sans entrer dans la technique, il est relevé que « la littérature sur le bien-être prend le contrepied de l’approche épidémiologique classique, centrée sur l’étude étiologique des pathologies »²⁴⁴¹. « L’approche en termes de « situations de travail »²⁴⁴² ou de « situations-problèmes »²⁴⁴³ part du constat selon lequel les salariés ne sont pas confrontés à des « risques » isolés les uns des autres mais à des combinaisons de contraintes et de ressources spécifiques, combinaisons qui déterminent leur capacité à protéger et construire leur santé dans le cadre de leur travail. »²⁴⁴⁴ Une exigence accrue d’analyse des conditions de travail suppose d’avoir une connaissance plus aboutie du travail réel.

2. L’évaluation à travers un document véritablement unique

397. Le rapprochement du DUERP et de la fiche d’entreprise. Issu du décret du 5 novembre 2001²⁴⁴⁵, le document unique est le document dans lequel les employeurs doivent transcrire et mettre à jour les résultats de l’évaluation des risques professionnels identifiés dans chaque unité de travail de leur entreprise. Créée par le décret du 30 janvier 2012²⁴⁴⁶, la fiche d’entreprise, sur laquelle sont notamment consignés les risques professionnels et les effectifs de salariés exposés à ces risques, est établie et mise à jour par le médecin du

²⁴³⁹ Notamment avec l’accord national interprofessionnel de juin 2013 et le Plan santé au travail n° 3 (2016-2020).

²⁴⁴⁰ Accord de juin 2013 sur la qualité de vie au travail.

²⁴⁴¹ T. Coutrot, Travail et bien-être psychologique, L’apport de l’enquête CT-RPS 2016, Dares, n° 217, mars 2018.

²⁴⁴² Waltisperger, 2009 ; Beque, 2011 ; Holman, 2012 ; Parent-Thirion, 2017.

²⁴⁴³ « Prévenir les risques psychosociaux : la méthode Anact » : www.anact.fr/prevenir-les-risques-psychosociaux-la-methode-anact

²⁴⁴⁴ T. Coutrot, Travail et bien-être psychologique, L’apport de l’enquête CT-RPS 2016, Dares, n° 217, mars 2018.

²⁴⁴⁵ D. n° 2001-1016, 5 nov. 2001 ; Circ. DRT n° 6, 18 avr. 2002.

²⁴⁴⁶ Décret n° 2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l’organisation et au fonctionnement des services de santé au travail.

travail²⁴⁴⁷. D'un point de vue médical, ce document ne vient pas remplacer le dossier médical en santé au travail ni même la fiche d'entreprise. La réalisation du DUERP est de la responsabilité de l'employeur, lequel n'est d'ailleurs pas tenu de solliciter le médecin pour le réaliser. Ceci étant, le concours du médecin du travail peut être utile au regard de l'expertise qui est la sienne, qu'il s'agisse du monde du travail et des risques que ce dernier est susceptible de faire courir aux salariés, mais également au regard de la connaissance qu'il a des situations individuelles de santé des salariés. Il est par conséquent très à même de contribuer à porter un diagnostic des postes de travail, mais également il est compétent pour travailler à la mise en œuvre de palliatifs au vu des carences constatées. Ces deux outils au service de la santé et de la sécurité des travailleurs, émanant respectivement de l'employeur et du médecin du travail, connaissent des existences autonomes. Or, leur interconnexion est fondamentale, dans une démarche dialectique. La multiplication des outils n'a jamais été un gage d'efficience. Au contraire, travailler à leur complémentarité s'inscrirait au service de la Santé au travail. Dans un autre registre, le compte personnel d'activité participe de cette logique en rapprochant compte personnel de formation, compte professionnel de prévention et compte d'engagement citoyen²⁴⁴⁸. Les finalités de consultation, de partage des données, d'analyse et d'évaluation²⁴⁴⁹ sont particulièrement intéressantes. Appliquées au document unique, ces finalités supposent l'intervention du médecin du travail et, par lui, celle du service de santé au travail, dans sa dimension pluridisciplinaire. De plus, ce rapprochement des documents clés que sont le DUERP et la fiche d'entreprise a vocation à favoriser les échanges et la collaboration entre employeur et médecin, surtout dans les petites et moyennes entreprises dans lesquelles les ressources manquent. La fiche d'entreprise doit normalement servir à enrichir la création du DUERP. Elle décrit l'ensemble des risques professionnels de l'entreprise. La fiche d'entreprise doit énoncer les risques et elle doit effectuer des préconisations²⁴⁵⁰. Dans le DUERP, on identifie le risque et les corrections à prévoir. Le point de rencontre est ici. Un document vraiment unique permettrait une collecte unitaire des données. D'un point de vue formel, et pour permettre une exploitation optimale de cet outil, il conviendrait de l'encadrer et de mettre à disposition des acteurs un document facile à renseigner et à exploiter, favorisant ainsi les remontées d'informations à l'Institut national de veille sanitaire (InVS) notamment, afin de constituer une base de données des risques

²⁴⁴⁷ C. trav., art. R. 4624-46.

²⁴⁴⁸ C. trav., art. R. 5151-1 et s.

²⁴⁴⁹ C. trav., art. R. 5151-3.

²⁴⁵⁰ Les services de santé au travail interentreprises, un réseau dédié à la prévention, 10 engagements pour la santé au travail, Présanse, juin 2018, pp. 12-13.

professionnels. Ce document pourrait prévoir des catégories en fonction des branches d'activité mais il doit faciliter l'évaluation, le suivi et la prévention des risques professionnels. Dans ce sens, le Rapport Lecocq d'août 2018 préconise de supprimer la fiche d'entreprise et de rendre obligatoire un seul document pour toutes les entreprises : le plan de prévention des risques intégrant les éléments d'évaluation des risques²⁴⁵¹.

B. La collaboration de l'entreprise et du médecin du travail pour une évaluation efficace

398. Ce travail nécessite une démarche collective, mobilisant toutes les ressources utiles dans une approche pluridisciplinaire réunissant des compétences d'ordre médical, technique et organisationnel. L'identification des dangers, notamment, repose sur les informations fournies par ceux qui vivent à proximité de ces dangers. L'employeur pourra s'appuyer sur l'analyse des risques professionnels du CSE²⁴⁵², sur les documents qu'il élabore lui-même²⁴⁵³, la fiche d'entreprise élaborée par le médecin du travail²⁴⁵⁴, les fiches de sécurité concernant les produits dangereux utilisés dans l'établissement²⁴⁵⁵. Les risques créés par les dangers identifiés seront appréciés en fonction de la probabilité d'occurrence, de leur fréquence envisageable, de leur gravité possible, du nombre de personnes exposées, de la durée et des

²⁴⁵¹ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, recommandation n° 13 : simplifier l'évaluation des risques dans les entreprises pour la rendre opérationnelle.

²⁴⁵² C. trav., art. L. 2312-9.

²⁴⁵³ La liste des postes de travail présentant des risques particuliers (C. trav., art. L. 4154-2), la notice d'information au poste de travail pour les travailleurs exposés à des substances ou des préparations chimiques dangereuses (C. trav., art. R. 4412-39), la notice informant les salariés exposés aux rayonnements ionisants des dangers et des mesures de protection les concernant (C. trav., art. R. 4453-9), la consigne de sécurité à l'intention des travailleurs exposés à des agents biologiques présentant un risque pour leur santé ou leur sécurité (C. trav., art. R. 4425-4), la liste des salariés bénéficiant d'une surveillance médicale particulière (C. trav., art. R. 4626-27), la déclaration à la CPAM et à l'inspection du travail de l'utilisation de procédés de travail susceptibles de provoquer des maladies professionnelles (CSS, art. L. 461-4), les plans de prévention (entreprises extérieures, retrait de l'amiante...), le mesurage du bruit dans les entreprises concernées (C. trav., art. R. 4433-1).

²⁴⁵⁴ C. trav., art. D. 4624-37.

²⁴⁵⁵ C. trav., art. R. 4411-73.

circonstances de l'exposition. La complémentarité des rôles de l'employeur (1) et du médecin du travail (2) est évidente.

1. Obligation d'agir de l'employeur

399. Obligation de prévention. L'employeur est tenu depuis la fin du 19^{ème} siècle d'une obligation de sécurité. Elle repose sur une conception institutionnelle de l'entreprise. L'employeur, en tant que chef d'entreprise, a une obligation générale de sécurité qui dépasse le strict contrat de travail²⁴⁵⁶. Selon l'article L. 4121-3 du Code du travail, « l'employeur, compte tenu de la nature des activités de l'établissement, évalue les risques pour la santé et sécurité des travailleurs ». Sont soumis à cette procédure « les procédés de fabrication, les équipements de travail, les substances ou préparations chimiques, l'aménagement ou le réaménagement des lieux de travail ou des installations, ainsi que la définition des postes de travail ». De cette évaluation des risques opérée sur le terrain, au plus proche des réalités²⁴⁵⁷ vécues par les travailleurs, naît le document unique qui servira ensuite de fondement à la politique de prévention des risques. La circulaire du 18 avril 2002 précise que la notion d'« inventaire » conduit à définir l'évaluation des risques en deux étapes : l'identification des dangers et l'analyse des risques. De plus, elle rappelle que la démarche de prévention est un processus dynamique, qui peut se dérouler en 5 grandes étapes : préparer la démarche, notamment en sollicitant les ressources internes (CHSCT, CSE s'il existe, médecin du travail...) et externes (CRAM, MSA, OPPBTP, ANACT...); évaluer les risques; élaborer un programme d'action; mettre en œuvre les actions; réévaluer les risques suite aux actions réalisées. Pour satisfaire aux nombreuses dispositions juridiques en la matière, l'employeur peut se sentir isolé. Il lui appartient de s'entourer judicieusement afin de remplir au mieux cette obligation. C'est notamment sur ce point que l'action de l'employeur apparaîtra comme pertinente et volontariste, ou non. Le Code précise que l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des salariés²⁴⁵⁸. Ces mesures comprennent notamment la mise en place d'une organisation et de moyens

²⁴⁵⁶ C. Radé, S. Fantoni-Quinton, La disputatio : secret, mensonges, conséquences pour le salarié au regard de son obligation de sécurité et de loyauté, Colloque Lille, Entre secret et mensonge, face aux obligations de prévention et de sécurité au travail, Regards croisés franco-québécois, 3-4 nov. 2016.

²⁴⁵⁷ La circulaire DRT n° 6 du 18 avril 2002 retient la notion de « travail réel ». Cette approche est confirmée par la Cour de cassation (Cass. soc., 20 nov. 2013, n° 12-17.240).

²⁴⁵⁸ C. trav. L. 4121-1.

adaptés²⁴⁵⁹. Outre le fait que le Code du travail désigne le médecin du travail comme le conseiller de l'employeur²⁴⁶⁰, notamment sur l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise²⁴⁶¹, il n'est pas prévu de saisine ou de consultation automatique de ce dernier en matière d'hygiène, de santé et de sécurité au travail. Le mérite d'un principe général de cette nature permettrait de prendre acte de la place essentielle du médecin du travail en la matière et d'en tirer toutes les conséquences. En pratique, le recours aux professionnels reste trop rare. Dorénavant, le DUERP doit s'inscrire dans un standard répondant à un formalisme permettant une utilisation par extraction de données, que ce soit pour réaliser des statistiques par branche d'activité ou pour permettre des démarches médicales de santé publique. Il faut concevoir tous les outils utilisés en santé-sécurité au travail comme étant au service de la prévention des travailleurs, pour éviter l'altération de leur santé du fait de leur travail, mais également participant d'une démarche cohérente et globale de santé publique. Ainsi, le DUERP doit répondre à trois exigences de forme : la cohérence, en regroupant toutes les données issues de l'évaluation sur un document unique intelligible et exploitable, qui doit ainsi être déconnecté de toute logique juridico-administrative au profit d'une logique médicale et préventive permettant d'améliorer le niveau de sécurité de l'unité de travail ; la commodité, pour faciliter le suivi de la démarche ; et la traçabilité. C'est à l'employeur qu'il revient de collecter les informations relatives aux risques présents dans son entreprise et dont il communique les résultats des contrôles au médecin du travail et au CSE ou, à défaut, aux délégués du personnel qu'il tient également à la disposition de l'inspecteur du travail, du médecin inspecteur régional ainsi que des agents des services de prévention des organismes de Sécurité sociale compétents²⁴⁶². Il est assez paradoxal que l'employeur soit à la fois à l'origine du risque par l'activité de son entreprise et seul détenteur des informations relatives à ce risque. En présence d'un CSE, le contrôle social peut s'exercer²⁴⁶³. En revanche, en son absence, les initiatives de l'employeur ne sont pas contrôlées par les salariés. Or, le tissu économique est tel que les TPE et les PME constituent l'essentiel des entreprises françaises. L'analyse des risques professionnels reste donc à la discrétion de l'employeur. Reste alors le médecin du travail, mais le nombre conséquent de ces entreprises mis en corrélation avec la pénurie des médecins du travail a pour conséquence des démarches au service de la préservation de la santé plus que minimalistes.

²⁴⁵⁹ C. trav. L. 4121-1 3°.

²⁴⁶⁰ C. trav. R. 4623-1.

²⁴⁶¹ C. trav. R. 4623-1 1°.

²⁴⁶² C. trav., art. R. 4412-102.

²⁴⁶³ C. trav, art.. L. 4612-1 et s.

400. Assouplissement de la législation vis-à-vis des TPE. L'article 53 de la loi de simplification du droit du 22 mars 2012, ajoutant un alinéa à l'article L. 4121-3 du Code du travail, prévoit en effet que la mise à jour du document unique (normalement annuelle) peut être moins fréquente dans les entreprises de moins de onze salariés, sous réserve que soit garanti un niveau équivalent de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs²⁴⁶⁴. Cette disposition est prise afin d'alléger les contraintes des TPE, pour lesquelles l'obligation d'actualiser chaque année le document d'évaluation des risques à une fréquence annuelle peut constituer une obligation pesante. On peut néanmoins se demander si cette mesure est bien en faveur d'une bonne évaluation des risques présents dans l'entreprise.

2. L'obligation d'appréciation du médecin du travail

401. Historique. Le risque professionnel a vu le jour avec la loi du 9 avril 1898 « concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail »²⁴⁶⁵ et qui correspond à une évolution décisive du droit de la responsabilité civile ainsi qu'à la construction du droit de la sécurité sociale²⁴⁶⁶. Contrairement à ce qui résultait de l'application des règles du droit commun de la responsabilité de l'application des règles du droit commun de la responsabilité civile aux accidents industriels, la naissance de ce droit à indemnisation n'est pas subordonnée au fait que le préjudice soit causé par la faute d'autrui, en l'occurrence de l'employeur. Cependant, l'objet de ce droit concerne strictement la réparation du préjudice patrimonial subi par la victime ou ses ayants droits. En présence d'un préjudice dû à la faute inexcusable²⁴⁶⁷ de l'employeur, le salarié a droit à une indemnisation complémentaire. En revanche, le salarié voit ses indemnités réduites voire supprimées si le préjudice est dû à sa propre faute inexcusable ou intentionnelle²⁴⁶⁸. Pour préserver l'équilibre de ce système, le législateur interdit à un salarié qui serait victime d'un accident du travail d'exercer une action en réparation de droit commun contre leur employeur²⁴⁶⁹. L'un des

²⁴⁶⁴ C. trav., art. L. 4121-3.

²⁴⁶⁵ JO du 10, D. 1898, 4, p. 49.

²⁴⁶⁶ F. Ewald, ouvrage précité, p. 230 et s. Sur le droit de la responsabilité civile : P.-J. Hesse, « Les accidents du travail et l'idée de responsabilité civile au XIX^e siècle », Histoire des accidents du travail, Université de Nantes, 1979, n° 6 ; G. Viney, P. Jourdain, Les conditions de la responsabilité, Traité de droit civil sous la direction de J. Ghestin, LGDJ, 2^{ème} éd. 1998, n° 628 et 629. Sur le droit de la Sécurité sociale : J.6J. Dupeyroux, ouvrage précité, p. 19 et s., 619 ; J.-P. Chauchard, ouvrage précité, p. 20 et s.

²⁴⁶⁷ C. trav. art. L. 4131-4.

²⁴⁶⁸ Art. 20, al. 1 et 2 de la loi de 1898, art. L. 453-1 C. séc. soc.

²⁴⁶⁹ Art. 2 et 7 de la loi de 1898, art. L. 451-1 C. séc. soc. C. Radé, Droit du travail et responsabilité civile, LGDJ, 1997, n° 85.

principaux apports de la loi de 1898 est évidemment la mutualisation de la réparation des préjudices dus aux accidents du travail. En effet, l'obligation d'indemniser le salarié étant mise à la charge l'employeur²⁴⁷⁰, ce dernier pouvait dès lors se couvrir contre cette dette auprès de l'assureur de son choix²⁴⁷¹. La responsabilité de l'employeur pouvait donc être engagée en application d'une loi spéciale qui excluait tout recours au droit commun de la responsabilité. L'intérêt de cette loi était purement indemnitaire et n'était nullement animé d'une logique préventive²⁴⁷² ; sauf à considérer que la mise en cause des employeurs soit de nature à les responsabiliser et à faire en sorte de prévenir les risques professionnels. Cette espérance fut vaine dans la mesure où cette loi permettait aux employeurs de s'assurer contre ce risque juridique²⁴⁷³. La loi du 30 octobre 1946²⁴⁷⁴ a pour objet « la prévention (...) des accidents du travail et des maladies professionnelles »²⁴⁷⁵. Elle habilite les caisses d'assurance-maladie à prescrire aux employeurs de prendre certaines mesures de prévention²⁴⁷⁶ en association du médecin du travail par l'inspection médicale du travail, ainsi qu'à moduler le montant de la cotisation due par chaque employeur, pour responsabiliser davantage ce dernier, en fonction de la gravité des risques propres à ces établissements²⁴⁷⁷. « Le risque professionnel désigne à la fois le principe en vertu duquel les employeurs doivent garantir leurs salariés à leur frais exclusifs contre les accidents du travail et, dans un certain sens, l'accident du travail lui-même en tant qu'objet d'une opération d'assurance. »²⁴⁷⁸ Les textes poussent l'employeur à agir le plus activement possible, notamment en matière d'évaluation, en sollicitant le plus possible le médecin du travail ainsi que tout acteur compétent en santé-sécurité au travail.

402. L'imputation du risque professionnel. Le risque professionnel est d'abord un fait complexe consistant en une relation entre le travail d'une personne et l'atteinte, probable ou effective, à sa santé, c'est-à-dire un phénomène soumis aux lois de la causalité. Celui qui

²⁴⁷⁰ Art. 1^{er} de la loi de 1898.

²⁴⁷¹ Art. 16, al. 7 de la loi de 1898, mod. loi du 31 mars 1905 (JO du 2 avril, D. 1905, 4, 101).

²⁴⁷² P. Chaumette, « L'activation du lien réparation – prévention », Droit social 1990, numéro spécial « Améliorer la législation des accidents du travail », sp. p. 727.

²⁴⁷³ Y. Lambert-Faivre, Droit des assurances, op. cit. p. 456.

²⁴⁷⁴ Loi n° 46-2426 du 30 octobre 1946, JO du 31, D. 1946, légis. P. 441.

²⁴⁷⁵ L'intitulé exact de la loi numéro 46 – 2426 du 30 octobre 1946 est : loi « sur la prévention et la réparation des accidents travail et des maladies professionnelles ». Concernant l'approche préventive du risque social et les missions de prévention des organismes de sécurité sociale, v. Y. Saint-Jours, « La sécurité sociale et la prévention des risques sociaux », *Dr. soc.* 1994, p. 594 ; P.-Y. Verkindt, « Sécurité sociale et sécurité sanitaire : bref retour sur la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire », *RDSS* 1999, n° 1, p. 37 ; J.-P. Chauchard, art. précité.

²⁴⁷⁶ C. séc. soc., art. L. 422-1 et 4.

²⁴⁷⁷ C. séc. soc., art. L. 242-7 et 422-4.

²⁴⁷⁸ M. Babin, *Le risque professionnel*, thèse Droit, Nantes, p. 8.

emploie un ou plusieurs travailleurs doit prévenir la réalisation et, le cas échéant, supporter la charge des atteintes à la santé auxquelles ces travailleurs sont exposés. La reconnaissance d'une maladie professionnelle²⁴⁷⁹, comme celle d'un accident du travail²⁴⁸⁰, est importante car elle ouvre droit à une réparation intégrale du préjudice subi pendant l'arrêt de travail – indemnisation et gratuité des soins – et au-delà s'il y a des séquelles – capital ou rente d'incapacité. Le mécanisme juridique de l'imputabilité, permettant la qualification professionnelle de l'accident ou de la maladie survenus émane d'une constatation médicale. Il s'agit de la relation instituée par le droit entre un fait reconnu et un comportement prescrit à un sujet de droit. Les questions relatives à la nature du risque sont nombreuses. Ce risque est-il créé par l'activité de l'entreprise, par l'autorité exercée par l'employeur sur les travailleurs – risque-autorité –, par le profit tiré par l'employeur de l'activité – risque-profit –, etc. ?

403. Une information obligatoire. L'effectivité du concours du médecin du travail passe par la communication à ce dernier de toutes données utiles dans son champ de compétences, notamment les résultats d'évaluation, le cas échéant, des risques chimiques²⁴⁸¹, des niveaux de vibrations mécaniques²⁴⁸²... C'est le sens notamment de l'article R. 4624-4-1 qui prévoit que le médecin du travail est informé de la nature et de la composition des produits utilisés ainsi que de leurs modalités d'emploi ainsi que des résultats de toutes les mesures et analyse réalisés²⁴⁸³. De surcroît, la surveillance médicale renforcée repose sur le médecin du travail qui, pour mener à bien sa mission préventive, est notamment informé par l'employeur de toute absence, pour cause de maladie, des travailleurs de nuit²⁴⁸⁴.

404. Responsabilités. Sous la responsabilité de l'employeur, le médecin du travail veille à l'application du Code de la Santé publique sur les vaccinations obligatoires²⁴⁸⁵ et des déclarations d'exposition²⁴⁸⁶ avec des logiques de seuils²⁴⁸⁷. Il convient de s'interroger sur le sens à donner à cette responsabilité²⁴⁸⁸. Est-ce une précaution de pure forme ou cela traduit-il

²⁴⁷⁹ C. séc. soc., art. L. 461-1.

²⁴⁸⁰ C. séc. soc., art. L. 411-1.

²⁴⁸¹ C. trav. R. 4412-9.

²⁴⁸² C. trav. R. 4444-4

²⁴⁸³ C. trav. R. 4624-4-1 1° et 2°.

²⁴⁸⁴ C. trav. R. 3122-19.

²⁴⁸⁵ C. trav., R. 4626-25.

²⁴⁸⁶ C. trav., L. 4161-1.

²⁴⁸⁷ C. trav., D. 4161-2.

²⁴⁸⁸ « S'agissant des sanctions, la Cour de cassation a pris acte des réserves émises par le Conseil constitutionnel à propos du régime d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles (Cons. const., 18 juin 2010, n° 2010-8 QPC, préc.) puisque le salarié peut désormais demander, en cas de faute inexcusable de l'employeur, la réparation de l'ensemble de ses préjudices, pas seulement de ceux énumérés par le code de la sécurité sociale (livre IV ; Cass. civ., 2^{ème}, 30 juin 2011, n° 10-19.475, D. 2011. 1909). L'exposition à l'amiante est à nouveau l'objet d'une attention particulière, puisqu'elle pourrait justifier, outre l'indemnisation d'un

une réalité qui, si elle est établie, est de nature à constituer un risque permanent attaché à la condition d'employeur ? Ceci étant, ce dernier doit tenir compte de l'avis du médecin du travail sur nombre de sujets. C'est d'ailleurs au médecin du travail qu'il revient, « lorsqu'une altération de l'ouïe est susceptible de résulter d'une exposition au bruit sur le lieu de travail » de déterminer « la pertinence et la nature des examens éventuellement nécessaire pour les autres travailleurs ayant subi une exposition semblable »²⁴⁸⁹. L'employeur a une responsabilité de principe mais il peut exercer une action récursoire contre le médecin du travail lorsque ce dernier ne respecte pas ses propres obligations²⁴⁹⁰. Juge de la pertinence et de la nature des examens nécessaires²⁴⁹¹ dont l'employeur doit tenir compte de l'avis²⁴⁹², matérialisé par un écrit motivé et circonstancié²⁴⁹³, le médecin du travail est sans conteste un acteur-clé. « 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. »²⁴⁹⁴ En outre, le médecin du travail apprécie le lien entre l'altération constatée et l'exposition au bruit sur le lieu de travail²⁴⁹⁵, lui conférant ainsi un rôle d'analyse, en ce compris d'appréciation, d'évaluation et d'interprétation des résultats. Le médecin du travail est exclusivement compétent en matière de constatation d'inaptitude et de propositions de mesures individuelles pouvant être proposées aux femmes enceintes²⁴⁹⁶. L'employeur organise en liaison avec le médecin du travail notamment l'information et la formation concernant les risques potentiels pour la santé, y compris les risques additionnels dus à la consommation de tabac²⁴⁹⁷. Sur ce dernier point, on dépasse le strict cadre de la santé au travail en débordant sur des considérations de santé publique.

préjudice d'anxiété, admise depuis peu (Soc. 11 mai 2010, n° 09-42.241, D. 2010. 2048, note C. Bernard, 2011. 35, obs. O. Gout ; *RTD civ.* 2010. 564, obs. P. Jourdain), la réparation d'un préjudice distinct lié « au bouleversement des conditions d'existence » (Paris, pôle 6, ch. 8, 1er déc. 2011, n° 10/04605, *SSL* 2011, n° 1518). » (Droit du travail : relations individuelles de travail – Pascal Lokiec – Jérôme Porta – D. 2012. 901)

²⁴⁸⁹ C. trav., R. 4435-4.

²⁴⁹⁰ Si un licenciement pour inaptitude a été annulé en raison du défaut de précision de l'avis d'inaptitude rédigé par le médecin du travail, cette annulation peut lui être imputée (Cass. civ., 1^{ère}, 27 nov. 2013, n° 12-25.242).

²⁴⁹¹ C. trav., R. 4435-4.

²⁴⁹² C. trav., D. 4152-3.

²⁴⁹³ C. trav., L. 4624-3 I.

²⁴⁹⁴ C. trav., L. 4624-3 I.

²⁴⁹⁵ C. trav., R. 4435-3.

²⁴⁹⁶ C. trav., L. 1225-11.

²⁴⁹⁷ C. trav., R. 4412-87.

405. L'évaluation des risques professionnels suppose une attitude de veille jalonnée d'actes positifs. En effet, il faut non seulement analyser les risques identifiés mais également les postes et conditions de travail pour déceler d'éventuels nouveaux risques. C'est une attitude de veille que doit adopter l'employeur. Dans le cadre de l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels, l'employeur doit faire un état des lieux des postes de travail dans son entreprise et un inventaire des risques présents, avérés ou potentiels. Pour que cette évaluation soit pertinente, elle doit être menée de front avec toutes les compétences mobilisables, au premier rang desquelles celles du médecin du travail. En effet, la complexité des risques professionnels nécessite un conseil optimisé (**paragraphe 1**), mission légitime à revaloriser (**paragraphe 2**).

Paragraphe 1. Une mission compliquée par l'évolution des formes et conditions de travail

406. L'évaluation des pratiques professionnelles, pour une meilleure connaissance du milieu de travail, alimente le choix et l'orientation des actions sur l'environnement professionnel des travailleurs. La clinique médicale du travail est une clé d'analyse de la pertinence des actions de prévention et de l'amélioration globale de la santé au travail. Il est essentiel, en préalable, de considérer l'environnement dans lequel les salariés exercent leur activité professionnelle et les évolutions qui ont frappé le travail. En effet, concevoir la santé et la sécurité au travail sous le prisme du travail d'après-guerre qui a connu la mise en place de la médecine du travail, telle qu'elle demeure assez largement aujourd'hui, que ce soit dans ses principes, comme dans ses actions, n'a pas de sens pertinent. Les mutations du travail (**A**), nombreuses, ont donné lieu à une complexification des risques professionnels (**B**). La difficulté croissante d'appréhension du travail et de ses effets sur la santé nécessite de mettre en place les conditions pour une meilleure évaluation des risques, condition *sine qua non* pour relever le défi ambitieux de la prévention.

A. Les mutations du travail

407. Une évolution continue. Depuis la seconde guerre mondiale, le travail a connu des conditions d'exercice qui ont été considérablement bouleversées. Le travail salarié, industriel, posté et unique, d'antan, alors majoritaire, a laissé place à des formes plurielles d'emploi, souvent plus précaires. Si l'évolution des conditions de travail²⁴⁹⁸ a permis une amélioration globale au profit de la santé, on a, dans le même temps, assisté à une tendance à la baisse du

²⁴⁹⁸ Les services de santé au travail interentreprises, un réseau dédié à la prévention, 10 engagements pour la santé au travail, Présanse, juin 2018, p. 4.

nombre des accidents du travail²⁴⁹⁹ alors que celle des maladies professionnelles est relativement à l'équilibre²⁵⁰⁰. Le travail a connu des révolutions successives depuis 1945. D'une économie essentiellement basée sur l'agriculture, on est passé par une révolution industrielle avant d'observer la tertiarisation du travail. Les formes de travail ont connu des mutations profondes (1), des expositions nouvelles (2).

1. Des mutations profondes

408. Les nouveaux défis. Depuis l'introduction de la médecine du travail par la loi de 1942, confirmée par celle de 1946, l'économie s'est mondialisée, on a assisté à une mise en réseau des hommes et des organisations, à la mise en œuvre de solutions techniques innovantes pour obtenir des gains de productivité et des avantages concurrentiels. Les enjeux stratégiques ont poussé les entreprises à développer les techniques²⁵⁰¹ sans nécessairement mesurer les implications humaines et sociales de ces dernières et surtout les répercussions en matière de santé sur les travailleurs. L'activité professionnelle a ainsi été de plus en plus impactée par les nouvelles technologies²⁵⁰², lesquelles ont modifié les contours de l'activité salariée opérant des modifications de natures diverses, collectives, cognitives, organisationnelles qui ont abouti aux mutations actuelles du travail. « Induites par le développement du numérique²⁵⁰³, le vieillissement de la population, l'allongement des carrières, la multiplication des contrats courts, l'intensification du travail, l'explosion des troubles musculo-squelettiques et des risques psychosociaux »²⁵⁰⁴, ces dernières renvoient rarement à des avancées positives en droit du travail. En effet, non seulement les mutations technologiques sont une cause de licenciement économique²⁵⁰⁵ mais elles constituent

²⁴⁹⁹ 33,9 accidents du travail pour 1000 salariés en 2015 contre 120 en 1950. Baisse de 15,3 % des accidents du travail de 2001 à 2015 (737 499 en 2001 contre 624 525 en 2015). Conditions de travail, Bilans & rapports, Bilan 2015.

²⁵⁰⁰ 2010 : 50 688 ; 2011 : 55 057 ; 2012 : 54 015 ; 2013 : 51452 ; 2014 : 51 631 ; 2015 : 50 960 ; 2016 : 48 762 maladies professionnelles (Données CNAMTS).

²⁵⁰¹ M.-E. Bobillier-Chaumon, « Évolutions techniques et mutations du travail : émergence de nouveaux modèles d'activité », *Le travail humain*, vol. 66, no. 2, 2003, pp. 161-192.

²⁵⁰² S. Fantoni, Transformations technologiques et la santé des salarié, *SSL* – suppl. 17 oct. 2005, n° 1232.

²⁵⁰³ Etude Dares, Lien entre outils numériques et conditions de travail, n° 029, juin 2018 ; E. Algava et L. Vinck, Intensité du travail et usages des technologies de l'information et de la communication, Synthèse Stat' N° 14, juin 2015.

²⁵⁰⁴ C. Ferté, La santé au travail après le 1^{er} janvier 2017, *JCP S* n° 1, 10 janvier 2017, 1001.

²⁵⁰⁵ C. trav., art. L. 1233-3.

également un terrain privilégié en matière de santé²⁵⁰⁶ mentale²⁵⁰⁷, notamment, à l'origine de nouvelles organisations du travail, d'une précarisation²⁵⁰⁸ et d'une flexibilisation de l'emploi et des temps de travail, d'une multiplication des emplois précaires, d'un développement du travail à temps partiel²⁵⁰⁹, d'une intensification du travail²⁵¹⁰, souvent générateurs de stress. De plus, les rapports entre l'individu et son objet de travail ont été bouleversés, la charge de travail s'est accrue engendrant une forme de détérioration des conditions de travail. C'est au début des années 1990 que les nouvelles technologies de l'information et de la communication ont fait une irruption massive dans les différentes sphères de l'entreprise²⁵¹¹. Nombre de technologies ont été déployées pour répondre à des besoins de plus en plus spécifiques²⁵¹². Ces technologies, dans l'ensemble, ont contribué à une diminution des charges physiques et ont permis une amélioration des conditions de travail, favorisant ainsi le déploiement de nouvelles aptitudes qui ont nécessité un encadrement pour ne pas aboutir à des dérives. La liberté laissée aux opérateurs pour gérer leur activité a été revisitée et a fait l'objet de trois niveaux d'analyse²⁵¹³ : la réduction des marges de manœuvre du salarié en accentuant les niveaux de contrôle et de régulation sur son activité, dans des systèmes pouvant alors être considérés comme hautement « prescriptifs »²⁵¹⁴ ; la possibilité d'un aménagement concerté de l'activité entre, d'une part, les aspirations de l'utilisateur et, d'autre part, un certain cadre de dépendance fixé par le dispositif, dans des systèmes dits « discrétionnaires »²⁵¹⁵ ; des dispositifs suffisamment flexibles et ouverts pour laisser l'opérateur agir à sa guise pour des systèmes qualifiés de « flexibles »²⁵¹⁶. La spécialisation des tâches, induisant une organisation du travail plus segmentée, a également contribué, dans certains domaines, à

²⁵⁰⁶ P. Davezies, « Évolutions des organisations du travail et atteintes à la santé », *Travailler*, n° 3, 1999, p. 87-114.

²⁵⁰⁷ C. Dejours, *Travail, usure mentale*, Bayard, Paris, 2000.

²⁵⁰⁸ V. Hélarlot, *Santé ou travail ? Les expériences sociales de la précarisation du travail et de la santé*, Thèse de sociologie, Université de Toulouse II- Le Mirail, 2005 ; V. Hélarlot, « Enjeux d'emploi, de travail et de santé : la quadrature du cercle », in G. de Terssac, C. Saint-Martin et C. Thébaud (dir.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Octarès, Toulouse, 2008, p. 73-84.

²⁵⁰⁹ V. Hélarlot, Les salariés face à la dialectique santé-travail précarisé, 2009, *Mouvements*, 58, 21-28.

²⁵¹⁰ M. Gollac et S. Volkoff, « *Citius, altius, fortius*. L'intensification du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 114, 1996, p. 54-67 ; P. Askenazy, D. Cartron, F. de Coninck et M. Gollac (dir.), *Organisation et intensité du travail*, Octarès, Toulouse, 2006.

²⁵¹¹ S. Fantoni-Quinton, Impact des TIC sur la santé au travail, *JCP S* 2013. 1452.

²⁵¹² Observatoire des NTIC (1998), *L'état des nouvelles technologies de l'information en 1998*. Paris, ADBS Éditions ; ANACT (1999), *NTIC : de quoi parle-t-on ?*, Lyon, ANACT ; ANACT (2000), *L'introduction des NTIC dans les organisations*, Guide thématique IRS, 1, Lyon, ANACT.

²⁵¹³ M.-E. Bobillier Chaumon, Evolutions techniques et mutations du travail : émergence de nouveaux modèles d'activité, in *Le travail humain*, vol. 66, n° 2, 2003, pp. 161-192.

²⁵¹⁴ Cavestro, 1987 ; Léchevin, Le Joliff, & Lanoë, 1993 ; Jeantet, Tiger, Vinck, & Tichkiewitch, 1996

²⁵¹⁵ G. de Terssac, 1990 ; Maggi, 1996

²⁵¹⁶ P. Davezies, 1991 ; M.-E. Bobillier Chaumon, 1999

l'émergence de travaux dont la pénibilité est aujourd'hui discutée. C'est le cas par exemple des travaux répétitifs²⁵¹⁷. La rationalisation des processus de production notamment a généré des tensions de l'outil de travail. La flexibilisation rendue nécessaire par les mutations du travail moderne ont contribué à l'émergence de troubles psychosociaux notamment ainsi que de troubles musculo-squelettiques²⁵¹⁸. « Même si l'origine multifactorielle des TMS chez les travailleurs est maintenant largement démontrée, l'étude de la nature des relations entre les facteurs socioprofessionnels, organisationnels, psychosociaux et biomécaniques dans la genèse des TMS est relativement récente. L'exploration des mécanismes par lesquels des facteurs organisationnels et psychosociaux peuvent favoriser la survenue des TMS chez les travailleurs est nécessaire, notamment pour la mise en place d'actions de prévention efficaces. »²⁵¹⁹ De plus, la dématérialisation de l'objet du travail est la conséquence d'une tendance à l'abstraction du travail par l'accession aux nouvelles technologies. L'importance du corps dans l'activité de production matérielle fut réduite par la révolution industrielle avec la limitation du rôle de la force physique. Cette atténuation s'est poursuivie par la mutation technologique.

409. Une dégradation des conditions de travail. Les particularités du travail que nous connaissons fragilisent les individus en raison de sa complexité, son intensification et sa précarité. Cette fragilisation est d'ordre psychologique et physique (stress, répétitivité, flexibilité, polyvalence, autonomie, responsabilisation, insuffisance de formation etc.). « Avec l'avènement des nouvelles technologies de travail, la charge de travail devient de moins en moins physiquement exigeante, et de plus en plus mentalement contraignante »²⁵²⁰. Les nouvelles formes d'organisation de l'entreprise induisant la délocalisation du salarié, comme c'est le cas pour l'organisation hybride du télétravail, engendrent une porosité accrue entre vie personnelle et vie professionnelle et bouleversent le rapport du salarié au temps et à l'espace. Des conséquences psychiques et sociales existent donc là aussi²⁵²¹. Au-delà des incertitudes

²⁵¹⁷ C. trav., art. L. 4161-1, I., 3°, c.

²⁵¹⁸ M. Bertin, et al., Facteurs organisationnels et psychosociaux associés aux contraintes posturales en milieu professionnel, in Bull. épidémio. Hebdo., 22 mai 2018, n° 12-13, « Evaluation des expositions professionnelles : un levier pour la prévention » : en 2016, les troubles musculo-squelettiques représentaient 87 % de l'ensemble des maladies professionnelles avec arrêt de travail ou indemnisation financière d'une incapacité permanente par le Régime général de la Sécurité sociale ; S. Caroly, F. Coutarel, E. Escriva, Y. Roquelaure, J.-M. Schweitzer, F. Daniellou, La prévention durable des TMS, quels freins, quels leviers d'action ?, Rapport pour la direction générale du Travail, Paris, janv. 2008.

²⁵¹⁹ M. Bertin, et al., Facteurs organisationnels et psychosociaux associés aux contraintes posturales en milieu professionnel, in Bull. épidémio. Hebdo., 22 mai 2018, n° 12-13, « Evaluation des expositions professionnelles : un levier pour la prévention ».

²⁵²⁰ Gaussin, 1993

²⁵²¹ Cohen Montandreaux, 2002

qui peuvent planer sur les conséquences sanitaires des nouvelles technologies ou des formes d'organisation modernes de l'entreprise²⁵²², il convient d'assurer le suivi des salariés impactés pour s'assurer de la non-altération de leur santé du fait de leur travail. C'est la responsabilité de l'employeur. C'est aussi le rôle du médecin du travail. Certes, l'amélioration de l'efficacité au travail et la performance générale de l'entreprise sont des points d'attention particuliers de l'employeur mais les risques, qui doivent être précisément mesurés, doivent être mis en rapport avec les opportunités souhaitées. Le travail évolue également dans le sens de nouveaux modes de collaboration dans lesquels le travail indépendant occupe une place grandissante, avec des hypothèses à 50 % de la population active de travailleurs indépendants²⁵²³ contre 90 % de salariés aujourd'hui. S'éloigne chaque jour davantage le temps où un salarié accomplissait toute sa carrière au sein de la même entreprise. Les parcours professionnels sont de plus en plus marqués par des successions de missions, de contrats, de statuts, de transitions. Le progrès technologique, les avancées de la robotique et de l'informatique, vont provoquer une évolution du travail considérable. « Certains chercheurs pensent que les développements des machines intelligentes et de la robotique devraient permettre de remplacer le travail dans un grand nombre d'emplois dans les années à venir. Les bouleversements devraient être importants dans les transports et la logistique, où les progrès des capteurs intelligents rendront les véhicules sans conducteurs sûrs et compétitifs »²⁵²⁴. Ainsi, cette référence aux mutations est présente dans le Code : « adapter le travail à l'homme »²⁵²⁵, « tenir compte de l'état d'évolution de la technique »... De manière plus explicite, l'article L. 4121-3 enjoint l'employeur d'évaluer les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, compte tenu de la nature des activités de l'établissement, y compris dans le choix des procédés de fabrication, des équipements de travail, etc. Les évolutions du travail doivent donc faire l'objet, de la part de l'employeur, d'une vigilance particulière au regard de la préservation de la santé des travailleurs. Il prend en outre en considération les capacités de ces derniers à mettre en œuvre les précautions nécessaires pour la santé et la sécurité²⁵²⁶. Également, « l'employeur organise une formation pratique et appropriée à la sécurité au bénéfice des travailleurs qui changent de poste ou de technique. »²⁵²⁷ Pour

²⁵²² Ph. Davezies, Organisations du travail et pathologies émergentes, Revue économique et sociale, n° 2, juin 2004, Lausanne.

²⁵²³ J.-M. Daniel, économiste, <http://www.challenges.fr/challenges-soir/20160211.CHA4958/en-quoi-la-fin-du-salariat-va-bouleverser-nos-societes.html> ; Les Echos, 15 juin 2016

²⁵²⁴ G. Verdugo, Les dangereuses mutations du travail et de l'emploi, Alternatives économiques, 13 mars 2018.

²⁵²⁵ C. trav., art. L. 4121-2, 4°.

²⁵²⁶ C. trav., art. L. 4121-4.

²⁵²⁷ C. trav., art. L. 4141-2.

s'inscrire pleinement dans une démarche préventive, et *a fortiori* pour refonder le paradigme de la santé au travail sur l'exclusivité de la prévention, il apparaît essentiel de considérer la réalité du travail et de mettre à profit, « dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et les facteurs ambiants »²⁵²⁸ pour planifier la prévention. Enfin, il faut promouvoir et renforcer, dans le cadre de son rôle de conseiller de l'employeur, des travailleurs et des représentants du personnel, la participation du médecin du travail à la prévention des risques professionnels et à la protection de la santé des travailleurs, notamment par l'accompagnement, en cas de réorganisation importante de l'entreprise, de construction ou d'aménagements nouveaux, ou de modifications apportées aux équipements²⁵²⁹.

2. Des expositions nouvelles

410. Systématiser l'information du médecin du travail. Selon l'article L. 4622-2, 4°, du Code du travail, les services de santé au travail participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire. Ainsi, l'employeur transmet au médecin du travail la fréquence des expositions du travailleur²⁵³⁰ à des risques professionnels. Pour les agents chimiques dangereux, l'employeur évalue les risques encourus pour la santé et la sécurité des travailleurs pour toute activité susceptible de présenter un risque d'exposition²⁵³¹. A toutes fins utiles, le médecin du travail procède ou fait procéder à des examens spécialisés complémentaires²⁵³². En outre, avant leur retraite, les travailleurs bénéficiant du dispositif de suivi individuel renforcé²⁵³³ sont examinés par le médecin du travail pour établir une traçabilité et un état des lieux, à date, des expositions à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels auxquelles a été soumis le travailleur²⁵³⁴. Enfin, le médecin est informé par l'employeur des décès et des absences pour cause de maladie des travailleurs exposés à des agents biologiques pathogènes, lorsque ces absences excèdent certaines durées²⁵³⁵. Le médecin du travail doit être systématiquement informé. On peut, à cet effet, prévoir un système d'information efficient générant des alertes informatiques pour faciliter la

²⁵²⁸ C. trav., art. L. 4121-1, 7°.

²⁵²⁹ C. trav., art. R. 4623-1.

²⁵³⁰ C. trav., art. R. 4453-26 (pour les expositions aux champs magnétiques).

²⁵³¹ C. trav., art. R. 4412-5.

²⁵³² C. trav., art. R. 4412-45.

²⁵³³ C. trav., art. L. 4624-2.

²⁵³⁴ C. trav., art. L. 4624-2-1.

²⁵³⁵ C. trav., art. R. 4426-12.

gestion du médecin du travail de son activité au quotidien. Il faudrait impérativement impliquer davantage le médecin du travail en l'actant comme principe général. Il est en effet anormal de devoir systématiquement préciser les cas dans lesquels le médecin du travail doit être bénéficiaire d'une information. Par exemple, l'article R. 4426-1 prévoit que la liste établie par l'employeur des travailleurs exposés à des agents biologiques est communiquée au médecin du travail qui doit de plus donner un avis. Le médecin du travail devrait être informé de tout ce qui concerne la santé et la sécurité des travailleurs. L'introduction d'un principe général permettrait d'alléger les textes et de donner sa juste et parfaite place au médecin du travail dans le droit de la santé au travail.

411. Risques subis par les salariés extérieurs à l'entreprise. Avec le recours à des salariés temporaires, on a des risques internes à l'entreprise qui sont subies par des salariés qui lui sont extérieurs. En conséquence, ces travailleurs, surexposés aux tâches les plus dangereuses et difficiles, sont plus souvent accidentés. L'exemple du nucléaire est assez évocateur. La part de rayonnements ionisants²⁵³⁶ (cancérigènes connus) « absorbée » par les travailleurs « extérieurs » des centrales nucléaires (emplois non durables et salariés d'entreprises sous-traitantes) se situe autour de 80 %. Les doses de rayonnements annuelles par personne sont trois à quatre fois plus fortes pour ces salariés extérieurs que pour les agents EDF, ce qui participe d'une « gestion de l'emploi par la dose »²⁵³⁷. « La précarisation de l'emploi et les phénomènes d'externalisation se doublent donc d'une division sociale des risques pour la santé et la sécurité au travail. Dans cette recherche de compromis acceptables, dans cette hiérarchisation des priorités entre santé, travail et emploi, l'antagonisme santé-travail, lorsqu'il se manifeste, se solde le plus souvent par la nécessité de « tenir » au travail. »²⁵³⁸ Ainsi, certains travaux sont interdits pour ces travailleurs précaires²⁵³⁹.

412. Diversité des expositions. Dans l'univers complexe des expositions au travail, une vision globale est nécessaire. Les enquêtes Sumer²⁵⁴⁰ y participent. Elles constituent un support de travail transversal utile aux professionnels de santé au travail. Elles sont précieuses parce qu'elles établissent une cartographie des expositions aux risques professionnels des travailleurs, en précisant la durée de ces expositions et les protections collectives ou individuelles éventuellement mises à disposition permettant ainsi de contribuer à l'orientation

²⁵³⁶ D. n° 2018-437 du 4 juin 2018 relatif à la protection des travailleurs contre les risques dus aux rayonnements ionisants

²⁵³⁷ A. THEBAUD-MONY, *L'industrie nucléaire. Sous-traitance et servitude*, EDK/Inserm, Paris, 2001.

²⁵³⁸ Hélardot V., 2009, Les salariés face à la dialectique santé-travail précarisé, *Mouvements*, 58, 21-28.

²⁵³⁹ C. trav., art. D. 4154-1.

²⁵⁴⁰ Les expositions aux risques professionnels. Les produits chimiques. Enquête Sumer 2010.

des politiques de prévention des risques professionnels sur un territoire, aux travaux préalables à l'élaboration des projets pluriannuels de service au sein du service de santé au travail, et à la construction des actions de prévention en entreprise. Ainsi, cette approche purement collective, dans sa dimension populationnelle, nourrit une meilleure stratégie de prévention. Contrairement au médecin traitant par exemple, le médecin du travail intervient dans certaines domaines d'activités identifiés, pour lesquels il peut tirer certains enseignements qu'il peut, dans une logique de santé publique, faire remonter au médecin inspecteur du travail ou à l'institut national de veille sanitaire. En effet, le poids des expositions professionnelles dans la survenance de certaines maladies graves reste important en France. Selon les scénarios retenus, jusqu'à 16 % des cancers du poumon chez les hommes seraient liés à une exposition professionnelle à l'amiante et 20 % à 80 %²⁵⁴¹ des chirurgies du canal carpien sont à attribuer à certains emplois à risques concernés par une exposition professionnelle à des gestes répétitifs. Il est du rôle du système de santé, enrichi de la santé au travail, de pouvoir disposer d'une vision globale de l'ensemble des expositions au travail, qu'elle soit liée à des agents physiques, chimiques, biologiques ou organisationnel et d'y porter remède. Favoriser la prévention primaire pour réduire l'exposition à des facteurs de risques professionnels est une priorité déclinée dans le troisième plan national santé-travail. Il faut de plus tenir compte de la multi-exposition pour établir un diagnostic au plus près de la réalité vécue par les travailleurs. En effet, la connaissance fine des expositions professionnelles par emploi et secteur d'activité²⁵⁴² permet de proposer des stratégies différenciées de prévention et, ainsi, de prioriser les actions parmi lesquelles des campagnes d'information auprès des populations de travailleurs concernés, mais aussi des professionnels de santé pour renforcer leurs connaissances, améliorer la qualité de leur conseil, y compris en matière de déclaration et de reconnaissance de maladies professionnelles²⁵⁴³. La répétition des enquêtes Sumer au fil du temps (1994, 2002-2003, 2009-2010, 2016-2017) permet d'évaluer les effets de ces politiques de prévention et d'observer l'émergence de nouveaux risques. La systématisation de l'évaluation des expositions participe de la veille sanitaire en milieu de travail, mission des médecins du travail. Sur ce point, une amélioration significative des

²⁵⁴¹ A. Gilg, N. Fourquet, Fraction attribuable et risques professionnels. Les rencontres de Santé publique France, 30-31 mai et 1er juin 2017, Paris.

²⁵⁴² B. Arnaudo, M. Léonard, N. Sandret, M. Cavet, T. Coutrot, R. Rivalité, L. Thiérous, « Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs », Dares Analyses numéro 10, février 2013.

²⁵⁴³ M. El Yamani, G. Lasfargues, Une vision globale des expositions au travail pour une meilleure stratégie de prévention. Bull. Epidémiol. Hebd. 2018.

dossiers médicaux, qu'il s'agisse du dossier médical partagé ouvert au médecin du travail, selon la volonté clairement exprimée du travailleur, ou alors, *a contrario*, l'ouverture d'un dossier médical en santé au travail plus performant permettant une remontée anonymisée et systématique des informations serait une réelle plus-value au système de santé au travail.

413. Risques issus de la pénibilité du travail. L'allongement de l'espérance de vie a pour conséquence de repousser l'âge de la retraite. Or, il ne peut être envisagé de maintenir les seniors en emploi sans prendre en compte spécifiquement leurs difficultés et notamment la question de la pénibilité²⁵⁴⁴. Dans cet esprit, la législation a évolué et la prévention de la pénibilité a été intégrée à la réforme des retraites²⁵⁴⁵. C'est ainsi que l'article L. 4161-1, modifié par l'Ordonnance du 22 septembre 2017²⁵⁴⁶, prévoit trois catégories de facteurs liés à des contraintes physiques marquées²⁵⁴⁷, à un environnement physique agressif²⁵⁴⁸ et à certains rythmes de travail²⁵⁴⁹. En outre, la fiche individuelle d'exposition aux facteurs de pénibilité, en vigueur depuis 2012, a été supprimée en 2015 au bénéfice de la déclaration des expositions, dont six sur les dix initiales demeurent tracées²⁵⁵⁰. On peut constater que la pénibilité mentale est ignorée par les dispositifs²⁵⁵¹. La fiche et l'attestation d'exposition et l'attestation aux agents chimiques dangereux ont été supprimées tandis que la fiche d'exposition à l'amiante²⁵⁵² et la fiche de sécurité pour les activités exercées en milieu hyperbare²⁵⁵³ subsistent. De plus, une fiche d'exposition aux rayonnements ionisants²⁵⁵⁴ et une fiche d'exposition aux rayonnements optiques artificiels²⁵⁵⁵ doivent être établies par l'employeur pour le compte du travailleur exposé. L'appréciation de l'exposition est effective après application des mesures de protection collectives et individuelle²⁵⁵⁶. Selon l'instruction

²⁵⁴⁴ F. Héas, La pénibilité au travail, une problématique multidimensionnelle, *Dr. ouvr.*, juin 2016, n° 815, pp. 339-344.

²⁵⁴⁵ Lois des 9 novembre 2010 et 20 janvier 2014

²⁵⁴⁶ Ord. n° 2017-1389 du 22 sept. 2017, art. 1.

²⁵⁴⁷ C. trav., art. L. 4161-1, I, 1°, a) Manutentions manuelles de charges ; b) Postures pénibles définies comme positions forcées des articulations ; c) Vibrations mécaniques.

²⁵⁴⁸ C. trav., art. L. 4161-1, I, 2°, a) Agents chimiques dangereux, y compris les poussières et les fumées ; b) Activités exercées en milieu hyperbare ; c) Températures extrêmes ; d) Bruit.

²⁵⁴⁹ C. trav., art. L. 4161-1, I, 3°, a) Travail de nuit ; b) Travail en équipes successives alternantes ; c) Travail répétitif caractérisé par la réalisation de travaux impliquant l'exécution de mouvements répétés, sollicitant tout ou partie du membre supérieur, à une fréquence élevée et sous cadence contrainte.

²⁵⁵⁰ Ord. n° 2017-1389, 22 sept. 2017, JO 23 sept.

²⁵⁵¹ Voir Sénat, séance du 16 oct. 2010, amendement n° 988

²⁵⁵² C. trav., art. R. 4412-120.

²⁵⁵³ C. trav., art. R. 4461-13.

²⁵⁵⁴ C. trav., art. R. 4451-57 à R. 4451-88.

²⁵⁵⁵ C. trav., art. R. 4452-23 et s.

²⁵⁵⁶ C. trav., art. D. 4163-3 ; C. trav., art. D. 4163-5 ; D. n° 2017-1769, 27 déc. 2017, JO 28 déc.

DGT du 20 juin 2016²⁵⁵⁷, les conditions de pénibilité par l'employeur s'apprécient selon les effets et performances attendus en termes de réduction de risque ou de la nuisance des mesures de protection collectives et individuelles, notamment tels qu'identifiés par le fabricant. Ainsi, si l'employeur doit mettre à disposition des travailleurs des équipements de protection individuelle pour réduire le niveau d'exposition au bruit, l'indice de réduction du bruit annoncé par le fabricant constitue une référence qu'il convient de pondérer au regard des conditions réelles d'utilisation. On peut ainsi constater l'extrême complexité du dispositif. Il est paradoxal que le médecin du travail ne soit jamais cité, au regard de son rôle et de son expertise. Selon une instruction du 20 juin 2016²⁵⁵⁸, « l'évaluation des risques réalisée dans le cadre du document unique d'évaluation des risques a vocation à servir de repère (à l'employeur) pour l'appréciation des conditions de pénibilité auxquelles chaque travailleur est exposé, puisque ce document comporte un inventaire des risques présents dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement. » L'isolement de l'employeur que l'on peut constater dans ces dispositifs complexes n'est pas de nature à permettre une mise en œuvre sereine de ses obligations. Encore une fois, cet état de fait plaide en faveur d'un renforcement conséquent de la coopération entre employeur et médecin du travail, à commencer par l'évaluation des risques professionnels, en rapprochant, sinon en fusionnant, document unique et fiche d'entreprise. Il conviendrait d'intégrer pleinement et de tirer toutes les conséquences du fait que l'évaluation des expositions professionnelles constitue un levier pour la prévention²⁵⁵⁹.

B. La complexification des risques professionnels et leur identification

414. On peut voir une contradiction entre les déclarations de ceux déplorant une diminution de l'approche individuelle avec l'assouplissement du suivi des travailleurs et ceux y voyant une meilleure adaptation de ce suivi en fonction des situations. Au regard de la complexité du diagnostic des besoins de santé, sur la base de l'identification et de l'évaluation des risques professionnels, la prévention²⁵⁶⁰ est mise à l'épreuve de sa capacité d'adaptation

²⁵⁵⁷ Instr.n° DGT/DSS/SAFSL/2016/178, 20 juin 2016.

²⁵⁵⁸ Instr.n° DGT/DSS/SAFSL/2016/178, 20 juin 2016.

²⁵⁵⁹ Bull. épidémiol. Hebdo., 22 mai 2018, n° 12-13, « Evaluation des expositions professionnelles : un levier pour la prévention ».

(1). Pour assurer une politique proactive de promotion de la santé (2), les dispositifs de santé au travail doivent être mieux informés, plus réactifs et disposer de plus de moyens.

1. La mission préventive du médecin du travail mise à rude épreuve

415. Des moyens humains insuffisants. Un nombre insuffisant de médecins du travail, conjugué à la multiplication progressive de leurs obligations, tant dans le domaine clinique que dans celui du tiers-temps, permet de mettre en doute la capacité de cette spécialité médicale à satisfaire aux exigences du dispositif légal, quand bien même elle s'exercerait dans une organisation nouvelle, pluridisciplinaire, dans le cadre des services de santé au travail²⁵⁶¹. C'est un constat qui fragilise l'existence et la pérennité des dispositifs de santé au travail à la française caractérisant la spécificité de notre système qui, malgré son originalité et ses potentialités, a peiné à jouer un rôle préventif efficace. L'affaire de l'amiante a montré un nombre important de dysfonctionnements cristallisant ainsi une forme d'échec de la Santé au travail²⁵⁶², et ce en dépit de signaux répétés lancés par des acteurs de terrain. La question de l'évaluation du risque professionnel, du travail réel²⁵⁶³, demeure posée malgré des acteurs potentiels nombreux du fait de la pluridisciplinarité.

416. Risques diffus. Les outils semblent exister mais leur utilisation est imparfaite. Cette question se pose avec d'autant plus d'acuité que les risques d'aujourd'hui sont partout, notamment issus de produits chimiques, biologiques, en raison d'expositions diverses et variées et de conditions de travail complexes à analyser comprenant des risques professionnels nombreux et diffus, mais également différés dans le temps, et pas seulement physiques mais également d'origine organisationnelle, psychosociale s'inscrivant dans un référentiel renouvelé²⁵⁶⁴ complexifiant l'investigation pour nombre de troubles dont l'étiologie est délicate et dont il faut, pourtant, parvenir à retracer la genèse²⁵⁶⁵. Les conditions

²⁵⁶⁰ J.-C. Etienne, C. Corne, Les enjeux de la prévention en matière de santé, Conseil économique, social et environnemental, 14 févr. 2012, p. 4.

²⁵⁶¹ Les services de santé au travail interentreprises, un réseau dédié à la prévention, 10 engagements pour la santé au travail, Présanse, juin 2018.

²⁵⁶² Buzzi S., Devinck J.C., Rosental P.A., 2006, *La santé au travail 1980-2006*, Paris, La Découverte.

²⁵⁶³ D. Lhuillier, « L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail », *Sciences sociales et santé* 2010/2, Vol. 28, pp. 31-63.

²⁵⁶⁴ Askenazy P., Cartron D., de Coninck F., Gollac M., 2006, *Organisation, intensité et qualité du travail*, Toulouse, Octares.

²⁵⁶⁵ Thébaud-Mony A., 2006, Histoires professionnelles et cancer, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 163, 18-31.

d'exercice réel du travail sont difficiles à mesurer, à appréhender, parce que leur analyse se heurte à une conjonction d'éléments qui concourent à son invisibilité. Le travail réel n'est pas réductible à « ce qui se fait ». « Le réel de l'activité, c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on ne peut pas faire, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir. Les échecs, ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on ne fait plus, ce qui est à faire ou encore ce qu'on fait sans vouloir le faire, sans compter ce qui est à refaire. L'activité possède donc un volume qui déborde l'activité réalisée »²⁵⁶⁶. « Les effets du travail sur la santé demeurent largement méconnus »²⁵⁶⁷. L'analyse des conditions de la visibilité sociale de la santé au travail a conduit à recenser, dans différents champs disciplinaires, les « masques »²⁵⁶⁸ qui brouillent la perception des liens entre santé et travail : liens multifactoriels, résistants à une attribution causale univoque, en interaction avec la vie hors travail, aux effets souvent différés dans le temps, compliqués encore par l'intervention de mécanismes de sélection formelle ou informelle qui ne retiennent au poste de travail que si la santé le permet. De plus, outre l'écart irréductible entre le travail prescrit et le travail réel, la prévalence d'une conception gestionnaire du travail, condition amplifiant l'invisibilité du travail, cette réalité s'inscrit dans un contexte de chômage de masse, de crise de l'emploi, qui favorise les trajectoires professionnelles discontinues, et complexifie, dans l'hypothèse supplémentaire d'une pluriactivité qui se développe, l'identification des facteurs de risques. De surcroît, la forte variabilité entre les individus des stigmates du travail a des incidences sur la mise en évidence du caractère pathogène de certaines situations de travail. Les sciences sociales montrent que l'identification des liens entre santé et travail est l'objet d'enjeux importants dans la dynamique complexe des rapports sociaux. La responsabilisation juridique de l'employeur comme le calcul du coût de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles et des indemnités en cas d'altération grave de la santé orientent les stratégies de traitement mais aussi de dégageant de la problématique santé-travail²⁵⁶⁹. Ainsi, la sous-traitance des

²⁵⁶⁶ Clot Y., 2001, Clinique du travail, clinique du réel, *Journal des Psychologues*, 185, 48-51 ; Lhuillier D., 2002, *Placardisés : des exclus dans l'entreprise*, Paris, Le Seuil ; Lhuillier D., Litim M., 2009, Le rapport santé et travail en psychologie du travail, *Mouvements*, 58, 85-96 ; Clot Y., Fernandez G., 2005, Analyse psychologique du mouvement : apport à la compréhension des TMS, *Activités*, 2, 2, 69-78.

²⁵⁶⁷ Crespin R., Henry E., Jouzel J.N., 2008, Peut-on sortir de la méconnaissance des effets du travail sur la santé ? Quelques pistes de réflexion pour les sciences humaines, In : *Santé au travail. Quels nouveaux chantiers pour les sciences humaines et sociales ?*, *Cahiers Risques Collectifs et Situations de Crise*, MSH-Alpes, 9, 253-263.

²⁵⁶⁸ Gollac M., Volkoff S., 2006, Déni, visibilité, mesure, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 163, juin.

²⁵⁶⁹ A.-C. Bensadon, P. Barbezieux, F.-O. Champs, Interactions entre santé et travail, IGAS, juin 2013, p. 32 : cette étude relative au risque cardio-vasculaire a montré que les programmes de prévention en la matière engendrent une économie de trois à cinq dollars par salarié sur une période de deux à cinq ans pour chaque dollar dévolu à la prévention.

activités dangereuses ou le recours à l'intérim peuvent être un moyen d'échapper au paiement de la cotisation ATMP. Il s'agit là de formes de « délocalisation » qui contribuent au « brouillage » des liens santé-travail²⁵⁷⁰ et complexifient l'accès aux données comme le développement de la prévention²⁵⁷¹. Dans ces milieux de travail, « les problèmes de santé », a fortiori quand ils sont graves, ne sont pas évoqués, comme la santé au travail n'est pas problématisée de manière collective. Ces difficultés éventuelles relèvent de la sphère intime et d'une gestion en solitaire des arbitrages entre santé et activité. Il s'agit, en tout cas, de ne pas éveiller le soupçon pour éviter le risque de relégation²⁵⁷². Ainsi, la santé n'est pas réductible à sa conception médicalisée dont le médecin serait le meilleur, sinon l'unique expert. Plus complexe qu'hier est donc la mission préventive du dispositif de santé au travail qui doit s'appuyer, plus que jamais, sur l'activité clinique. Par l'analyse du particulier, elle permet de tirer des enseignements plus généraux²⁵⁷³.

2. L'adoption par l'entreprise d'une politique proactive de prévention des risques professionnels

417. La santé-sécurité au travail, choix stratégique pour l'entreprise. Les mutations du travail²⁵⁷⁴ ont logiquement conduit à une complexification des risques professionnels. L'approche pluridisciplinaire de la médecine du travail moderne est une clé pour répondre à cette difficulté majeure. Il convient de travailler encore à son déploiement et de penser les synergies qui peuvent être développées au service de la préservation de la santé des travailleurs. Ainsi, le nouvel enjeu consiste à intégrer la santé et la sécurité au travail comme véritable priorité stratégique de l'entreprise²⁵⁷⁵. Cet objectif suppose la mise en place d'une politique globale, volontariste et dynamique de prévention des risques, d'intégrer la santé et la sécurité au travail dans le management global de l'entreprise. L'intérêt pour l'employeur de

²⁵⁷⁰ Héléardot V., 2009, Les salariés face à la dialectique santé-travail précarisé, *Mouvements*, 58, 21-28.

²⁵⁷¹ Thébaud-Mony A., 2007, *Travailler peut nuire gravement à votre santé*, Paris, La Découverte.

²⁵⁷² Lhuilier D., Aubert F., Wajnberg T., 2007, Travail et santé, le cas d'intermittents du spectacle, *Médecine des Arts*, 62, 24-34 ; Sorignet P.E., 2006, Danser au-delà de la douleur, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 163, 39-45.

²⁵⁷³ Clot Y., Lhuilier D., 2006, Perspectives en clinique du travail, *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 1 ; Lhuilier D., 2006b, *Cliniques du travail*, Toulouse, Erès ; Lhuilier, Dominique. « L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail », *Sciences sociales et santé*, vol. 28, n° 2, 2010, pp. 31-63.

²⁵⁷⁴ S. Volkoff, Le travail en évolution, p. 31 et s., in *La vie professionnelle, âge expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail*, ouvrage collectif coordonné par Anne-Françoise Molinié, Corinne Gaudart et Valérie Pueyo, Collection travail et activité humaine, Octares, 2012.

²⁵⁷⁵ H. Lanouzière, Prévenir les risques ou promouvoir la santé ? Comment passer d'une posture réactive à une démarche proactive ?, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 29.

parvenir à une politique de prévention performante est important aussi pour fidéliser ses ressources humaines. La prise en compte des questions de santé et de sécurité au travail est essentielle aussi pour des raisons juridiques. En effet, la responsabilité de l'employeur entraîne la réparation des préjudices subis par les salariés victimes mais la responsabilité pénale peut aussi conduire à la condamnation du responsable à une peine d'amende et même à une peine d'emprisonnement dans les cas les plus graves. La responsabilité pénale de l'employeur est de plus en plus recherchée et les sanctions sont devenues à la fois plus fréquentes et plus lourdes. Les raisons d'adopter une politique proactive de prévention des risques professionnels sont donc nombreuses. La plupart des entreprises ont une politique de prévention essentiellement d'ordre réactif, n'intervenant qu'*a posteriori* d'événements graves ayant pu mettre en cause la sécurité du travailleur en recherchant les causes pour mettre en place des actions correctrices. Une démarche proactive a pour objectif d'être menée en amont dans le but d'améliorer les conditions de travail, de manière globale et partagée par tous les acteurs de l'entreprise, avec une gestion de la performance de la sécurité au travail basée sur des politiques de prévention, des procédures, des plans d'actions, impliquant chacun à son niveau de responsabilité. Pour ce faire, une vision globale des risques de l'entreprise est indispensable ainsi qu'un état des lieux complet par une évaluation le plus fidèle possible à la réalité de la situation de santé et de sécurité du travail avec une réelle ambition dont les objectifs, les orientations, les priorités sont déclinés dans un plan d'actions muni d'indicateurs appropriés. De plus, les maladies professionnelles, les accidents et les incidents du travail doivent être collectés et tracés pour apprendre d'eux et en tirer toutes les conséquences en matière de prévention. La priorité doit être portée sur la prévention primaire, qui a pour but d'éviter la survenance d'accidents ou de maladies, et sur la prévention collective, destinée à protéger l'ensemble du personnel. Enfin, la sensibilisation aux risques doit être maximale par une information et une formation adaptées aux réalités et aux risques présents dans l'entreprise. Ces objectifs ambitieux nécessitent une organisation dédiée, performante et pertinente permettant de s'inscrire dans un schéma vertueux de limitation des risques professionnels. Dans cette organisation, le médecin du travail doit être un acteur clé.

418. Valorisation des compétences des services de santé au travail. La possibilité de coupler les actions du médecin du travail à des certifications paraît devoir aussi être creusée. Cela va dans le sens d'une proposition du rapport Frimat²⁵⁷⁶ envisageant de subordonner l'accréditation des services de santé au travail à leur capacité d'intervention dans au moins

²⁵⁷⁶ Rapport Frimat, p. 75.

trois domaines complémentaires à la médecine du travail. Parmi ces domaines, on compterait la sécurité du travail, la toxicologie et l'hygiène industrielle, l'ergonomie et l'organisation du travail, et la psychologie du travail. De plus, ce rapport propose de favoriser le développement de nouveaux métiers pour appuyer et compléter l'action du médecin du travail. Le développement de la pluridisciplinarité²⁵⁷⁷, ainsi que son organisation, sont importants. Il paraît important cependant de laisser les marges d'initiatives suffisantes au médecin pour recourir librement et non de manière imposée aux professionnels de santé ou associés qu'il juge utile. Toutes ces modalités doivent être pensées à l'échelle de la branche qui paraît la plus pertinente en la matière, et de libre recours, dans le respect de l'indépendance et de l'autonomie du médecin du travail. La logique de mutualisation qui a gouverné l'instauration des services de santé au travail est la bonne. Ceci étant, il convient de redimensionner ce dispositif essentiel d'accompagnement en santé-sécurité au travail autour de la branche pour ainsi permettre aux entreprises d'un même secteur de bénéficier d'équipes pluridisciplinaires spécialisées dans les champs de compétences du domaine d'activité. Cela permettrait en outre, par comparaison en interne dans ces services, de mieux identifier les schémas vertueux et ceux qui le sont moins, pour apporter une réponse satisfaisante pour tous les acteurs. La maîtrise des risques n'est pas pertinente si on ne prend pas en compte la perception que les personnes concernées en ont. Il faut ainsi s'assurer que les informations et formations délivrées aux salariés sont appropriées et se traduisent en termes de comportement. La prévention des risques ne peut se limiter à une visite d'information et de prévention périodique qui ne s'inscrirait pas dans un dispositif global et mieux suivi conforme à la réalité des postes de travail. La conscientisation de chacun des acteurs de l'entreprise est indispensable parce que ce sont les opérateurs, convaincus par l'utilité et la pertinence des dispositifs de prévention, et responsables de leur propre sécurité, qui sauront ainsi en être les artisans.

Paragraphe 2. Une mission à revaloriser

419. La revalorisation de la prévention. Le système français de protection de la santé au travail, à la différence de ce que l'on peut constater dans d'autres pays de l'Union européenne, repose pour une part importante, depuis la loi du 11 octobre 1946, sur les

²⁵⁷⁷ J.-C. Beyssier, « Pluridisciplinarité et prévention : la difficile transformation de la santé au travail », *in Risques psychosociaux, santé et sécurité au travail : une perspective managériale*, E. Abord de Chatillon, O. Bachelard, S. Carpentier (dir.), Vuibert AGRH, Paris, 2012, p. 349-362.

médecins du travail, et, depuis la loi n° 2002-73 de modernisation sociale du 17 janvier 2002, plus largement, sur les services de santé au travail. Chargés de façon exclusive, aux termes de la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011²⁵⁷⁸, d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, ils conduisent des actions de santé au travail, ils conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants, ils assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques, ils participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire. Les services de santé au travail sont engagés dans une évolution importante depuis la loi de 2002. Toutefois, la réforme de la médecine du travail résultant des lois du 17 janvier 2002 et du 20 juillet 2011 n'avait pas permis de mettre la prévention primaire des risques professionnels au premier plan, en rééquilibrant substantiellement les temps passés par le médecin du travail de la surveillance individuelle de l'état de santé des salariés vers l'action sur le milieu de travail. C'est précisément l'objectif poursuivi par la Loi Travail de 2016, qui s'est inscrite dans le sens des préconisations opérées par le Rapport Issindou²⁵⁷⁹. Chacun s'accorde sur la nécessité de revaloriser la dimension préventive de la médecine du travail qui s'inscrit dans un mouvement d'accroissement des exigences de sécurité et de prévention (A) et qui place la médecine du travail dans la perspective d'une médecine d'expertise de la pathologie professionnelle à dimension collective (B).

A. *L'accroissement des exigences de sécurité*

420. Les exigences en matière de sécurité, de prévention, et plus largement de santé au travail, ont été prises en compte par la Loi Travail qui a ajouté à l'article L. 1226-2 alinéa 2, concernant la procédure relative à la proposition de l'employeur, suite à la déclaration d'inaptitude par le médecin du travail d'un salarié, qui prend en compte les conclusions du médecin du travail, la sollicitation supplémentaire de l'« avis des délégués du personnel lorsqu'ils existent ». Au travers de cet exemple, la santé-sécurité au travail mobilise plus

²⁵⁷⁸ B. Dorémus, « La réforme de la médecine du travail : une réponse aux attentes sociétales en santé et sécurité au travail », RDS n° 46, 2012, pp. 195-205.

²⁵⁷⁹ M. Issindou, C. Ploton, S. Fantoni-Quinton, A.-C. Bensadon, H. Gosselin, Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail », mai 2015.

largement, selon des règles assez diffuses, répondant à des situations ponctuelles mais ne relevant pas de principes généraux, de nature à créer un contexte juridiquement contraignant (1). C'est la raison pour laquelle il serait préférable de s'interroger sur la mise en place d'une formation juridique en faveur des médecins du travail (2).

1. Le poids de l'environnement juridique

421. L'évolution de la santé-sécurité au travail va dans le sens d'un accroissement des responsabilités juridiques portées par les différents acteurs, aux premiers rangs desquels l'employeur, débiteur d'une obligation de sécurité, mais aussi le médecin du travail²⁵⁸⁰, ou le service de santé au travail²⁵⁸¹, est de plus en plus prégnant. Dès lors, les exigences en matière de santé et sécurité au travail s'intensifient. La juridicisation de la santé au travail et sa judiciarisation corrélative focalisent l'attention sur les risques professionnels. Au rang des moyens à disposition du médecin du travail, il y a la pluridisciplinarité. La nécessité de proposer des actions de prévention avant l'apparition de manifestations pathologiques ou de dommages avérés paraît être frappée de bon sens. Le droit est souvent perçu par les soignants comme un élément négatif²⁵⁸², assimilé à une source de contrainte ou de contentieux. Les pratiques médicales font l'objet d'un encadrement juridique croissant, parfois qualifié d'inflation normative²⁵⁸³ concourant à une « dérive » judiciaire²⁵⁸⁴. Pour ces raisons, il convient de proposer aux médecins du travail une formation juridique pour mieux appréhender les règles qui les concernent et de préserver leur responsabilité et, d'autre part, d'assurer non seulement leur rôle d'animation et de coordination des services de santé au travail, notamment par les protocoles qu'ils établissent²⁵⁸⁵, mais également de conseil au bénéficiaire tant des travailleurs que des employeurs.

²⁵⁸⁰ Cass. soc., 25 févr. 1997, n° 94-19.685 ; CE, 11 oct. 2017, n° 403576.

²⁵⁸¹ Cass. soc., 31 mai 2012, n° 11-10.958 ; Cass. soc., 19 déc. 2013, n° 12-25.056.

²⁵⁸² Mémeteau G. (2001), « Des médecins qui avaient peur du droit... », Gaz. Pal. 2001. 1346.

²⁵⁸³ Sauvé J.-M. (2008), « Les évolutions du code de la santé publique », in A. Laude, D. Tabuteau (dir.), *Le code de la santé publique, un demi-siècle après sa légalisation*, Paris, éditions de santé/Presses de Sciences Po, 5-13.

²⁵⁸⁴ Laurent V. (2006), « Procès médicaux en France : vers une dérive à l'américaine ? », *Médecine et Culture*, n° 4, 23.

²⁵⁸⁵ C. trav., art. L. 4624-1.

2. La nécessité d'une formation juridique adaptée

422. Contexte. Déjà, en 1931, l'ouverture à Lyon du premier Institut de médecine du travail dirigé par le professeur Mazel confirme l'arrimage de cet enseignement à l'une de ses matrices originelles, la législation du travail. Les candidats au certificat de médecine du travail sont en effet tenus de suivre les cours de législation industrielle dispensés par la Faculté de droit²⁵⁸⁶. De manière plus contemporaine, avec l'augmentation des besoins de santé des salariés et des obligations des employeurs, l'élargissement des missions du médecin du travail – extension de la surveillance des salariés pour un meilleur suivi individuel et valorisation du rôle de conseil pour une meilleure prévention des risques professionnels – la complexification du suivi médical des salariés – baisse continue de la démographie médicale, augmentation des populations suivies, émergence de nouveaux risques, diversification des acteurs dont la coordination relève du médecin du travail – et la prégnance croissante du droit dans la pratique médicale en santé au travail, mieux maîtriser les enjeux et la techniques juridiques est devenu une nécessité. Cela va dans le sens d'une proposition du rapport Frimat²⁵⁸⁷ destinée à former les médecins du travail au nouveau mode d'exercice de la santé au travail, mais dans une dimension plus juridique²⁵⁸⁸. Ainsi, trois objectifs principaux semblent se dégager. Premièrement, les médecins du travail doivent disposer de connaissances législatives, réglementaires et jurisprudentielles actualisées en rapport avec leurs missions. Deuxièmement, en raison d'une place de l'écrit accrue en santé au travail, une formation juridique est nécessaire pour améliorer la qualité de la rédaction des documents légaux et réglementaires. Troisièmement, les médecins du travail doivent être en capacité d'identifier les situations pouvant engager leur responsabilité et se donner les moyens d'en maîtriser les risques par des conseils juridiques appropriés aux difficultés rencontrées.

423. Contenu. En premier lieu, s'agissant des règles encadrant la profession, le médecin du travail doit maîtriser le cadre juridique légal, réglementaire et jurisprudentiel. En effet, les objectifs légaux de préservation de la santé des travailleurs – rôle du médecin dans l'entreprise, élargissement de la surveillance des travailleurs à de nouvelles catégories, actes de prévention individuelle et collective – ainsi que son rôle dans la formation et l'exécution du contrat de travail ou encore son statut. De plus, il doit maîtriser ses obligations comme

²⁵⁸⁶ J.-C. Devinck, La création de la médecine du travail en France... (*op. cit.*), p. 32.

²⁵⁸⁷ Rapport Frimat, p. 71 ; Rapport « Attractivité et formation des professions de santé au travail », IGAS n° 2017-023R/IGAENR n° 2017-053, établi par X. Chaster, P. Blémont, H. Siahmed, J.-M. Soulat, août 2017.

²⁵⁸⁸ N. Boughriet, Essai sur un paradigme d'alliance constructive entre droit et médecine : l'accès du médecin à la connaissance juridique, thèse Lille, 2013, pp. 496 et s.

celles de l'employeur pour prévenir les risques de contentieux engageant sa responsabilité. Ainsi, doivent être connues l'obligation de sécurité de résultat et la responsabilité de l'employeur, les risques pesant sur le médecin du travail en matière de responsabilité civile, pénale et disciplinaire dans sa pratique médicale clinique et de conseil ; l'identification et l'analyse des risques de plus en plus complexes – risques chimiques, troubles psychosociaux, harcèlement, souffrance au travail, pénibilité... – ; les précautions à prendre pour éviter la mise en cause du médecin du travail et de l'équipe pluridisciplinaire. En second lieu, en matière de règles définissant les missions du médecin du travail, ce dernier doit maîtriser les incidences sur la pratique des dernières lois modifiant la cartographie des différents types de visites médicales, faisant évoluer les devoirs et missions du médecin du travail, le rôle des différents acteurs de la prévention des risques professionnels au sein d'une équipe pluridisciplinaire ainsi que l'organisation des actions sur le milieu de travail et des examens cliniques. En outre, dans le cadre de son rôle de conseil, le médecin du travail doit maîtriser les règles relatives à ses relations avec l'employeur, les salariés, les institutions représentatives du personnel, le management de l'équipe pluridisciplinaire, à son action sur le milieu de travail et la qualité de vie au travail – visites des lieux, études de postes, identification et analyse de risques, préconisations pour une adaptation des postes, conseils en matière d'organisation des secours, enquêtes épidémiologiques... – et à la conciliation entre devoir de conseil, respect du secret médical et devoir d'alerte. A côté de cette formation juridique, une formation en gestion d'équipe peut se révéler nécessaire pour acquérir les compétences nécessaires pour animer l'équipe pluridisciplinaire

B. L'accroissement des exigences de prévention

424. Au regard, d'une part, des mutations du travail et de la complexification corrélative des risques professionnels et, d'autre part, des responsabilités mises en cause de manière grandissante en raison d'une judiciarisation toujours croissante de la santé au travail, le recours à la pluridisciplinarité s'est révélé incontournable. Ce principe de bon sens étant désormais reconnu, il convient d'en affiner l'organisation et les modalités. Les risques professionnels sont de plus en plus difficiles à appréhender en raison de leurs effets diffus et différés. En conséquence, la prévention primaire doit être privilégiée pour tout mettre en œuvre pour éviter l'émergence et le développement de risques au travail. Ce n'est qu'à ce prix que les maladies professionnelles reculeront durablement. Dans cet objectif, le médecin du

travail doit être la cheville ouvrière et s'appuyer sur les compétences pluridisciplinaires sur lesquelles il a autorité. Ainsi, il faut favoriser une consultation accrue du médecin du travail (1) ainsi que le développement de la dimension collective de son activité (2).

1. La facilitation du recours au médecin du travail

425. Présence accrue du médecin du travail. Un suivi individuel de santé, renforcé pour certaines catégories de salariés, par leurs vulnérabilités intrinsèques ou en raison des risques liés à leur poste de travail et/ou leurs conditions de travail, paraît essentiel tant ce suivi, source essentielle d'information sur l'état de santé, les conditions de travail et le vécu des travailleurs, est de nature à assurer le lien entre l'individu et le collectif dans les problèmes de santé au travail dans les deux dimensions complémentaires que sont le diagnostic et le traitement. En améliorant ainsi la connaissance du travail réel, par la facilitation du recours au médecin du travail, sur l'exemple de l'article L. 4624-1 du Code du travail qui prévoit que « tout salarié peut, lorsqu'il anticipe un risque d'inaptitude, solliciter une visite médicale dans l'objectif d'engager une démarche de maintien dans l'emploi », ou de l'orientation sans délai vers le médecin du travail selon l'article R. 4624-13, ou encore de la possibilité prévue par l'article R. 4624-34 que « le travailleur bénéficie, à sa demande ou à celle de l'employeur, d'un examen par le médecin du travail », l'efficacité de la prévention sera logiquement renforcée. Ainsi, l'individualisation du suivi de santé participe d'un renforcement de la protection de la collectivité de travail. En conséquence, « le médecin du travail pourrait mieux remplir ses missions d'alerte et de prévention à la fois sur le terrain de l'étude des conditions de travail et de la collecte d'indicateurs de santé afin de prioriser ses actions de prévention au sein des contrats d'objectifs et de moyens négociés avec les DIRECCTE »²⁵⁸⁹. La force de la médecine du travail est cette complémentarité des approches individuelle et collective. A cet égard, l'article L. 4622-2 du Code du travail précise les liens entre ces deux approches en disposant que le médecin du travail, d'un point de vue purement individuel, assure la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé au travail et leur sécurité et celle des tiers, des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels et de leur âge (3°) mais aussi, dans une complémentarité individuel/collectif, non seulement conduit les actions de santé au travail dans le but de

²⁵⁸⁹ C. trav., art. L. 4622-14.

préservent la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel (1°), mais conseille tous les acteurs 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 la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs (2°), et, enfin, participe au suivi et contribue à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire (4°). Les deux aspects sont indissociables. C'est la raison pour laquelle, il faut permettre au médecin du travail d'avoir accès à une information renforcée des individus au travail pour lui assurer une action collective efficiente d'un point de vue tant collectif et qu'individuel.

2. Le développement de la dimension collective

426. L'accentuation de la prévention collective. Somme des « alertes » individuelles mais fruit également des constatations de terrain que le médecin du travail est amené à réaliser dans le cadre réglementaire, notamment de la règle du tiers-temps, le praticien a la liberté d'investir le terrain de l'entreprise par le libre accès aux lieux de travail²⁵⁹⁰ dont il peut jouir, pour une meilleure connaissance des risques du travail, en réalisant des visites sur le lieu de travail, soit à son initiative propre, soit à la demande de l'employeur ou du CSE. En outre, le médecin du travail peut, aux frais de l'employeur, réaliser ou faire réaliser, des prélèvements et des mesures aux fins d'analyse ainsi que faire procéder à des analyses qu'il estime nécessaires par un organisme habilité²⁵⁹¹. La dialectique de la prévention est remarquable. Le milieu de travail, cadre privilégié de la prévention doit incontestablement être davantage investi. L'approche collective est la véritable dimension d'expression de la prévention. Le rapport relatif au bien-être et à l'efficacité au travail²⁵⁹² préconise la réalisation d'un bilan et un plan d'action annuels sur le sujet des risques psychosociaux pour les entreprises de plus de 50 salariés. La mission propose d'associer étroitement les services de santé au travail à la réalisation d'un tel plan. Ainsi, le plan d'activité établi annuellement par le médecin qui porte sur les risques de l'établissement, les postes et les conditions de travail²⁵⁹³, pourrait être enrichi pour devenir un programme de suivi de santé adapté aux besoins de l'entreprise,

²⁵⁹⁰ C. trav., art. R. 4624-3.

²⁵⁹¹ C. trav., art. R. 4624-7.

²⁵⁹² Rapport « Bien être et efficacité au travail », H. Lachmann, C. Larose, Muriel Pénicaud, février 2010.

²⁵⁹³ C. trav., art. D.4624-33 et s.

présentant les mesures prioritaires à mettre en oeuvre pour mieux prévenir l'ensemble des risques susceptibles d'affecter la santé des travailleurs, et notamment les risques psychosociaux²⁵⁹⁴. Il faut encourager ce type de mesure car elle favorise les actions de terrain du médecin du travail, sa connaissance du terrain et sa capacité à fournir un conseil de qualité, adapté aux réalités du terrain.

427. Pour favoriser le maintien en emploi, il faut sans cesse travailler à l'amélioration du milieu de travail. Pour tendre vers cet objectif ambitieux, une évaluation et une prévention des risques professionnels exigeantes s'imposent. Pour ce faire, le médecin du travail doit donc devenir un acteur incontournable. En effet, par son expertise du lien santé-travail, de la pathologie professionnelle, il dispose d'atouts considérables, en plus de sa connaissance du travailleur dans sa dimension individuelle. La complémentarité de l'approche collective est essentielle car elle permet l'émergence et la mise en perspective des difficultés liées au milieu de travail qui peuvent être ainsi mieux appréhendées et donc mieux solutionnées, et ce d'autant plus dans un contexte de mutation rapide du travail. Promouvoir la santé au travail passe nécessairement par un renforcement de l'action de terrain des services de santé au travail.

²⁵⁹⁴ Rapport Dellacherie, Frimat, Leclercq, 2010, p. 33.

Chapitre 2. Transformer la médecine du travail en véritable médecine d'expertise de la pathologie professionnelle

428. La médecine du travail, en fonction de l'importance de l'entreprise, s'exerce selon deux modes d'organisation distincts²⁵⁹⁵ : soit propre à l'entreprise, dans le cadre d'un service de santé au travail autonome²⁵⁹⁶, soit en externe, de manière mutualisée, en commun à plusieurs, dans le cadre d'un service de santé au travail interentreprises²⁵⁹⁷. Dans le premier cas, le médecin du travail, présent dans les murs de l'entreprise, exerce les missions dévolues au service²⁵⁹⁸, en coordination avec l'employeur, les membres du CSE, les salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise, mais également, si les compétences internes ne permettent pas d'organiser ces activités, avec les services de prévention des caisses de sécurité sociale, l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics et l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail et son réseau²⁵⁹⁹. Dans le second, le médecin du travail est secondé par une équipe pluridisciplinaire comprenant des collaborateurs médecins, des internes en médecine du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers²⁶⁰⁰. Pour aller dans le sens d'un renforcement de l'action de terrain, il convient, non seulement, d'assurer une présence accrue sur le terrain mais également, par une forme d'émancipation sur l'institution de l'entreprise, développer l'accompagnement des acteurs tout en assurant l'indépendance inhérente à la pratique médicale. Il faut à la fois tendre vers la proximité, comme c'est le cas dans les SSTA, et développer un champ pluridisciplinaire, comme proposé dans les SSTI, pour permettre une prévention des risques professionnels de meilleure qualité et l'amélioration des conditions de travail. Les défis de la désinsertion professionnelle, de la fragilisation ponctuelle ou durable des travailleurs et, plus globalement, du bien-être au travail, nécessitent une prise en charge

²⁵⁹⁵ C. trav., art. L. 4622-5.

²⁵⁹⁶ C. trav., art. L. 4622-4.

²⁵⁹⁷ C. trav., art. L. 4622-7.

²⁵⁹⁸ C. trav., art. L. 4622-4 et L. 4622-2.

²⁵⁹⁹ C. trav., art. L. 4644-1.

²⁶⁰⁰ C. trav., art. L. 4622-8.

renforcée. Eriger l'actuelle médecine du travail en véritable médecine d'expertise de la pathologie professionnelle constituerait une avancée notable. Cela s'inscrirait dans le sillage de la volonté de ses initiateurs. Pour avancer dans le sens d'une meilleure efficacité de la médecine du travail dans la préservation de la santé des travailleurs, la question de l'amélioration de l'accompagnement (**section 1**) est incontournable. De plus, il convient d'envisager les moyens à mettre à sa disposition afin que le médecin du travail d'accomplir une mission efficiente de préservation de la santé des travailleurs (**section 2**).

430. « Si, bien logiquement, le salarié doit veiller à sa sécurité et à la protection de sa santé, ainsi qu'à celle des personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail, il demeure que c'est d'abord à l'employeur de garantir la santé physique et mentale des travailleurs, conformément aux principes généraux de prévention résultant de la directive-cadre communautaire du 12 juin 1989. La prévention est une question de responsabilité²⁶⁰¹. En outre, l'obligation patronale de prévention doit être explicitement étendue à l'ensemble des risques que l'activité de l'entreprise serait susceptible de faire peser en son sein et au-delà : les risques professionnels (évidemment), la pénibilité du travail, mais aussi les risques technologiques, pour la santé publique et l'environnement qui sont très souvent interconnectés. »²⁶⁰² Selon l'article R. 4623-1 du Code du travail, le médecin du travail participe à la prévention des risques professionnels et à la protection de la santé des travailleurs notamment par l'accompagnement en cas de réorganisation importante de l'entreprise. Ainsi, il faut mettre en corrélation la mission d'accompagnement du médecin du travail avec ses missions médicales, d'ordre individuel et collectif, et techniques, basées sur ses connaissances sur le lien santé-travail, pour lui permettre d'assurer deux missions complémentaires : l'accompagnement de l'employeur (**Paragraphe 1**) et l'accompagnement du travailleur (**Paragraphe 2**).

Paragraphe 1. L'accompagnement de l'employeur

431. La prévention du risque nécessite de la part du médecin du travail, pivot de la protection de la santé des travailleurs, un véritable accompagnement des entreprises dont il a la charge, aidé par son équipe pluridisciplinaire²⁶⁰³. Selon l'article R. 4623-1 du Code du travail, « le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux ». Un accompagnement accru de

²⁶⁰¹ A. Supiot, Face à l'insoutenable : les ressources du droit de la responsabilité, in A. Supiot et M. Delmas-Marty (dir.), Prendre la responsabilité au sérieux, PUF, 2015. 14.

²⁶⁰² S. Fantoni, F. Héas, Pour une reconfiguration des principes en santé au travail, *Dr. soc.* 2016, p. 532.

²⁶⁰³ J. Mouchikhine, B. Renelie, La médecine du travail : prévention des risques ou accompagnement des salariés, *JSL*, n° 382-383, févr. 2015, n° 815, pp. 339-344.

l'employeur, dont la qualité se mesure à la hauteur des compétences et de l'expertise des professionnels intervenant mais aussi à leur capacité de répondre aux besoins de manière réactive, nécessite donc le renforcement de l'association médecin du travail/employeur (A) et de repenser le rapport juridique médecin/employeur (B).

A. *Le renforcement de l'association médecin du travail/employeur*

432. En l'état actuel du droit positif, des redondances peuvent apparaître dans les rôles respectifs du médecin du travail et de l'employeur. En effet, le médecin du travail a un rôle exclusivement préventif qui consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail²⁶⁰⁴ tandis que l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs²⁶⁰⁵ et met en œuvre, notamment, des actions de prévention des risques professionnels, sur le fondement des principes généraux de prévention au premier rang desquels éviter les risques et évaluer ces derniers ne pouvant être évités²⁶⁰⁶. Par ailleurs, parmi les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, l'employeur met en place les actions d'information et de formation²⁶⁰⁷ quand le médecin du travail, dans le cadre du suivi individuel, réalise une visite d'information et de prévention²⁶⁰⁸ qui a pour objet d'informer le travailleur sur les risques éventuels auxquels l'expose son poste de travail²⁶⁰⁹. Egalement, l'employeur met en place une organisation et des moyens adaptés²⁶¹⁰ quand le médecin du travail anime et coordonne le service de santé au travail. Les médecins du travail mènent leurs actions en coordination avec les employeurs, les membres du CSE notamment pour les SSTA et, pour les SSTI, dans le cadre des règles définies aux articles L. 4622-7 et suivants du Code du travail qui prévoient notamment une administration paritaire du service ainsi qu'une commission médico-technique, qui élabore un projet de service pluriannuel définissant les priorités d'action et s'inscrivant dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens²⁶¹¹. La constante des rapports entre médecin du travail et employeur est que le premier a une mission

²⁶⁰⁴ C. trav., art. L. 4622-3.

²⁶⁰⁵ C. trav., art. L. 4121-1.

²⁶⁰⁶ C. trav., art. L. 4121-2.

²⁶⁰⁷ C. trav., art. L. 4121-1, 2°.

²⁶⁰⁸ C. trav., art. L. 4624-1.

²⁶⁰⁹ C. trav., art. R. 4624-11.

²⁶¹⁰ C. trav., art. L. 4121-1, 3°.

²⁶¹¹ C. trav., art. L. 4622-14.

de conseil vis-à-vis des employeurs comme des salariés²⁶¹² tandis que l'employeur, seul détenteur du pouvoir d'organisation, est débiteur d'une obligation de sécurité vis-à-vis de ses salariés²⁶¹³. A l'aune de ces quelques exemples, on voit que les rapports entre le médecin et l'employeur doivent être renforcés pour s'inscrire dans une régularité accrue, voire une certaine systématisme, dans certains domaines. C'est le cas notamment pour les deux volets essentiels que sont la fonction de veille et d'alerte sanitaires (1) et le rôle d'accompagnement de l'entreprise dans la prévention des risques (2).

1. La fonction de veille et d'alerte sanitaires

433. Une entreprise collégiale. Renforcer les rapports entre employeur et médecin du travail participe de la nécessaire amélioration de la prévention des risques liés au travail. Y compris en matière de veille et d'alerte sanitaire, cette relation privilégiée compte pour pouvoir protéger les travailleurs. Pour ce faire, non seulement, les liens doivent être renforcés, mais aussi les moyens doivent être adaptés pour permettre une réactivité optimale. L'employeur doit pouvoir s'appuyer sur la spécificité de l'exercice de la médecine du travail qui est fondée sur l'expertise à porter un diagnostic sur le lien entre santé, sécurité et travail. Il faut ainsi organiser un circuit d'information de nature à favoriser l'information du médecin du travail et à son intervention dans les meilleurs délais. En l'état actuel du droit, l'employeur met en place une organisation et des moyens adaptés²⁶¹⁴. Ainsi, il peut, et même doit, s'entourer de personnes compétentes dans divers domaines pour faire face à son obligation de sécurité. Certes, l'employeur doit adhérer à un service de santé. Au-delà, l'employeur et le médecin du travail doivent agir de concert pour préserver la santé des travailleurs²⁶¹⁵. Notamment en matière de veille sanitaire, le recours aux outils permettant la traçabilité des liens santé-travail, comme le dossier médical, dont il faut prévoir une possibilité de traitement et d'exploitation par extraction par le médecin du travail et, plus largement, pour des considérations de santé publique, de manière anonymisée, dans une logique de réseau, à des

²⁶¹² C. trav., art. L. 4622-2.

²⁶¹³ S. Fantoni-Quinton, V. Genty, L'employeur, le médecin du travail et la protection de la santé des travailleurs. Deux acteurs aux responsabilités différentes, *SSL*, mai 2015, n° 1678, pp. 6-9.

²⁶¹⁴ C. trav., art. L. 4121-1, 3°.

²⁶¹⁵ S. Fantoni-Quinton, V. Genty, L'employeur, le médecin du travail et la protection de la santé des travailleurs. Deux acteurs aux responsabilités différentes, *SSL*, mai 2015, n° 1678, pp. 6-9.

niveaux d'intégration adaptés – médecin traitant et spécialistes s'inscrivant dans le parcours de santé du travailleur, médecin inspecteur du travail, inspecteur du travail, ergonomes, toxicologues, psychologues du travail, centres de consultation de pathologie professionnelle, caisses régionales d'assurance maladie, services de maintien dans l'emploi, services sociaux – , ferait avancer grandement ce rôle de vigilance. De même, l'employeur, lorsqu'il constate une anomalie, doit saisir dans les meilleurs délais le médecin du travail pour que ce dernier puisse diligenter les moyens nécessaires pour établir un diagnostic et remédier à la situation avec les moyens que lui offre le service de santé au travail dont il assure l'animation et la coordination, notamment avec le recours à des protocoles. La fonction de veille et d'alerte sanitaires suppose deux aspects : individuel et collectif. La consultation médicale individuelle, guidée par l'activité en milieu de travail, permet de connaître l'activité réelle en entreprise et d'établir le lien entre santé et travail. Ainsi, la clinique du travailleur permet au médecin, à partir de l'observation des symptômes et diagnostics individuels qu'il peut établir, d'interroger les organisations du travail et être force de proposition pour les faire évoluer. La veille sanitaire suppose la collecte régulière et structurée d'informations avec des indicateurs pertinents et leur analyse assortie de signaux d'alerte prédéfinis selon une hiérarchie définissant les priorités adaptées selon les risques connus, les vigilances nécessaires et les objectifs de santé publique poursuivis. Le dispositif de veille permet le recueil d'événements inhabituels de santé pouvant représenter une menace pour la santé publique. Il faut renforcer cette double approche et créer les conditions d'une réponse rapide en mettant en œuvre une articulation entre la veille, l'alerte et la gestion. Ce système suppose la mise en relation des acteurs médicaux comme cliniciens, épidémiologistes notamment et institutions nécessaires. En complément de son caractère réactif, ce dispositif doit s'inscrire également dans une dynamique de promotion de la santé publique²⁶¹⁶.

434. Pour une association étroite. Le Code du travail ne contient pas d'article où apparaissent cumulativement les termes « alerte » et « médecin du travail »²⁶¹⁷. On peut donc en conclure, tout en le déplorant, que le médecin du travail ne soit pas compétent en la matière et, plus grave, qu'il ne soit pas sollicité. L'alerte reste donc de la compétence des salariés et de leurs représentants. En effet, « un membre de la délégation du personnel au comité social et économique exerce les droits d'alerte en situation de danger grave et imminent ainsi qu'en

²⁶¹⁶ Institut de veille sanitaire, *La veille et l'alerte sanitaires en France*, p. 10.

²⁶¹⁷ L. Marescaux, « *L'alerte médicale de l'article L. 4624-3 du Code du travail, un nouvel outil de prévention collective – retour d'expérience d'un médecin inspecteur du travail* », in M. Del Sol, F. Héas, *Variations sur et autour de l'inaptitude en santé-travail*, éd. Octavès, 2016, 246 p.

matière de santé publique et d'environnement »²⁶¹⁸. De plus, « lorsque le représentant du personnel au comité social et économique alerte l'employeur en application de l'article L. 4131-2, il consigne son avis par écrit dans des conditions déterminées par voie réglementaire. L'employeur procède immédiatement à une enquête avec le représentant du comité social et économique qui lui a signalé le danger et prend les dispositions nécessaires pour y remédier. »²⁶¹⁹ En outre, selon l'article L. 4131-1 du Code du travail, « le travailleur alerte immédiatement l'employeur de toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que de toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection. » Seul l'employeur est alerté et le médecin n'est même pas informé²⁶²⁰. Toutefois, en cas de divergence avec l'employeur sur le bien-fondé d'une alerte, le travailleur ou le représentant du personnel au CSE peut saisir le représentant de l'Etat dans le département²⁶²¹. Il existe seulement un devoir de signalement qui prévoit que « 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 »²⁶²². Or, en matière d'alerte, *a fortiori*, le médecin devrait être informé dans les plus brefs délais et être associé, en raison de sa connaissance du travail et par sa double culture individuelle et collective, aux dispositifs. Par son expertise, le médecin du travail, si les moyens lui en sont offerts, sera le plus à même de donner un avis pertinent.

2. La fonction d'accompagnement dans la prévention des risques

435. Sur le terrain. Homme de terrain, par son action en milieu de travail, le médecin du travail se voit offrir un spectre remarquable au regard de son expertise théorique découlant de sa spécificité doublée d'une maîtrise technique du terrain par les actions plurifactorielles

²⁶¹⁸ C. trav., art. L. 2312-60.

²⁶¹⁹ C. trav., art. L. 4132-2.

²⁶²⁰ C. trav., art. L. 4131-2, L. 4133-2, L. 4133-1.

²⁶²¹ C. trav., art. L. 4133-3.

²⁶²² C. trav., art. L. 4624-9.

inhérentes à sa mission. À la fois sur un mode individuel par le suivi des travailleurs qu'il adapte en fonction des examens médicaux qu'il pratique, mais également dans une dimension collective par les visites en entreprise qu'il effectue, les études de poste qu'il réalise, les fiches d'entreprise, rapports annuels, préconisations écrites qu'il rédige, il agit sur le milieu de travail par sa capacité d'écoute, d'analyse, de diagnostic et de signalement. Expert du lien santé-travail, il peut intégrer tous les paramètres pour une prise en compte globale de la santé des travailleurs, que ce soit par sa connaissance des travailleurs et des conditions dans lesquelles ces derniers exercent leur activité, mais également des rythmes et contraintes du milieu de travail qui sont le terrain privilégié du médecin du travail. Il peut ainsi exercer son rôle de conseil à la fois auprès du chef d'entreprise et des travailleurs pour non seulement prévenir les risques professionnels mais aussi améliorer les conditions de travail et assurer ainsi le maintien en emploi. Sa compétence technique multiforme est par conséquent essentielle²⁶²³. Le médecin du travail, en capacité d'accompagner l'entreprise dans sa globalité, mais aussi les travailleurs individuellement, est donc l'acteur le plus pertinent. Le diagnostic cumulativement global par le terrain et la sommation collective des bilans individuels favorisent l'identification des signaux et de l'émergence des maladies professionnelles et la mise en œuvre d'un schéma préventif efficace. De plus, le suivi longitudinal de filières professionnelles, grâce à la prise en compte d'une dimension de branche, dans une logique de santé publique, est aussi une condition de succès de ce rôle d'accompagnement de l'entreprise dans la prévention des risques.

436. En amont. La vision globale et prospective aussi bien dans l'évaluation que dans la prévention des risques grâce à une connaissance aigüe du travail réel permet un travail d'anticipation que doit réaliser l'employeur, entreprise dans laquelle le médecin du travail doit occuper une place de premier plan dans son rôle de conseil et de proposition, au service de la préservation de la santé des travailleurs. En effet, les modalités de mise en œuvre de l'action en milieu de travail sont arrêtées au niveau de l'entreprise en fonction de l'évaluation du risque. Les propositions doivent être élaborées sous l'égide du médecin du travail et inscrites dans le plan de santé au travail de l'entreprise. Au Québec, le médecin est chargé, avec l'équipe pluridisciplinaire, d'élaborer un programme de santé au travail en entreprise en co-construction avec l'équivalent local du CSE. Intégrés à la stratégie globale des grandes entreprises, ces programmes destinés à favoriser le bien-être en milieu de travail participent

²⁶²³ J. Mouchikhine, B. Renelier, La médecine du travail : prévention des risques ou accompagnement des salariés, *JSL*, n° 382-383, févr. 2015, n° 815, pp. 339-344.

d'une meilleure implication du personnel et favorisent la productivité. Le médecin du travail doit être totalement investi comme « facilitateur d'interventions centrées sur la personne et bien entendu comme conseil de l'entreprise, y compris des TPE. »²⁶²⁴ L'adaptation de la fiche d'entreprise aux petites et très petites entreprises²⁶²⁵ est possible, premièrement, en prolongeant la logique de délégation de tâches pour l'élaboration des fiches d'entreprises. Aller jusqu'au bout de cette logique consisterait dès lors à prévoir que la fiche d'entreprise est établie par le service de santé au travail sous la responsabilité du médecin du travail. Deuxièmement, l'autorisation des formules de fiches collectives et simplifiées pour les petites entreprises relevant du même métier et présentant des risques communs serait aussi une mesure facilitatrice. On pourrait ainsi envisager de valider la formule de fiches par branche ou par activité. Troisièmement, le regroupement ou la fusion du document unique et de la fiche d'entreprise dans les très petites entreprises (moins de 10 salariés) faciliterait la tâche de l'employeur et garantirait donc une meilleure préservation de la santé des travailleurs. Dans la pratique, on observe que l'intervention des services de santé au travail, dans le cadre de la fiche d'entreprise, sert souvent de base à l'établissement par l'employeur de son document unique d'évaluation des risques professionnels. Néanmoins, ce type de mesure ne doit pas induire une confusion des rôles. On pourrait par exemple envisager que le document unique, présenté par l'employeur sous sa responsabilité comporte une partie médicale et/ou soit visé par le médecin du travail²⁶²⁶. De manière globale, il faut aller dans le sens de la recommandation du Rapport Frimat²⁶²⁷ qui prévoit l'élaboration d'un plan pluriannuel de santé au travail pour chaque entreprise. De plus, il faut remédier à la dispersion actuelle de l'activité en milieu de travail en prenant l'entreprise comme principe fédérateur d'organisation – le plan d'activité du médecin du travail doit être mis en adéquation avec les priorités de la politique de santé au travail et la réalité des risques par un mécanisme institutionnel. Enfin, le médecin doit être pleinement associé à l'évaluation des risques de manière effective et opérationnelle alors qu'aujourd'hui le premier interlocuteur auquel pensent les entreprises en la matière est leur cabinet d'avocats, leur comptable... On peut se demander pourquoi le préventeur n'est-il pas dans le paysage ou dans la pensée collective. On ne pense pas assez à eux, au-delà du fait que le raisonnement réglementaire et juridique prime

²⁶²⁴ *Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels*, Rapport pour la direction générale du travail, ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, décembre 2007, pp. 321 et s.

²⁶²⁵ Rapport Frimat, p. 65.

²⁶²⁶ Rapport Frimat, p. 65.

²⁶²⁷ Rapport Frimat, pp. 63-64.

bien souvent. Or, quand un médecin intervient à propos d'un salarié dans une toute petite entreprise, il est identifié, procède à une étude de poste, et des difficultés qui se posent peuvent lui être confiées pour ainsi lui permettre de mieux appréhender le travail réel et d'être force de proposition pour y porter remède.

B. Vers un nouveau rapport juridique entre médecin et employeur

437. Favoriser l'accompagnement de l'employeur passe aussi par une évolution du rapport entre médecin et employeur dans sa dimension juridique. L'employeur doit mettre en œuvre les principes généraux de prévention²⁶²⁸ en application de son obligation générale de sécurité et le médecin du travail doit préserver la santé des travailleurs²⁶²⁹. Or, les liens insuffisants existant en droit positif entre ces deux protagonistes souffrent d'une double difficulté : fonctionnelle et juridique. D'une part, la répartition des missions pose difficulté. De l'autre, les règles doivent évoluer, notamment, dans le sens d'une déconnexion juridique de l'entreprise (1), mais aussi d'une adaptation du financement de la Santé au travail (2).

1. La déconnexion juridique de l'entreprise

438. Contrat de travail et santé. Mieux appréhender la complexité juridique du contrat de travail permet de repenser la place du salarié dans ce système juridique, de modéliser et de conceptualiser l'obligation de sécurité, obligation contractuelle issue du contrat de travail dont découle directement l'impératif de non-altération de la santé du salarié par le fait ou à l'occasion de son travail, et donc l'impératif d'assurer la prévention par une institution spécialisée qu'est la médecine du travail. L'explication juridique consiste à considérer que l'obligation de sécurité de l'employeur est une contrepartie du lien de subordination²⁶³⁰ : donner des ordres pour commander le salarié et orienter sa force de travail mais sans altérer sa santé car, dans ce mécanisme, il perd de son libre arbitre et est tributaire, en quelque sorte, du

²⁶²⁸ C. trav., art. L. 4121-1.

²⁶²⁹ C. trav., art. L. 4622-2.

²⁶³⁰ A. Supiot, Les nouveaux visages de la subordination, *Dr. soc.* 2000.131 et s.

pouvoir de direction et des choix de gestion de l'employeur, dans certaines limites. Il est donc cohérent que ce dernier assume les conséquences de cette réalité dans le cadre d'une responsabilité bien dimensionnée. Ainsi, penser les nouveaux principes de la médecine du travail revient à repenser les rapports qui existent entre santé et travail - dans les effets, voire les altérations, qu'il peut impacter sur la personne du travailleur et sur sa santé – et, par ricochet, sur le travail lui-même. Autrement dit, réfléchir à la santé au travail sous le prisme de la médecine du travail revient à s'interroger sur le travail lui-même, sur le rapport qui existe entre la personne du travailleur et l'activité, c'est-à-dire le travail. En effet, le contrat de travail a ceci de particulier que, selon Ripert et Boulanger, « c'est la personne humaine qui est en réalité l'objet du contrat, en même temps qu'elle en est le sujet »²⁶³¹. Par l'élément constitutif du contrat de travail qu'est la prestation de travail, objet du contrat de travail, c'est en fait la personne du salarié qui est visée. Comme pour les contrats plus classiques, pour lesquelles la chose doit être préservée²⁶³², dans le cadre du contrat de travail, il faut préserver la prestation de travail, émanation du corps²⁶³³, c'est-à-dire la personne du travailleur. Pour que la personne demeure employable, et surtout productive, il faut au surplus qu'elle ne subisse pas d'altération de santé du fait ou à l'occasion de son travail car la responsabilité de l'employeur peut être engagée. « On ne saurait mieux caractériser l'impossibilité de constituer un droit civil du travail : le contrat de travail est par nature illicite puisque conclu en méconnaissance du principe incontournable selon lequel la personne, qui n'est pas dans le commerce, ne peut être l'objet d'un contrat²⁶³⁴. »²⁶³⁵ « L'objet de la prestation caractéristique du contrat de travail - celle du salarié - est sa force de travail²⁶³⁶ »²⁶³⁷, affirmation parfois

²⁶³¹ Traité élémentaire..., 4^e éd. LGDJ, 1952, t. II, n° 2948.

²⁶³² C. civ., art. 1137 anc. : L'obligation de veiller à la conservation de la chose, soit que la convention n'ait pour objet que l'utilité de l'une des parties, soit qu'elle ait pour objet leur utilité commune, soumet celui qui en est chargé à y apporter tous les soins d'un bon père de famille. Cette obligation est plus ou moins étendue relativement à certains contrats, dont les effets, à cet égard, sont expliqués sous les titres qui les concernent.

²⁶³³ Th. Revet, L'objet du contrat de travail, *Dr. soc.* 1992, p. 859 ; M. Bonnechère, Le corps laborieux, réflexion sur la place du corps humain dans le contrat de travail, *Dr. ouvr.* 1994, n° 545, pp. 173-185 ; E. Mazuyer, « Le corps et le droit du travail : au cœur d'un paradoxe », *La revue des droits de l'homme*, 8, 2015 ; F. Meyer, *Le corps humain en droit du travail*, Thèse de doctorat, Université Strasbourg III, Octobre 1985 ; C. Ursini, *Le corps de la personne au travail*, Thèse de doctorat, Université Lyon 2, Octobre 2013.

²⁶³⁴ C. civ., art. 1128 anc., 1162 nouv. ; M. Fabre-Magnan, Le contrat de travail défini par son objet, in A. Supiot (dir.), *Le travail en perspectives*, LGDJ, 1998, p. 101 et s. spéc. p. 122.

²⁶³⁵ Aspects civilistes des relations individuelles de travail, *RTD civ.* 2002, p. 435 ; A. Supiot, Critique du droit du travail, PUF, 1994 ; Th. Revet, L'objet du contrat de travail, *Dr. soc.* 1992.859 et s. ; Th. Revet, La force de travail, étude juridique, préface F. Zenati, Litec, 1992, 1^{re} partie, titre II.

²⁶³⁶ Cf. Th. Revet, « La force de travail », (Étude juridique), Thèse, Montpellier I, 1991, Bibliothèque de droit de l'entreprise, Litec, T. 28, 1992, Préface F. Zénati. Le présent article est largement inspiré par la première partie de cette étude - « La force de travail, objet de contrat ». La seconde partie envisage la force de travail dans sa qualité de source de valeurs.

contestée²⁶³⁸. Dans cette logique, il est important de préciser que le contrat de travail ne s'annule pas²⁶³⁹, ce qui peut s'expliquer par l'engagement corporel et intellectuel du salarié qui ne peut être occulté. Il convient donc, et c'est une exigence d'ordre public de protection²⁶⁴⁰, de préserver au maximum la santé des travailleurs. Selon le Professeur Alain Supiot, « l'objet de l'obligation qui forme la matière de l'engagement [est] l'obéissance aux ordres »²⁶⁴¹. « Afin que l'employeur puisse jouir de la force de travail qu'il prend en location, qu'il s'assure de l'effectivité de cette location, il ne peut faire autrement que se saisir de la volonté sans laquelle cette force reste inerte. Si cette volonté n'est pas soumise, la jouissance de la force de travail est illusoire ; elle est au pouvoir du salarié. »²⁶⁴² « Cette soumission affecte, alors, le salarié dans l'une des prérogatives essentielles de sa qualité de sujet de droit : l'autonomie d'action. »²⁶⁴³ « En un mot, pour obtenir la chose - la force de travail - il faut atteindre la personne - le salarié. »²⁶⁴⁴ Selon Ripert, « le travail [*i.e.* la force de travail] c'est l'homme même, dans son corps et dans son esprit, et il n'y a pas là l'objet possible d'un contrat de droit privé »²⁶⁴⁵. « L'argument décisif contre l'assimilation du contrat de travail aux conventions ayant pour objet la personne physique réside alors, d'autre part, dans le fait que, précisément, ce contrat n'engage pas exclusivement la personne physique. En effet, l'engagement de la force de travail s'opère par la subordination de la volonté du salarié : l'implication du corps n'en est qu'une résultante ; elle en découle. Le corps ne constitue donc point le seul objet de l'opération »²⁶⁴⁶. Or « il n'y a pas acte sur le corps humain lorsque celui

²⁶³⁷ A. Rouast, art. précité, n° 9, p. 667 ; M. Planiol, « Traité élémentaire de droit civil », 1907, T. II, n° 1827 ; G. Cornil, « Du louage de service au contrat de travail », Étude sur les rapports juridiques entre les patrons et les ouvriers employés dans l'industrie, Thèse, Paris, 1895, Thonin et fils éditeurs, p. 5 ; R. Sennellart, « Des contrats de louage de services passés par les médecins. Thèse, Lille, 1940, p. 76 ; L. Al-Kouchairi, « Les critères juridiques du contrat de travail », Thèse, Genève, 1968, p. 68 ; G. Poulain, « Les conséquences de l'inégalité sur la situation juridique du travailleur, *Dr. soc.* 1981, n° 3, p. 754 ; A. Berenstein, « Le contrat de travail, un siècle d'évolution législative », in « Le centenaire du code des obligations », Éditions universitaires, Fribourg, Suisse, 1982, p. 237 ; J. Rivero et J. Savatier, *op. cit.*, p. 79 ; Mais ces derniers auteurs opposent, par ailleurs, la force de travail et la personne ! (J. Rivero, « Les libertés publiques dans l'entreprise », *Dr. soc.* 1982, p. 423 ; J. Savatier, « La liberté dans le travail », *Dr. soc.* 1990, p. 51).

²⁶³⁸ F. Collart-Dutilleul et Ph. Delebecque, « Contrats civils et commerciaux », Dalloz, 1991, n° 696, p. 477. A. Beaucourt, « Le contrat de travail. Nature juridique et principaux effets. Droit civil et législations comparées », Thèse, Paris, 1912, p. 156.

²⁶³⁹ C. Freyria, Nullité du contrat de travail et relation de travail, *Dr. soc.* 1960.619.

²⁶⁴⁰ G. Couturier, L'ordre public de protection ; heurts et malheurs d'une vieille notion neuve, in *Mélanges Flour*, p. 95 et s.

²⁶⁴¹ A. Supiot, « Le juge et le droit du travail », Thèse, Bordeaux, 1979, p. 127.

²⁶⁴² Aspects civilistes des relations individuelles de travail, *RTD civ.* 2002, p. 435.

²⁶⁴³ Th. Revet, L'objet du contrat de travail, *Dr. soc.* 1992, p. 859.

²⁶⁴⁴ Aspects civilistes des relations individuelles de travail, *RTD civ.* 2002, p. 435.

²⁶⁴⁵ G. Ripert, « Les forces créatrices du droit », *LGDJ*, 1955, n° 109, p. 275.

²⁶⁴⁶ Contra, A. Supiot, précité note 21. Mais l'auteur écrit, par ailleurs que « l'essence du rapport salarial est la soumission du corps *et de la volonté* du travailleur », (Thèse précitée, p. 234 (nous soulignons)). Plus nettement

qui s'engage engage son corps et sa propre volonté, c'est-à-dire sa personne »²⁶⁴⁷. « Il a, d'ailleurs, fallu une disposition législative spéciale pour légitimer le retrait du salarié « d'une situation de travail », lorsqu'il eut « un motif raisonnable de penser qu'elle présentait un danger grave et imminent pour (sa) vie ou (sa) santé »²⁶⁴⁸. »²⁶⁴⁹ Néanmoins, « la législation industrielle, puis le droit du travail étant fondés sur un souci de protection de la personne²⁶⁵⁰, ils vont, entre autres, restreindre continûment la sphère de la subordination. »²⁶⁵¹

439. L'exemple québécois. Au Québec, intégrée dans le réseau public de Santé, la médecine du travail est hors de l'entreprise. Les médecins ne sont pas des salariés de l'entreprise ou des entreprises dans lesquelles ils interviennent et sont rémunérés par la Régie d'assurance maladie sur la base des actes accomplis. Cela traduit l'idée que la santé au travail fait partie des préoccupations de santé publique. Il ne s'agit pas d'une préoccupation d'ordre privé relevant du rapport singulier employeur/salarié. Les services de santé au travail fonctionnent en équipe, composée généralement d'un médecin responsable, d'un infirmier et d'un technicien en hygiène industrielle. Déconnectée de la notion d'aptitude, la mission principale des médecins du travail s'inscrit avant tout dans une démarche de prévention des risques pour la santé. Le programme de santé, propre à l'établissement et élaboré par le médecin responsable, prévoit plusieurs mesures parmi lesquelles la détection des risques, l'information des acteurs, les mesures de surveillance médicale ou encore l'établissement et la mise à jour des travailleurs exposés à un contaminant. Le médecin veille à l'application du programme. Il doit aussi signaler aux différents intervenants toute déficience susceptible de nécessiter une mesure de prévention et informer les travailleurs des situations pouvant les exposer à un danger, sous peine de voir sa responsabilité engagée^{2652 2653}.

440. Pour des rapports juridiques nouveaux. Pour permettre un accompagnement accru des acteurs principaux en santé au travail que sont l'employeur et le médecin du travail, il faut repenser les rapports juridiques qui les lient et repenser la relation triangulaire avec le

encore, p. 115 ; « L'objet de l'engagement du salarié est de renoncer à sa volonté autonome, de la soumettre à celle de l'autre partie ». Sur cette question, cf. *infra*, n° 17 et note 43.

²⁶⁴⁷ F. Chabas, « Le corps humain et les actes juridiques en droit français », in « Le corps humain et le droit », Travaux de l'Association H. Capitant, T. XIII, Sirey, 1975, p. 147.

²⁶⁴⁸ C. trav., art. L. 4131-3. Cf. A. Bousiges, « Le droit des salariés de se retirer d'une situation dangereuse pour leur intégrité », *Dr. soc.* 1991, pp. 279 et s. G. Lachaise, « Le droit de retrait des salariés de leur poste de travail », *JCP*, 1991, I, 88.

²⁶⁴⁹ Th. Revet, L'objet du contrat de travail, *Dr. soc.* 1992, p. 859.

²⁶⁵⁰ Cf. P. Horion, « La protection de la personnalité en droit social belge », in « La protection de la personnalité en droit privé », Travaux de l'Association H. Capitant, T. XIII, Sirey, 1963, p. 147.

²⁶⁵¹ Th. Revet, L'objet du contrat de travail, *Dr. soc.* 1992, p. 859.

²⁶⁵² « *Les institutions et les acteurs en santé au travail au Québec et en France : regard croisé* », N. Ferré, institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux, INSERM, EHESS, Université de Paris XIII, CNRS.

²⁶⁵³ Rapport Dellacherie, Frimat, Leclercq, 2010, pp. 31-32.

travailleur. En effet, on ne peut assurer une collaboration pertinente et fructueuse que dans le respect des compétences et des responsabilités de chacun mais en toute indépendance de l'un, expert, vis-à-vis de l'autre, décideur. De plus, le lien de subordination doublé de l'obligation de sécurité du salarié²⁶⁵⁴ participe d'un certain brouillage dans les rôles et les responsabilités en présence. En outre, l'inconfort du lien de subordination du médecin du travail est réel, même si ce dernier dispose d'une indépendance certaine et d'une certaine autonomie. Enfin, l'employeur est comptable des expositions auxquelles il soumet le salarié, d'où l'intérêt, grâce à l'action du médecin du travail, de retracer le plus fidèlement possible à la réalité le *curriculum laboris* du salarié, permettant ainsi d'assurer le suivi des expositions passées du salarié et de mettre en place la prévention primaire pour les nouvelles. La tendance de la jurisprudence remettant en question l'obligation de sécurité²⁶⁵⁵ dans sa dimension de résultat, au profit d'une obligation de moyens renforcée, est de nature à permettre une évolution dans le sens d'une coaction employeur/médecin du travail, même si l'employeur demeure responsable. De plus, la responsabilisation des services de santé au travail²⁶⁵⁶, dans le contentieux des visites médicales d'inaptitude, peut laisser penser à une possibilité de mise en cause de la responsabilité du médecin lui-même²⁶⁵⁷. Or, d'une part, l'écran du service et la

²⁶⁵⁴ C. Radé, L'obligation de sécurité du salarié, *Dr. ouvr.* 2012, pp. 578-582 ; A. Fabre, L'obligation de sécurité du salarié ou l'histoire d'une fausse autonomie, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 39 ; C. André, « L'obligation salariale de sécurité est-elle une obligation de sécurité ? », *JCP éd S* 2008, 1094 ; S. Bourgeot, M. Blatman, P.-Y. Verkindt, « L'état de santé du salarié », éd. Liaisons 2014 ; P. Chaumette, « Commentaire de la loi du 31 décembre 1991 relative aux obligations de l'employeur et du salarié en matière de sécurité a travail », *Dr. soc.* 1992, p. 337 ; A. Coeuret, « La responsabilité du salarié en matière de sécurité et prévention des risques professionnels », rapp. annuel de la Cour de cassation, la Doc. fr. 2002, p. 87 ; D. Corrigan-Carsin, « L'obligation de sécurité du salarié », Mélanges dédiés à B. Bouloc, Dalloz 2006, p. 233 ; F. Duquesne, « L'obligation de sécurité du délégué de pouvoir », *Dr. soc.* 2010, p. 954 ; F. Favennec-Héry, « L'obligation de sécurité du salarié », *Dr. soc.* 2007, p. 687 ; Y. Saint-Jours, « L'obligation de sécurité du salarié : prévention et responsabilité », *Dr. ouvr.* 2007, p. 560 ; P. Sargos, « L'évolution du concept de sécurité au travail et ses conséquences en matière de responsabilité », *JCP éd. G.* 2003, I. 104 ; R. Vatinet, « En marge des « affaires de l'amiante » : l'obligation de sécurité du salarié », *Dr. soc.* 2002, p. 533.

²⁶⁵⁵ M. Blatman, L'obligation de sécurité, *Dr. soc.* 2011, p. 743 ; P.-Y. Verkindt, S. Fantoni-Quinton, Obligation de résultat en matière de santé au travail. A l'impossible, l'employeur est tenu ?, *Dr. soc.* 2013, p. 229 ; P.-Y. Verkindt, Un signe fort de la maturité sur l'obligation de sécurité de résultat, *SSL* n° 1726, p. 11 ; P.-Y. Verkindt, Les obligations de sécurité du chef d'entreprise : aspects de droit civil, *SSL*, suppl. n° 1286, 2005, p. 25 ; L. de Montvalon, Le crépuscule de l'obligation de sécurité de résultat, *JSL*, mars 2018, n° 449, pp. 4-7 ; L. de Montvalon, De l'obligation de sécurité à l'obligation de prévention des risques, *Les Cah. Lamy du CE*, n° 155, 1^{er} janvier 2016.

²⁶⁵⁶ Cass. civ., 1^{ère}, 19 déc. 2013, n° 12-25.056.

²⁶⁵⁷ R. Jambu-Merlin, « Le médecin du travail la responsabilité civile », *Dr. soc.* juin 1963, pp. 334-340 ; P.-Y. Verkindt, « La responsabilité du médecin du travail », 26^{ème} congrès de médecine du travail, 8 juin 2000, Lille, p. 75-78 ; 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*, 2011, vol. 72, n° 1, pp. 4-12 ; A. Jeammaud, « Médecine du travail et responsabilité civile », *Dr. soc.* 1980, n°4 ; C. Manaouil, « La responsabilité du médecin du travail », mémoire pour l'obtention de DEA, sous la direction de P.-Y. Verkindt ; La responsabilité en médecine du travail, *Liaisons soc.* 1993, pp. 81-89 ; J. Savatier, « La médecine du travail, chronique de jurisprudence », *Dr. soc.*, 1986, pp. 784 ; Services de santé au travail, *Liaisons*

responsabilité du commettant du fait du préposé semblent contenir cette possibilité. Néanmoins, la responsabilité du médecin en matière de conseil²⁶⁵⁸ ou de signalement²⁶⁵⁹ paraît être une évidence. En revanche, il ne peut endosser la responsabilité de l'employeur et servir d'écran à ce dernier. En d'autres termes, une responsabilité *in solidum* ne doit pas être retenue. En cas de manquement ou de faute du médecin, cette responsabilité doit pouvoir renforcer l'indemnisation du salarié et non exonérer l'employeur de sa responsabilité, à l'exception d'hypothèses particulièrement graves ayant rendu le rôle de l'employeur totalement inopérant du fait fautif du médecin. En effet, contrairement à l'employeur, le médecin du travail ne dispose pas du pouvoir d'organisation. Par conséquent, il ne peut être tenu pour responsable d'un hypothétique défaut de protection de la santé des travailleurs. Il peut en revanche participer activement, aux côtés de l'employeur, à la mise en place d'une politique de prévention des risques dans l'entreprise, que ce soit au niveau de l'évaluation ou des actions à proprement parler, pour peu que l'employeur en décide ou que le Code du travail le prévoie. Seuls le travailleur et l'employeur ont une obligation de sécurité, aidés en cela par le médecin du travail qui intervient en support ou au titre de son obligation de conseil qui se manifeste notamment par la formulation de préconisations qu'il est amené à faire, dans une démarche de prévention collective, à destination de l'employeur. Or, jusqu'ici, ce dernier demeure seul responsable, l'insuffisance de conseil du médecin du travail, le cas échéant, ne l'exonérant pas de sa responsabilité. En effet, « lorsque sa responsabilité est mise en cause, l'employeur tente de s'en dégager en se retranchant derrière les conseils donnés par le médecin du travail. Mais la Cour de cassation a rappelé à plusieurs reprises que l'employeur ne peut minorer sa responsabilité en cas d'absence ou d'insuffisance de conseils du médecin du travail »²⁶⁶⁰. « Contrairement à l'employeur, le médecin du travail n'est pas tenu de prendre toutes les mesures (n'ayant pas le pouvoir de direction de l'employeur), ni même de toutes les préconiser. Il lui incombe seulement de recommander des mesures en vue de protéger la santé des travailleurs »²⁶⁶¹. Ainsi, l'absence de préconisations de la part du médecin du travail ne peut délier l'employeur de ses obligations quant à la prévention des

soc., novembre 2012 ; E. Jeansen, Responsabilité d'un service de santé au travail défaillant, *JCP S* 2012, n° 1444 ; S. Béal et A.-L. Dodet, Un premier pas vers la reconnaissance d'une responsabilité civile du médecin du travail, *JCP E* 2012, n° 1492 ; P. Sargos, Réflexions sur les accidents médicaux et la doctrine jurisprudentielle de la Cour de cassation en matière de responsabilité médicale, *D.* 1996, pp. 365-370.

²⁶⁵⁸ C. trav., art. L. 4622-2.

²⁶⁵⁹ C. trav., art. L. 4624-9.

²⁶⁶⁰ S. Fantoni-Quinton, V. Genty, L'employeur, le médecin du travail et la protection de la santé des travailleurs. Deux acteurs aux responsabilités différentes, *SSL*, mai 2015, n° 1678, pp. 6-9.

²⁶⁶¹ S. Fantoni-Quinton, V. Genty, L'employeur, le médecin du travail et la protection de la santé des travailleurs. Deux acteurs aux responsabilités différentes, *SSL*, mai 2015, n° 1678, pp. 6-9.

risques professionnels. En effet, l'absence de mise en garde et de préconisation par le médecin du travail ne permet pas à l'employeur de se soustraire à son obligation de sécurité. « Il appartient en effet à l'employeur de solliciter en amont les conseils du médecin du travail. Même lorsque l'employeur respecte les préconisations du médecin du travail, sa responsabilité peut être engagée si la santé des salariés a été altérée »²⁶⁶². « L'absence ou le manque d'actions de la part du médecin du travail ne peut délier l'employeur de ses obligations »²⁶⁶³. Ainsi, même en l'absence d'alerte, ou de signalement, du médecin, la faute inexcusable de l'employeur peut être reconnue. Même en l'absence de préconisation de la part du médecin, l'employeur est tenu d'adapter le poste de travail de ses salariés. Or, si le médecin est amené à mieux connaître l'état de santé des travailleurs en raison d'un accès au dossier médical de ces derniers, à être plus présent sur le milieu de travail par des actions collectives, ainsi qu'à être systématiquement informé des éléments faisant état de risques ou d'expositions des travailleurs à des risques, alors, la quasi absence de responsabilité du médecin du travail peut être revisitée.

441. Pénalement. Naturellement, si l'employeur est au premier chef responsable lorsque l'organisation du service de santé au travail ne correspond pas aux exigences légales²⁶⁶⁴, il n'en reste pas moins que, d'un point de vue pénal, le médecin du travail pourrait être condamné s'il refusait d'accomplir certaines de ses missions ou s'il méconnaissait l'organisation légale du service. Citons, à titre d'exemple, le refus d'établir la fiche d'entreprise, le rapport annuel d'activité ou d'accomplir les visites médicales obligatoires. Par ailleurs, bien que sa mission soit consacrée uniquement à la médecine préventive, le médecin du travail reste tenu, comme tout citoyen, de porter assistance médicale à toute personne en péril²⁶⁶⁵. L'article 121-3 du Code pénal permet de rechercher une responsabilité pénale indirecte lorsque la négligence du médecin a contribué à la commission d'un délit tel qu'une atteinte involontaire à la vie²⁶⁶⁶, à l'intégrité de la personne²⁶⁶⁷ et, surtout, une mise en danger

²⁶⁶² S. Fantoni-Quinton, V. Genty, L'employeur, le médecin du travail et la protection de la santé des travailleurs. Deux acteurs aux responsabilités différentes, *SSL*, mai 2015, n° 1678, pp. 6-9.

²⁶⁶³ S. Fantoni-Quinton, V. Genty, L'employeur, le médecin du travail et la protection de la santé des travailleurs. Deux acteurs aux responsabilités différentes, *SSL*, mai 2015, n° 1678, pp. 6-9.

²⁶⁶⁴ C. trav., art. R. 4745-1 à R. 4745-3 et L. 4745-1.

²⁶⁶⁵ C. pén., art. 223-6. Ex. : refus d'intervenir pour porter les premiers secours à un salarié gravement accidenté ou d'examiner un salarié se plaignant de vives douleurs ; médecin qui s'abstiendrait d'alerter les autorités compétentes et le salarié alors même qu'il serait informé d'une exposition à des produits dangereux conduisant à l'empoisonnement du salarié.

²⁶⁶⁶ C. pén., art. 221-6.

²⁶⁶⁷ C. pén., art. 222-19.

d'autrui²⁶⁶⁸. Pour que le médecin du travail soit poursuivi, il importe toutefois qu'il lui soit reproché d'avoir violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou les règlements ou commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'il ne pouvait ignorer. Le médecin est tenu d'une obligation de conseil et d'alerte de l'employeur et du salarié sur les dangers que leur emploi peut occasionner²⁶⁶⁹. S'il ne respecte pas cette obligation de conseil et n'informe pas le salarié et l'employeur d'un risque immédiat d'accident ou lié à un produit dangereux, le médecin du travail méconnaît une obligation particulière de sécurité. Comme tout médecin, le médecin du travail est passible de sanctions pénales si son exécution des actes médicaux vient à enfreindre des interdictions légales et porter atteinte à autrui. Toutefois, il convient de rappeler que le « risque » étant intimement lié à la pratique médicale, ces infractions pénales ne concernent que des fautes manifestes et ne sont susceptibles d'être retenues que dans des cas exceptionnels.

442. Civilement. C'est par l'arrêt Mercier du 20 mai 1936 que la Cour de cassation a reconnu l'existence d'une responsabilité du médecin fondée sur un contrat tacite conclu avec son patient²⁶⁷⁰. Se crée donc entre le patient et le médecin un contrat de soins qui est un contrat synallagmatique, sui generis et oral et la responsabilité qui en découle pour le médecin est une responsabilité contractuelle fondée sur les articles 1217 et 1231-1 du Code civil. Depuis cette reconnaissance de l'existence d'une responsabilité médicale, les obligations mises à la charge du médecin n'ont cessé de se multiplier : obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances, obligation de prudence et de diligence, recueil du consentement éclairé du patient, obligation de sécurité de résultat en matière de maladie nosocomiale. Enfin, le Conseil d'Etat a reconnu l'existence d'une responsabilité médicale sans faute dans l'arrêt Bianchi du 9 avril 1993²⁶⁷¹. Cette extension de la responsabilité médicale concerne également la médecine du travail et a conduit, depuis quelques années, les praticiens à s'interroger. La médecine du travail demeure une médecine préventive, et l'on peut donc s'interroger sur les différents types de responsabilité que peut encourir un praticien dans l'exercice de ses fonctions. De plus, le statut du médecin du travail est particulier puisqu'il est salarié soit de l'entreprise dans laquelle il intervient soit d'un service de santé interentreprises. Les dommages sont rares, en raison de la nature essentiellement préventive

²⁶⁶⁸ C. pén., 223-1.

²⁶⁶⁹ C. trav., R. 4623-1.

²⁶⁷⁰ Cass. civ., 20 mai 1936, D. 1936, I. p. 88 ; S. 1937, I, 321, note Breton ; JCP 1936, 1079.

²⁶⁷¹ CE 9 avr. 1993, n° 69336.

de la médecine du travail et de la difficulté de rapporter la preuve d'un lien de causalité entre un préjudice survenu et la faute éventuelle du médecin du travail. S'agissant des faits dommageables pouvant être imputés au médecin du travail, on peut citer d'une part les fautes possibles du médecin du travail et d'autre part les dommages susceptibles d'être causés. On peut ici distinguer les fautes de prévention des fautes proprement médicales. Pour les premières, il peut s'agir d'une carence, d'une erreur dans la mission de conseil, ou de l'omission de procéder à un examen médical, auquel le médecin était chargé de convoquer le salarié. Il peut s'agir également de la pratique incomplète d'un examen, d'une erreur d'appréciation de l'opportunité d'examiner un salarié soumis à une surveillance médicale particulière ou du défaut de prescription d'examens complémentaires. Dans d'autres cas, la faute sera plutôt de type administratif : erreur ou négligence dans la confection des dossiers ou fiches de suivi. Ces fautes de prévention visent surtout l'erreur d'appréciation de l'aptitude du salarié à occuper ou conserver tel poste ou à reprendre le travail à l'issue d'une maladie ou après un accident, ainsi qu'à l'omission de proposer à l'employeur une mesure propre à sauvegarder la santé des salariés. S'agissant des fautes proprement médicales, on peut distinguer fautes techniques et fautes déontologiques. S'agissant des fautes techniques, on peut citer l'erreur de diagnostic commise lors d'un examen, c'est-à-dire de la faute dont la preuve est sans doute la plus difficile à rapporter. En effet, cette preuve suppose que l'état de santé du salarié ait été assez altéré au moment de l'examen pour que la vigilance du médecin ait dû être éveillée. La faute peut en outre résider dans une erreur thérapeutique commise à l'occasion de soins d'urgence prodigués à un salarié. Ici, peut se poser la question de la reconnaissance d'un contrat de soins. On peut enfin imaginer une faute commise lors d'une vaccination. La faute déontologique, dommageable à un salarié, susceptible d'être commise par un médecin du travail est essentiellement la violation du secret professionnel. Une médecine préventive ne peut toutefois remplir sa fonction que si des indications relatives à la santé du salarié sont communiquées à l'employeur. S'agissant des dommages susceptibles d'être causés, ils paraissent sensiblement plus diversifiés que ceux que l'on peut voir imputés à un médecin traitant. C'est sur le terrain de la détermination du rôle causal de la faute du praticien que surgissent les principales difficultés pratiques de la responsabilité civile en médecine du travail. Comment apprécier le rôle causal d'une carence préventive dans un état de santé altéré qu'elle n'a pas engendré mais qu'elle a, tout au plus, empêché de prévenir ? En cas d'AT/MP, la responsabilité de l'employeur ne peut être engagée qu'en cas de faute inexcusable ou de faute intentionnelle. Il n'est pas possible de rechercher la responsabilité de

ses préposés, sauf faute intentionnelle. Précisons que si le médecin du travail est employé directement par l'employeur dans le cadre d'un SSTA, un salarié victime d'un AT/MP ne peut pas, sauf faute intentionnelle, demander sa condamnation à des dommages-intérêts en raison de sa faute et du lien de celle-ci avec son accident. Ce principe a été jugé par la Cour de cassation s'agissant de la faute d'un médecin du travail dans l'aggravation d'une fracture sur le lieu de travail²⁶⁷². A l'inverse, si le médecin du travail est employé par un SSTI, il n'est plus le préposé de l'entreprise où est survenu l'accident du travail ou la maladie professionnelle mais celui du SSTI. Par conséquent, ce dernier peut être jugé coresponsable d'une faute inexcusable de l'employeur, ou totalement responsable d'un dommage pour lequel l'employeur n'a pas de responsabilité identifiable. Dans cette hypothèse, l'employeur devra prouver que la faute du médecin a concouru à la réalisation de l'accident du travail, en concurrence avec sa propre faute inexcusable. Pour que la responsabilité du médecin du travail (service autonome ou interentreprises) soit engagée en cas de carence ou de faute dans le suivi médical des salariés, il importe que soit constatée sa négligence dans l'exécution de sa mission de suivi médical. Or, le médecin du travail n'est pas tenu, lors de ces visites, de faire une vérification totale de l'état de santé, mais simplement de pratiquer des examens qui sont en relation soit avec l'activité, soit avec l'environnement du salarié. Seuls des signes décelables peuvent alerter le médecin du travail et le pousser à un examen médical poussé. En revanche, dès lors qu'il a connaissance d'une possibilité de pathologies graves pour le salarié, mais s'abstient de demander des examens complémentaires et d'en informer le salarié, le médecin du travail commet une négligence engageant sa responsabilité. Par exemple, un médecin en possession d'une radiographie thoracique évoquant la possibilité d'une tuberculose pulmonaire qui ne procéderait pas procéder aux examens médicaux complémentaires nécessaires fait preuve de négligence. Un employeur peut-il rechercher la responsabilité du médecin s'il ne les conseille pas sur des risques existants ? Dans le cas d'un service autonome, la faute d'un médecin salarié ne peut lui être reprochée que s'il s'agit d'une faute lourde. La faute lourde est une faute d'une telle gravité qu'elle suppose l'intention de nuire. Dès lors, une négligence dans l'obligation de conseil ne saurait caractériser une faute lourde. Dans le cas d'un service interentreprises, la responsabilité du médecin du travail ou de son service employeur peut être engagée dans les conditions de droit commun : s'il est prouvé une négligence dans son obligation de conseil à l'origine d'un dommage pour l'entreprise (par exemple la survenance d'un accident du travail), le médecin du travail peut être condamné en

²⁶⁷² Cass. soc., 25 avr. 1963, n° 61-12.837

théorie à des dommages et intérêts. Selon une jurisprudence constante, le salarié n'engage sa responsabilité envers son employeur, pour mauvaise exécution des obligations nées de son contrat, qu'en cas de faute lourde²⁶⁷³. Par conséquent, si le travailleur victime d'un dommage causé par le médecin du travail, demande réparation à l'employeur pris en qualité de commettant du médecin, cet employeur ne dispose d'un recours utile contre son salarié médecin que si ce dernier a commis de faute lourde, puisque son action récursoire est de nature contractuelle. En synthèse, quatre situations doivent être distinguées. Premièrement, en raison de l'absence de contrat entre le médecin du travail et le travailleur, seule, par principe, la responsabilité délictuelle du médecin peut être mise en cause. Deuxièmement, entre le service de santé au travail interentreprises et l'entreprise adhérente, un contrat d'association existe. Dès lors, la responsabilité contractuelle du SSTI du fait du médecin peut être exercée. Dans cette hypothèse, une action subrogatoire contre le médecin salarié peut être diligentée. La responsabilité contractuelle ou délictuelle du SSTI peut être reconnue en cas de mauvaise organisation du service et peut être partagée si le SSTI a commis une faute, s'ajoutant à celle du médecin. Troisièmement, entre le SSTI et le salarié de l'entreprise adhérente, la responsabilité délictuelle peut être mise en œuvre du fait du médecin. Hors malveillance, il n'y a pas d'action récursoire possible à l'encontre du médecin du travail. Quatrièmement, entre le service de santé au travail autonome et le travailleur, la responsabilité contractuelle ou délictuelle du fait du médecin est possible.

443. Une évolution souhaitable. Dans une perspective de décloisonnement, d'éloignement juridique du médecin du travail de l'entreprise et de l'influence de l'employeur, il serait intéressant d'envisager des structures régionales²⁶⁷⁴ qui ont à la fois le rôle de pilote et puis le rôle d'autorité. L'idée est de favoriser les SSTI au détriment des services autonomes qui sont un double piège, à la fois parce qu'ils ont des conditions de travail qui sont totalement différentes de celle des services interentreprises (deux fois moins de salariés en général à suivre), une seule entreprise alors que certains ont jusqu'à 300 ou 400 entreprises à visiter par le médecin, constituant ainsi un appel d'air, dénoncé par le rapport Attractivité²⁶⁷⁵, et les disparités de rémunération sont importantes, en règle générale, en fin de

²⁶⁷³ Soc. 27 nov. 1958, *J.C.P.* 1959 II. 11143, note J. Brèthe de La Gressaye ; *D.* 1959. 20, note R. Lindon.

²⁶⁷⁴ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, Recommandation n° 11 : Organiser au sein de la structure régionale un guichet unique ; Recommandation n° 13 : Simplifier l'évaluation des risques dans les entreprises pour la rendre opérationnelle : faire accompagner les entreprises pour l'élaboration de leur plan de prévention par les structures régionales.

²⁶⁷⁵ Rapport « Attractivité et formation des professions de santé au travail », IGAS n° 2017-023R/IGAENR n° 2017-053, établi par X. Chaster, P. Blémont, H. Siahmed, J.-M. Soulat, août 2017.

carrière. De surcroît, l'autonomie peut se discuter dans certains cas. Les services autonomes sont subordonnés directs alors que les services interentreprises sont subordonnés indirects *via* un contrat d'association entre l'entreprise et le service de santé au travail. L'indépendance des médecins du travail dans les services interentreprises est importante mais les pressions existent. L'intérêt des structures de regroupement, c'est la mutualisation des moyens, c'est l'impact fort de l'influence et puis c'est une distanciation encore plus grande entre le médecin et le service. Aujourd'hui, on est dans un système associatif à la tête duquel est élu un président qui embauche son directeur et ses médecins du travail. Si on organise une structure plus lourde, qui rallie toutes les fonctionnalités, c'est-à-dire tous les préventeurs, cela aurait pour mérite d'apporter une solution à l'éclatement de ces derniers. Si les services de prévention en santé au travail étaient les seuls préventeurs, par regroupement notamment de l'Oppbtp, de l'Aract, des services de santé au travail, cela renforcerait ainsi le pouvoir d'agir et cela permettrait d'assurer une meilleure lisibilité des institutions existantes. Dans la même logique, il faudrait une structure régionale de maintien dans l'emploi. Il y a une cohérence de l'échelon régional en raison de la compétence des conseillers régionaux en matière économique et d'entreprise notamment, les ARS. Quid des commissions médico-techniques (CMT) et du projet de santé décidé en leur sein et la question de l'indépendance des médecins du travail ? Cette commission est évidemment le reflet de la composition des équipes pluridisciplinaires et très souvent ce n'est pas un projet purement médical. En réalité, avec la CMT, il y a une dépossession du médecin du travail de ses actions réelles. Ainsi, on lui dit qu'il anime et qu'il pilote, coordonne, mais très souvent ce n'est pas lui qui a élaboré les priorités. Alors peut-on réellement dire qu'il est pilote et animateur de quelque chose qu'il n'a pas lui-même voulu ni monté ? Il y a une déconnexion ici. Pour des raisons qui incombent parfois aux médecins eux-mêmes qui ne jouent pas leur rôle, ne se positionnent pas au niveau de ces commissions. À côté de cela, il y a des IPRP, psychologues, qui prennent toute la place. Finalement, le projet de service devient celui d'un petit groupe qui doit être ensuite partagé et animé. Le fonctionnement du service par projet est essentiel mais l'animation et la coordination des ressources en présence sont tout aussi déterminantes.

2. Un financement adapté

444. Une structuration à dimension régionale. Si on parle d'une structure régionale, à financement exclusif ou prépondérant des mêmes entreprises du bassin, au *prorata* de leur

masse salariale, il faut l'envisager avec une indexation sur le risque professionnel par activité. Sur ce point, il faut faire attention car cela peut encourager la sous-déclaration des risques par les employeurs²⁶⁷⁶. En 2007 et 2009, environ un tiers des maladies qui pouvaient être reconnues comme maladies professionnelles²⁶⁷⁷ n'ont pas été déclarées et ont donc été prises en charge par le régime général en lieu et place de la branche AT/MP²⁶⁷⁸. Le montant des dépenses indues en 2017 est estimé entre 800 millions et 1,5 milliard. Par ailleurs, une fonctionnarisation des médecins du travail pourrait être proposée. Or, la tendance est plutôt aux privatisations que l'inverse. Avec des services centralisés régionaux, c'est la logique de regroupement et de mutualisation²⁶⁷⁹ des services de santé au travail²⁶⁸⁰ et des préventeurs. L'intérêt est d'éviter d'avoir beaucoup trop d'interlocuteurs et d'assurer des prises de décisions stratégiques de la politique régionale à mettre en œuvre et une mutualisation des moyens²⁶⁸¹. Ainsi, tout le monde cotise la même chose au même endroit pour ne pas qu'il y ait de la concurrence déloyale et une pondération est effectuée en fonction du caractère pathogène et accidentogène de l'activité de l'entreprise concernée. A titre d'exemple, « le système allemand repose sur des associations professionnelles (Berufgenossenschaften), qui sont des sociétés d'assurance-accidents de droit public regroupées par branche et organisées sur la base des secteurs industriels, le tout étant géré par une administration autonome fondée sur une représentation équitable des intérêts des membres (employeurs) et des assurés (salariés), élus tous les 6 ans lors des élections professionnelles. Ces associations exercent des missions d'indemnisation en matière d'accidents du travail et maladies professionnelles, mais aussi de prévention en santé et sécurité. Elles disposent d'un pouvoir d'inspection des entreprises du secteur, parallèle à celui de l'inspection du travail relevant de l'Etat. Légalement chaque employeur en est membre. »²⁶⁸² En Espagne, « un rôle important est confié aux mutuelles, l'obligation de service interne étant réservée aux entreprises à risque.

²⁶⁷⁶ Bull. épidém. Hebdo, n° 18, 12 juin 2018, pp. 373-378.

²⁶⁷⁷ J.Borowczyk (Président), P. Dharréville (rapporteur), Commission d'enquête sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie (risques chimiques, psychosociaux ou physiques) et les moyens à déployer pour leur élimination, juill. 2018 : le rapport fait état de politiques insuffisamment tournées vers la prévention et indique que le système de réparation conduit à sous-évaluer le nombre des maladies professionnelles, que l'affaiblissement des acteurs et des dispositifs de santé au travail aggrave les carences de la politique de prévention.

²⁶⁷⁸ M. Jeantet, A. Thiebeauld. « *Les missions de la branche AT/MP* », *Regards*, vol. 51, no. 1, 2017, pp. 33-49.

²⁶⁷⁹ A. Supiot, *Mutualisation : de quoi parlons-nous ?*, D. 2016. 726.

²⁶⁸⁰ Rapport « Attractivité et formation des professions de santé au travail », IGAS n° 2017-023R/IGAENR n° 2017-053, établi par X. Chaster, P. Blémont, H. Siahmed, J.-M. Soulat, août 2017.

²⁶⁸¹ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, p. 12, p. 19 (recommandation n° 7), p. 100, p. 134, p. 138 (recommandation n° 6), p. 140 (recommandations n° 10 et 11).

²⁶⁸² Rapport Cour des Comptes 2012.

Ce sont donc les « *mutuas* », associations privées d'employeurs sans but lucratif, qui, depuis 1995, sont certifiées par le ministère du travail et des affaires sociales afin d'assurer le rôle de service de prévention auprès de leurs entreprises sociétaires, en parallèle de leur mission d'indemnisation. »²⁶⁸³

²⁶⁸³ Rapport Cour des Comptes 2012.

Paragraphe 2. L'accompagnement des travailleurs

445. La mission de conseil suppose une expertise des connaissances requises en santé au travail et pathologies professionnelles mais également une maîtrise des postes et conditions de travail des salariés dont le médecin est en charge de préserver la santé. Ainsi, la médecine du travail, telle qu'elle a traversé les Trente Glorieuses, doit évoluer encore dans sa dimension collective, grâce à une présence accrue sur le terrain (**A**). C'est le préalable indispensable pour une action efficace du médecin du travail. La seconde exigence est de créer les conditions pour une protection collective mieux assurée (**B**).

A. Une présence accrue sur le terrain

446. La circulaire du 13 janvier 2004²⁶⁸⁴ rappelle notamment les objectifs que l'Etat se donne au travers de la pluridisciplinarité. D'abord, cette dernière doit assurer une réforme structurelle du système de prévention. « La pluridisciplinarité répond à la nécessité de réformer structurellement le système français de prévention des risques professionnels auparavant orienté vers la seule médecine du travail pour enrichir l'offre de prévention à destination des entreprises ». Ensuite, elle doit viser une amélioration de la qualité des intervenants au service d'une amélioration de la prévention et doit permettre pour le salarié « une protection globale et élargie ... assurée par des spécialistes nombreux aux compétences reconnues. » De plus, elle doit permettre d'optimiser l'analyse des risques. Pour l'employeur elle vient compléter les dispositions sur l'évaluation des risques en lui permettant « d'optimiser son analyse des risques » et leur prévention. En outre, elle doit déboucher sur un décloisonnement de la prévention, car elle favorise « un travail en réseau », « une approche collective des conditions de travail ». Il s'agit de développer une logique de collaboration entre les médecins du travail, les chefs d'entreprise et les acteurs internes afin de renforcer la protection des salariés. Enfin, la pluridisciplinarité doit répondre à un souci permanent de « simplification des procédures » pour les services de santé au travail, les intervenants et l'utilisateur final, l'entreprise, par un dispositif d'utilisation souple et ouverte autour d'objectifs qualitatifs. Mais l'animation et la coordination de ce dispositif sont assurées par le

²⁶⁸⁴ Circ. DRT n° 2004-01 du 13 janv. 2004 relative à la mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail.

médecin du travail. Il faut bien mesurer cet impératif. La pluridisciplinarité n'a pas pour objet de faire disparaître le médecin du travail mais, au contraire, de lui ouvrir de nouveaux moyens d'action pour une efficacité renouvelée de son action. Ainsi, malgré une très forte ambition, l'accès au médecin du travail, au bénéfice direct des travailleurs, doit être amélioré et facilité. Ainsi, la libre consultation (1) doit être promue. Pour ce faire, il convient de travailler sur une disponibilité accrue (2) des médecins du travail.

1. La libre consultation du médecin du travail

447. Selon l'article L. 4624-1 du Code du travail, « tout salarié peut, lorsqu'il anticipe un risque d'inaptitude, solliciter une visite médicale dans l'objectif d'engager une démarche de maintien dans l'emploi ». De plus, le travailleur peut être orienté sans délai vers le médecin du travail selon l'article R. 4624-13. Enfin, selon l'article R. 4624-34 « le travailleur bénéficie, à sa demande ou à celle de l'employeur, d'un examen par le médecin du travail ». Ces dispositions constituent une base intéressante pour favoriser le recours au médecin du travail. À partir de là, si le système évolue dans le sens d'un accroissement du recours au médecin du travail, comme tout spécialiste en médecine, on change de paradigme. En effet, l'intégration, en plus, du médecin du travail au parcours de santé des travailleurs, permettrait évidemment d'être « un vigile avancé de santé publique dans nombre d'occasions »²⁶⁸⁵ mais également de s'inscrire dans un système dans lequel elle peut exercer des actions de prévention dans ses trois dimensions primaire, secondaire et tertiaire. De plus, si un contact régulier est opéré avec l'entreprise notamment dans le cadre de l'évaluation des risques professionnels, cela permet non seulement de confronter le document unique et la fiche d'entreprise dans une approche collective mais aussi d'instaurer une relation de confiance et donc de provoquer de la demande, sur les plans collectif et individuel.

2. Une disponibilité médicale à accroître

448. Selon le Rapport Attractivité, « les médecins du travail seraient, à l'horizon de dix ans, en nombre suffisant dans le cadre des obligations et des évolutions organisationnelles

²⁶⁸⁵ Rapport « Attractivité et formation des professions de santé au travail », IGAS n° 2017-023R/IGAENR n° 2017-053, établi par X. Chaster, P. Blémont, H. Siahmed, J.-M. Soulat, août 2017, p. 49.

induites par la loi du 8 août 2016 »²⁶⁸⁶, c'est-à-dire notamment avec la possibilité d'une VIP infirmière et une périodicité élargie du suivi médical. La baisse entre 2005 et 2014 du nombre de médecins du travail en équivalents temps plein est de 31%. A l'horizon de 2030, les projections des effectifs restent fragiles. Or, au regard, des nombreuses missions des médecins, il faut enrayer cette baisse et travailler à une hausse des effectifs. Il en va de l'efficience de la Santé au travail. En effet, partir du postulat que la pluridisciplinarité a pour vocation de remplacer les médecins n'est pas pertinent. Elle s'inscrit en complément de l'action de ces derniers en leur offrant de nouveaux moyens pour parvenir à une prévention plus effective, plus efficiente.

B. Une protection collective mieux assurée

449. Participent désormais de manière accrue de cette protection collective les délégués du personnel puisque leur avis est désormais requis en matière de proposition par l'employeur au salarié d'un autre emploi approprié à ses capacités suite à la déclaration d'inaptitude d'un salarié par le médecin du travail²⁶⁸⁷. C'est un exemple du rôle institutionnel du médecin du travail (1). Par ailleurs, ce dernier a une compétence en matière de formation/information des travailleurs en santé-sécurité au travail (2).

1. Le rôle institutionnel du médecin du travail

450. La triple dimension de la mission de conseil du médecin du travail, à la fois de l'employeur, des travailleurs et de leurs représentants, lui donne un rôle institutionnel prégnant. Cependant, il convient de le développer. En effet, sa connaissance à la fois des individus et des collectifs, dans un système alliant santé au travail et santé publique, lui offre un positionnement de tout premier choix et lui confère un rôle d'expert en prévention. Tiers à la relation de travail entre le salarié et l'employeur, le médecin du travail est un acteur clé. Il

²⁶⁸⁶ Rapport « Attractivité et formation des professions de santé au travail », IGAS n° 2017-023R/IGAENR n° 2017-053, établi par X. Chaster, P. Blémont, H. Siahmed, J.-M. Soulat, août 2017, p. 13.

doit avoir de surcroît être force de proposition en matière d'élaboration des schémas directeurs régionaux²⁶⁸⁸.

2. La formation/information des travailleurs en santé-sécurité au travail

451. La prévention globale doit être entendue comme la gestion active et responsabilisée de son capital santé par la dans tous les aspects de la vie. « Quatre actions types sont retenues pour une «prévention globale» : par les risques, qui est celle mise en œuvre actuellement et concerne le champ sanitaire ; par les populations, dans une logique d'éducation à la santé entendue globalement ; par les milieux de vie, qu'il s'agit de rendre sains et favorables ; par les territoires, pour bénéficier de la connaissance et de la proximité du terrain et des populations. »²⁶⁸⁹ Ainsi, le développement de la formation des professionnels de santé en matière de santé au travail est essentiel, dans une approche de système de santé global, ainsi que des travailleurs eux-mêmes²⁶⁹⁰. En effet, le postulat du raisonnement est le même que celui de la Loi Kouchner²⁶⁹¹ et de celles qui ont suivi²⁶⁹² : donner au travailleur les outils de compréhension pour prendre une décision éclairée quant à sa santé et préférer l'accompagnement au paternalisme médical. Les décisions doivent en effet être prises non pas par un professionnel qui a certes l'expérience pour en mesurer les conséquences, mais par la personne elle-même. Dès lors, l'information et la formation des travailleurs sont essentielles. Le principe général rend l'employeur débiteur d'une obligation d'informer les travailleurs sur les risques pour leur santé et sur les mesures prises pour y remédier²⁶⁹³. Cette obligation se double d'une obligation de formation. La nature et les modalités de cette obligation générale d'information et de formation sont fixées par les articles R. 4141-1 et suivants du Code du

²⁶⁸⁷ C. trav., art. L. 1226-2 al. 2.

²⁶⁸⁸ Rapport Frimat, p. 84.

²⁶⁸⁹ Rapport Flajolet, p. 3

²⁶⁹⁰ Rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, Recommandation n° 9 : Mieux prendre en charge la prévention des risques liés aux organisations de travail et à leurs transformations : poursuivre le développement de la culture de prévention et de la qualité de vie au travail dans la formation initiale des managers et ingénieurs (concevoir et organiser le travail en santé et en sécurité, animer des collectifs de travail, animer des espaces de régulation, etc.) ; développer l'ingénierie et le déploiement de démarches participatives impliquant les salariés dès la phase de conception et de mise en place de nouvelles organisations du travail ou mode de production afin de combler le retard important de la France en Europe en la matière.

²⁶⁹¹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

²⁶⁹² La loi du 11 Février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » et la loi du 21 juillet 2009 dite loi HPST

²⁶⁹³ C. trav., art. L. 4141-1.

travail. Les bénéficiaires de la formation pratique générale, qui est dispensée par le service de santé au travail ou le médecin du travail²⁶⁹⁴ – qui est associé par l’employeur à l’élaboration des actions de formation à la sécurité et à la détermination du contenu de l’information qui doit être dispensée²⁶⁹⁵ –, sont les salariés venant d’être embauchés, ceux changeant de poste ou de technique, les travailleurs temporaires auxquels l’entreprise fait appel, sauf pour ceux qui sont affectés à des travaux urgents dont l’exécution immédiate est nécessaire pour des raisons de sécurité et qui sont déjà dotés de la qualification nécessaire et les salariés qui reprennent leur travail après un arrêt de travail d’au moins 21 jours, si le médecin du travail le prescrit²⁶⁹⁶. « Les formations à la sécurité sont conduites avec le concours, le cas échéant, de l’organisme professionnel de santé, de sécurité et des conditions de travail prévu à l’article L. 4643-1, et celui des services de prévention des organismes de sécurité sociale. »²⁶⁹⁷ En outre, la périodicité de cette formation est prévue selon des modalités fixées par voie réglementaire ou par convention ou accord collectif²⁶⁹⁸. Les travailleurs sous contrat précaire ne sont pas oubliés du dispositif. En effet, l’employeur doit dispenser une formation renforcée aux salariés sous contrat à durée déterminée ou sous contrat de travail temporaire ainsi qu’aux stagiaires²⁶⁹⁹ qui sont affectés à des postes de travail présentant des risques particuliers pour leur santé et leur sécurité²⁷⁰⁰. La raison de cette vigilance particulière portée sur ces travailleurs est le caractère très bref de leur présence dans l’entreprise pouvant être générateur de difficultés plus grandes à appréhender les risques liés à l’activité que les autres salariés engagés à durée indéterminée. « La liste de ces postes de travail est établie par l’employeur, après avis du médecin du travail et du comité social et économique s’il existe. Elle est tenue à la disposition de l’agent de contrôle de l’inspection du travail. »²⁷⁰¹ Les dispositions relatives à la formation sont directement connectées à l’impératif de prévention et sont préparées et dispensées en collaboration avec le médecin du travail. L’efficacité de ces dispositions nécessite que le médecin du travail maîtrise parfaitement le travail dans l’entreprise et connaisse les postes de travail²⁷⁰². Le CSE est également associé en étant invité à participer à

²⁶⁹⁴ C. trav., art. L. 4622-2.

²⁶⁹⁵ C. trav., art. R. 4141-6.

²⁶⁹⁶ C. trav., art. L. 4141-2 et R. 4141-9.

²⁶⁹⁷ C. trav., art. R. 4141-7.

²⁶⁹⁸ C. trav., art. L. 4141-2.

²⁶⁹⁹ Loi de simplification du droit n° 2009-526 du 12 mai 2009, JO 13 mai.

²⁷⁰⁰ C. trav., art. L. 4154-2 al. 1.

²⁷⁰¹ C. trav., art. L. 4154-2 al. 2.

²⁷⁰² C. trav., art. R. 4141-13.

la préparation des formations à la sécurité²⁷⁰³. Les acteurs intervenant, ou susceptibles d'intervenir, en matière de formation, sont nombreux. « La formation à la sécurité relative aux conditions d'exécution du travail s'intègre à la formation ou aux instructions professionnelles que reçoit le travailleur. »²⁷⁰⁴ Avec la loi du 20 juillet 2011, a été introduit un chapitre relatif à l'association des salariés à la gestion de la santé et de la sécurité au travail. Ainsi, l'employeur doit désigner un ou plusieurs salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise²⁷⁰⁵. Le ou les salariés ainsi désignés par l'employeur bénéficient, à leur demande, d'une formation en matière de santé au travail dans les mêmes conditions que les membres du CHSCT. Le médecin du travail peut être sollicité pour mener cette formation²⁷⁰⁶.

²⁷⁰³ C. trav., art. R. 4143-1.

²⁷⁰⁴ C. trav., art. R. 4141-14.

²⁷⁰⁵ C. trav., art. L. 4644-1..

²⁷⁰⁶ C. trav., art. R. 4141-1 et s.

452. Confier au médecin du travail des missions nouvelles nécessite une évolution corrélative des moyens pour y parvenir. Prévenir les risques professionnels et améliorer les conditions de travail sont des ambitions exigeantes. C'est pourquoi, d'abord, il faut mettre un terme à la pénurie médicale, fût-ce en aménageant une voie pérenne d'accès au DES de médecine du travail pour les médecins en activité²⁷⁰⁷ et accroître ses pouvoirs d'initiative (**paragraphe 1**) et d'investigation (**paragraphe 2**).

²⁷⁰⁷ Rapport « Attractivité et formation des professions de santé au travail », IGAS n° 2017-023R/IGAENR n° 2017-053, établi par X. Chaster, P. Blémont, H. Siahmed, J.-M. Soulat, août 2017.

Paragraphe 1. Le pouvoir d'initiative

453. En santé au travail, l'action peut notamment être réalisée en matière d'évaluation des risques professionnels et de prévention. L'évaluation suppose l'identification des risques et le suivi des expositions (**B**). La prévention suppose des actions qui peuvent diverger selon que l'on se situe sur de la prévention primaire, secondaire ou tertiaire. En toute hypothèse, lorsque c'est nécessaire, un droit ou un devoir, l'alerte (**A**) doit pouvoir être exercée pour éviter la réalisation de risques graves et imminents.

A. L'alerte

454. La dimension de lanceur d'alerte est commandée par une exigence impérieuse répondant au principe de précaution²⁷⁰⁸ (**1**). Pour un exercice pertinent et probant de l'alerte, en raison de sa gravité, il doit être encadré par certaines modalités (**2**).

1. Le principe de précaution

455. « Eviter toute altération de la santé du fait du travail »²⁷⁰⁹ paraît s'inscrire pleinement dans le principe de précaution²⁷¹⁰, qui consiste à éviter un risque potentiel dont la réalité n'est pas complètement certifiée parce que les premières conséquences n'ont pas encore été observées²⁷¹¹. A cet égard, la précaution est proche de la prévention. La logique d'anticipation est leur dénominateur commun. Leur principale différence réside dans le degré de certitude du risque. « La prévention est destinée à faire face à un évènement dangereux

1. ²⁷⁰⁸ J.S. Scala. Le principe de précaution, fondement de la sécurité sanitaire. *RDSS* 1998, 491 ; G.J. Martin. Précaution et évolution du droit. *D.* 1995. 39ème cahier ; Le principe de précaution, rapport au Premier ministre, présenté par P. Kourilsky et G. Vinez, 15 oct. 1999, Paris, La Documentation française ; Le principe de précaution : quelques réflexions sur sa mise en œuvre, D. Auverlot, J. Hamelin, J.-L. Pujol, Document de travail, n° 2013-05, septembre ; O. Godard, « Le principe de précaution et la proportionnalité face à l'incertitude scientifique », in *Conseil d'Etat, Rapport public 2005*, Responsabilité et socialisation du risque, Doc. fr., coll. « Etudes et Documents », p. 377 ; M. Dias, Santé et travail : le principe de précaution, sous la direction de P. Lunel, 2005, Paris 8 ; O. Godard, La question de la précaution en milieu professionnel, INRS/EDP Sciences, coll. « Avis d'expert », 2006 ; C. Larrere, Le principe de précaution et ses critiques, *Innovations*, 2003/2, n° 18, p. 9 ; J.-P. Dupuy, Pour un catastrophisme éclairé. Quand l'impossible est certain, Seuil, 2002.

²⁷⁰⁹ C. trav., art. L. 4622-2.

²⁷¹⁰ Principe à valeur constitutionnelle, Charte de l'environnement, 2005 : C. Cons, La Charte constitutionnelle de l'environnement : évolution ou révolution du droit français de l'environnement ?, *Dr. envir.* 2005, n° 131, p. 201.

²⁷¹¹ C. Vanuls, Regards sur la précaution en droit du travail, *RDT* 2016, p. 16.

prévisible qui a déjà pu se produire dans le passé. (...) En revanche, la précaution intervient plus en amont, en présence de risques hypothétiques, non encore totalement établis par des preuves scientifiques. »²⁷¹² En outre, en droit de l'environnement, l'effectivité du principe de précaution repose sur des critères juridiques précis²⁷¹³. En droit du travail, la précaution ne bénéficie d'aucune consécration en matière de rapports entre employeur et travailleurs. Ce sont les principes généraux de prévention²⁷¹⁴ qui établissent le cadre d'action. Pour autant, en conclure que la précaution est étrangère aux risques professionnels serait abusif. En effet, elle s'applique, en droit de l'environnement, pour les risques incertains. Or, en droit du travail, ces derniers se multiplient, notamment dans le domaine des nanotechnologies²⁷¹⁵. Par ailleurs, la mise en œuvre du principe de précaution repose sur les pouvoirs publics, d'où le suivi que doit faire le médecin du travail en matière de veille sanitaire²⁷¹⁶ et les remontées auprès du médecin inspecteur du travail²⁷¹⁷ en matière de santé publique²⁷¹⁸. C'est parce que le médecin du travail dispose, ou peut disposer, d'outils d'évaluation comme les données scientifiques, environnementales, biologiques, cliniques... qu'il développe une connaissance et une expertise sans pareille et qu'il peut tenir sa fonction de veille sanitaire, mais également d'alerte. Alors qu'un risque avéré mobilise l'action préventive, un risque suspecté²⁷¹⁹ fait appel au principe de précaution qui est « un pari jouant gagnante la probabilité la plus défavorable »²⁷²⁰. C'est un positionnement refusant tout risque. En l'absence de certitude scientifique, il faut envisager le risque, en tenir compte. Le rôle du médecin du travail est de conseiller, d'alerter, tandis que celui de l'employeur est de décider. Le savoir, l'information, sont souvent détenus par l'expert qui doit éclairer le profane, ce dernier assumant pourtant la responsabilité, en sa qualité d'employeur. C'est pourquoi le devoir d'information du médecin

²⁷¹² C. Vanuls, Regards sur la précaution en droit du travail, *RDT* 2016, p. 16.

²⁷¹³ Charte constitutionnelle de l'environnement, art. 5 ; C. envir., art. L. 110-1.

²⁷¹⁴ C. trav., L. 4121-1 et L. 4121-2.

²⁷¹⁵ AFSSET, *Les Nanomatériaux et sécurité au travail*, Avis et Rapport d'expertise, 2008 ; *L'évaluation des risques liés aux nanomatériaux pour la population générale et pour l'environnement*, Avis et Rapport d'expertise, 2010 ; Comité de la prévention et de la précaution (CPP), *Nanotechnologies-nanoparticules, quels dangers, quels risques ?*, Ministère de l'écologie et du développement durable, 2006 ; A. Obadia, *Les nanotechnologies*, Avis et rapports du Conseil économique et social, 2008 ; INRS, *Les nanotechnologies*, Étude, 2009 ; M. Doucet, « L'obligation de sécurité de l'employeur et les nanomatériaux », *Journal international de bioéthique*, 2011/1 (Vol. 22), p. 173.

²⁷¹⁶ C. trav., art. L. 4622-2, 4°, R. 4623-1, 1°, e) et 4°.

²⁷¹⁷ C. trav., art. R. 4624-58; R. 4624-49, R. 4624-53; R. 4412-56.

²⁷¹⁸ C. trav., art. L. 4624-8 ; 8123-1.

²⁷¹⁹ Dans son rapport 2011, la Cour de cassation dégage deux grandes orientations quant à la notion de risque : « la prévention du risque avéré » et « l'anticipation du risques suspecté » (C. cass., rapp. 2011, pp. 75-375. ; O. Dufour, « Une nouvelle fonction du droit : éviter le risque avéré, envisager le risque suspecté », *Les petites affiches*, n° 88, 2 mai 2012, p. 3).

²⁷²⁰ F. Bardot, La notion de principe de précaution en médecine du travail, *Les Cahiers S.M.T.*, n° 15, juin 2000, pp. 30-31.

est fondamental. Egalement la question de la responsabilité du médecin sur ce point importe tout autant, car il en va de l'action de l'employeur. Parce qu'en médecine préventive aucun risque n'est justifiable, la question de l'aptitude, sous couvert d'avis de non contre-indication à des expositions de risques, ne peut recevoir un accueil favorable. C'est au nom du principe de précaution que le médecin du travail doit exercer sa mission de veille sanitaire. « Pour le médecin du travail, le principe de précaution est de l'ordre du dire, pour l'employeur, il est de l'ordre du faire »²⁷²¹, d'où la nécessité de la traçabilité des écrits entre médecin et employeur en la matière. Le rapport du Conseil d'Etat²⁷²² reconnaît aussi que « le devoir de précaution se distingue de la simple obligation de prudence ou de diligence » et « s'écarte de la notion de prévention qui impose la prise en compte de risques connus même si leur probabilité est faible. » Pour certains, cela revient, dans la pratique, à « demander l'impossible »²⁷²³. Dans ce droit d'alerte que le médecin du travail doit pouvoir exercer, il doit s'appuyer sur la référence aux données de la science qui ne correspond pas forcément à des données acquises, ce qui ne peut que renforcer le domaine de l'incertain. Le médecin du travail doit exercer son activité selon l'adage « *Primum non nocere* » qui signifie « en premier ne pas nuire ». Le Code de déontologie est aussi un code de précaution. Egalement, le principe de précaution en santé publique s'illustre aussi par : « *salus populi suprema lex* »²⁷²⁴. Si les symptômes observés par les médecins lors d'événements conjoncturels laissent à penser qu'ils sont préjudiciables à la santé de la population en raison d'un risque de dommages graves, il est du devoir de la communauté médicale d'alerter sans délai l'employeur et, le cas échéant, les autorités médicales administratives départementales (le médecin inspecteur départemental de la santé) et les autorités gouvernementales (Direction générale de la santé) en sorte que ces constatations ne tombent dans un climat de désintérêt général ou de dénégation regrettable. Ce qui implique que tous les médecins doivent se sentir concernés, leur silence étant un risque majeur pour la société et contraire aux dispositions déontologiques : « le médecin au service de l'individu et de la population, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. »²⁷²⁵ Le principe de précaution se révèle alors « souhaitable en tant que nouveau standard de comportement des responsables de santé publique » comme le

²⁷²¹ J. Pouillard, Le principe de précaution, Rapport adopté lors de la Session du Conseil national de l'Ordre des médecins, avril 1999.

²⁷²² Rapport public du Conseil d'Etat, 1998.

²⁷²³ Godard O. - Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines. Paris : Maison des sciences de l'homme et INRA, édition 1997.

²⁷²⁴ Bernier 1689.

²⁷²⁵ Code de déontologie, article 2.

souligne le Conseil d'Etat²⁷²⁶. « En revanche, l'introduction du principe de précaution dans le droit de la responsabilité médicale comporterait plus de risques de déséquilibre que de facteurs favorables à une évolution harmonieuse du partage entre le risque et la faute. »²⁷²⁷ En effet, la responsabilité est souvent pointée comme vecteur d' « hyperprécaution »²⁷²⁸, notamment en santé au travail en raison d'une jurisprudence exigeante en matière d'obligation de sécurité.

2. Les modalités de l'alerte

456. Du côté du travailleur. Le droit d'alerte²⁷²⁹ permet à ce dernier de prévenir son employeur d'une situation qu'il juge dangereuse. Deux dispositifs d'alerte existent : l'un exercé à titre personnel pour protéger sa vie et sa santé, l'autre dans l'intérêt général. La première alerte, que l'on peut qualifier de « professionnelle »²⁷³⁰, est déclenchée chaque fois que le salarié « se trouve dans une situation dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé »²⁷³¹. La seconde, dite « sanitaire et environnementale »²⁷³², instituée par la loi du 16 avril 2013²⁷³³, est lancée si le travailleur « estime de bonne foi, que les produits ou procédés de fabrication utilisés ou mis en oeuvre par l'établissement font peser un risque grave sur la santé publique ou l'environnement »²⁷³⁴. Ainsi, sans que l'exercice d'un droit ne soit connecté à l'autre ou prévale sur l'autre, le travailleur peut se retirer de la situation de travail considérée. On peut s'interroger sur l'emploi du verbe « peut » à la place de celui de « doit ». L'obligation que sous-tend le second aurait pour conséquence de créer une obligation à la charge du salarié. Là n'est pas l'objectif du texte qui est de nature préventive, laissant ainsi une option au salarié, non coercitive. La connexion existe entre l'alerte et le retrait mais dire que la première

²⁷²⁶ Réflexions sur le droit de la santé. Rapport public 1998, page 260.

²⁷²⁷ Réflexions sur le droit de la santé. Rapport public 1998, page 260.

²⁷²⁸ C. Noiville, « Principe de précaution et santé. Le point sur quinze années de jurisprudence », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, vol. 3, no. 1, 2009, pp. 73-89.

²⁷²⁹ B. Teyssié, « L'alerte en matière de santé publique et d'environnement », *JCP S* 2015. 1370.

²⁷³⁰ C. Vanuls, Regards sur la précaution en droit du travail, *RDT* 2016, p. 16.

²⁷³¹ C. trav., art. L. 4131-1.

²⁷³² C. Vanuls, Regards sur la précaution en droit du travail, *RDT* 2016, p. 16.

²⁷³³ L. n° 2013-316, 16 avr. 2013.

²⁷³⁴ C. trav. art. L. 4133-1.

légitime le second est abusif. Le droit de retrait²⁷³⁵ du travailleur permet à ce dernier de se retirer de son poste de travail sans courir la moindre sanction dès lors qu'il a un motif raisonnable de penser que la situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que de toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection²⁷³⁶.

457. Du côté du médecin du travail. Le droit d'alerte doit pouvoir être exercé pour prévenir une situation dangereuse, et non, seulement, la signaler. Dans l'affaire de l'amiante, si les médecins du travail avaient disposé de ce type de droit, peut-être que la situation aurait été sensiblement différente. Cette faculté doit s'inscrire dans un ensemble de moyens à sa disposition. Pour éviter les abus, peut-être conviendrait-il de l'exercer selon un principe de collégialité médicale avec un autre médecin du travail et/ou le médecin inspecteur régional du travail et/ou, le cas échéant, et selon l'urgence, l'avis du CSE. Le but n'est pas d'entraver l'exercice de ce droit du travailleur qui peut se retirer de toute situation dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé mais de permettre une réponse adaptée.

B. L'identification et le suivi des expositions

458. Par la veille qu'il effectue, notamment avec la traçabilité des expositions et des risques professionnels qu'il identifie et évalue et pour lesquels il envisage des actions de prévention, le rôle du médecin du travail est précieux. En effet, le recueil, la collecte et l'exploitation collective des données individuelles d'expositions professionnelles présentent un double intérêt pour la prévention : un intérêt individuel pour le suivi de l'état de santé du travailleur et un intérêt collectif pour connaître la réalité des expositions par secteur d'activité, sur un territoire, au plan national pour guider les actions de prévention²⁷³⁷. L'établissement

²⁷³⁵ B. Salmon, « Le droit de la santé et de la sécurité au travail – Vers un droit au travail sûr », thèse, Nantes, déc. 2000.

²⁷³⁶ C. trav., art. L. 4131-1.

des protocoles (1) lui donne les moyens d'organiser les ressources pour préserver au mieux la santé des travailleurs en mettant en place les modalités d'action (2).

1. L'établissement des protocoles

459. Dans le cadre de l'élaboration de protocoles, le médecin du travail est l'architecte du service dont il est en charge d'assurer l'animation et la coordination de l'équipe pluridisciplinaire, ce qui lui permet d'être force permanente de proposition active, en fonction des risques identifiés, dans le cadre de son rôle de conseil. En effet, la pluridisciplinarité doit lui permettre de disposer des ressources et des compétences médicales et sanitaires pour assurer cette mission préventive essentielle en santé au travail, mais aussi en santé publique. Les protocoles sont suffisamment souples pour permettre au médecin de mettre en place les modalités d'action adaptées.

2. Les modalités d'action

460. Par son indépendance juridique et technique, le médecin du travail, comme animateur et coordonnateur du service de santé, doit mettre en place les modalités de l'évaluation, du suivi et de prévention des risques professionnels identifiés en fonction des spécificités de l'activité de l'entreprise et de la population de travail dont il connaît les particularités et les conditions de travail. Sur ce point, il s'agit d'une réelle plus-value de la médecine du travail qui dispose ainsi d'une vision globale. Grâce à ce dispositif juridique, il dispose d'un outil d'organisation et de pilotage. Il convient cependant d'aller au bout de cette logique et de lui confier toutes latitudes utiles afin qu'il puisse pleinement exercer sa mission.

Paragraphe 2. Le pouvoir d'investigation

461. Le médecin du travail dispose de prérogatives comme la possibilité de visiter les lieux de travail²⁷³⁸, d'effectuer ou de faire effectuer des prélèvements²⁷³⁹ ou d'accéder à tous

²⁷³⁷ Rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, La Documentation Française, Rapport remis au Premier ministre le 28 août 2018, p. 71.

²⁷³⁸ C. trav., art. R. 4624-3.

les documents non nominatifs rendus obligatoires²⁷⁴⁰. Par ailleurs, il est obligatoirement consulté en cas d'aménagement de nouveaux locaux²⁷⁴¹. En outre, il est obligatoirement informé sur la composition des produits présents dans l'entreprise²⁷⁴², mais aussi de tous les accidents du travail et déclaration de maladie professionnelle²⁷⁴³. Conférer au médecin du travail un véritable pouvoir de contrôle, dépassant ainsi la simple obligation d'information de ce dernier, constituerait une étape supplémentaire que l'on peut analyser comme paradoxale. En effet, d'une part, la médecine du travail est une médecine de prévention. En cela, elle ne peut être érigée en médecine de contrôle. Une médecine de prévention à destination des travailleurs peut revêtir une dimension de contrôle vis-à-vis de l'employeur qui dispose du pouvoir de direction et d'organisation du travail ayant un impact nécessairement direct sur les conditions de travail et donc sur la santé et la sécurité des travailleurs. D'autre part, le médecin du travail, outre le fait d'être le conseiller des travailleurs et de leurs représentants, est aussi le conseiller de l'employeur. Sur ce point, il paraît difficilement conciliable d'avoir à la fois le rôle de conseiller et de disposer d'un pouvoir de coercition sur la personne que l'on a en charge de conseiller. En revanche, le médecin du travail dispose d'un pouvoir d'investigation concernant la surveillance du lieu de travail (A) et des conditions de travail (B).

A. Surveillance du lieu de travail

462. Issu du corps des médecins du travail, le médecin inspecteur, placé sous l'autorité du directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) exerce des compétences techniques²⁷⁴⁴. Il exerce une action permanente en vue de la protection de la santé physique et mentale des travailleurs sur leur lieu de travail²⁷⁴⁵, ainsi qu'une mission d'information au bénéfice des médecins du travail sur les études concernant les risques professionnels²⁷⁴⁶. En outre, il veille, avec les services de l'inspection du travail et en liaison avec les comités techniques des caisses de Sécurité sociale, à

²⁷³⁹ C. trav., art. R. 4624-7.

²⁷⁴⁰ C. trav., art. R. 4624-5.

²⁷⁴¹ C. trav., art. R. 4623-1.

²⁷⁴² C. trav., art. R. 4624-4-1.

²⁷⁴³ C. trav., art. R. 4626-19.

²⁷⁴⁴ C. trav., art. D. 8123-5.

²⁷⁴⁵ C. trav., art. L. 8123-1.

²⁷⁴⁶ C. trav., art. R. 8123-1.

l'application de la législation relative à la santé et à la sécurité au travail²⁷⁴⁷, contrôle le fonctionnement des services de santé au travail²⁷⁴⁸, assure l'examen médical des travailleurs en vue de leur orientation professionnelle, de leur reclassement et de l'envoi dans des centres de rééducation lorsque ceux-ci sont inaptes au travail à titre provisoire ou handicapés²⁷⁴⁹. Ainsi, il intervient en appui du SST dans l'élaboration et le suivi de son projet de service pluriannuel ou dans la mise en oeuvre de recommandations de bonnes pratiques, apporte les réponses nécessaires sur les aspects médicaux, notamment sur les examens médicaux et les questions relatives à l'aptitude, s'assure de l'indépendance du médecin du travail, du respect du secret professionnel et de la protection des données personnelles au sein du SST, exploite les rapports administratifs et financiers et les rapports d'activité du médecin du travail que les SST lui communiquent annuellement. S'il décèle des dysfonctionnements, un contrôle plus approfondi du service sera effectué. En outre, il est habilité à intervenir seul dans les entreprises et les SST et à faire des lettres d'observations²⁷⁵⁰, il donne un avis préalable obligatoire à la décision de l'inspecteur du travail sur les contestations de rupture du contrat de travail des médecins du travail et à celles des Directeurs sur les demandes d'agrément ou de renouvellement d'agrément²⁷⁵¹. Dans un arrêt du 3 juillet 1981, le Conseil d'Etat a précisé que, si la mission du médecin du travail est exercée sous le contrôle technique du médecin inspecteur du travail, l'article L. 8123-1 du Code du travail n'a cependant pas pour objet ni d'instituer un pouvoir hiérarchique des inspecteurs du travail sur les médecins du travail, ni de leur permettre d'intervenir dans les rapports entre les médecins du travail et les salariés. Enfin, selon l'article L. 8123-2 du Code du travail, le médecin inspecteur du travail a les mêmes pouvoirs et obligations que les inspecteurs du travail, à l'exception des dispositions relatives à l'établissement des procès-verbaux et à la mise en demeure des chefs d'établissement d'avoir à se conformer aux prescriptions d'hygiène et de sécurité des travailleurs. On le voit, par le recours au médecin inspecteur, le médecin du travail peut contraindre l'employeur dans un certain nombre de domaines. Or, il ne dispose pas de pouvoir de contrainte directe. Il ne dispose que d'un droit absolu (1) d'accès au lieu de travail, qu'il exerce (2) donc sans limite.

²⁷⁴⁷ C. trav., art. D. 8123-2.

²⁷⁴⁸ C. trav., art. D. 8123-3.

²⁷⁴⁹ C. trav., art. D. 8123-5.

²⁷⁵⁰ C. trav., art. L. 8123-2.

²⁷⁵¹ Circ. DGT n° 13, 9 nov. 2012.

1. Un pouvoir d'investigation nécessaire

463. L'intérêt de la médecine du travail est d'avoir un corps de médecins experts de la pathologie professionnelle dédié au suivi de santé des travailleurs pour préserver ces derniers de toute altération de leur santé du fait de leur activité professionnelle et à l'action en milieu de travail pour en améliorer les conditions. Ainsi, pour l'exercer de manière efficace, ils disposent du libre accès aux lieux de travail²⁷⁵² lorsqu'il le juge opportun, le cas échéant, sans prévenir l'employeur, c'est-à-dire de manière inopinée. Dans cet esprit, il est également prévu que le médecin du travail ait accès à tous les documents non nominatifs obligatoires²⁷⁵³. Il doit en effet pouvoir se rendre compte par lui-même des conditions réelles dans lesquelles s'exerce le travail. Ce droit participe de son indépendance et de son autonomie.

2. Un pouvoir à élargir

464. Dans le prolongement de son droit de visite des lieux de travail, le médecin du travail est en capacité de venir visiter les travailleurs eux-mêmes sur leur lieu de travail, semble-t-il sans l'accord préalable de l'employeur. Ceci étant, ils ne peuvent pas désorganiser le travail. Par conséquent, il y aurait matière à clarifier ce point en indiquant que le médecin du travail, dans le cadre de son droit de visite des lieux de travail, de s'entretenir avec les travailleurs présents sans contrainte. Néanmoins, il faut prévoir la possibilité pour l'employeur d'exercer un recours s'il jugeait que le médecin du travail outrepassait ses prérogatives. Par ailleurs, le médecin du travail ne peut exercer pleinement son rôle d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, sans pouvoir exercer un droit de retrait des travailleurs dont il estimerait qu'ils courent un risque grave et imminent, en prenant contact, le cas échéant, avec le médecin-inspecteur du travail et/ou l'inspecteur du travail²⁷⁵⁴.

²⁷⁵² C. trav., art. R. 4624-3.

²⁷⁵³ C. trav., art. R. 4624-5.

²⁷⁵⁴ A. Hidalgo, Inspection du travail : crise d'identité et tranches de vie, *Dr. soc.* 1992, p. 849.

B. Surveillance des conditions de travail

465. L'amélioration des conditions de travail fait partie des missions du médecin du travail. Par son autorité médicale (1), il dispose de toutes les compétences requises, en celles comprises d'animation et de coordination du service de santé. En outre, il s'agit, parce que c'est une mission qui lui est dévolue par le Code du travail, d'un impératif juridique (2).

1. Une autorité médicale

466. Confier au médecin du travail le soin de préserver la santé des travailleurs est une mission difficile, notamment parce que les textes existants ne lui en donnent pas tous les moyens. L'outil des protocoles est intéressant. Mais le flou juridique qui l'entoure, en raison du fait qu'ils n'ont pas la nature juridique des protocoles de soins que l'on connaît pour la médecine en général, est préjudiciable. En effet, derrière cette question, il y a celle de la coopération du médecin du travail avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Peut-il s'agir d'une délégation de tâches confiées par le médecin ou d'un simple partage d'informations que ce dernier est amené à coordonner, de même que l'action des membres de l'équipe pluridisciplinaire qu'il anime également ? Le Code doit réaffirmer l'autorité médicale du médecin du travail et le placer au cœur du dispositif de santé au travail, notamment en indiquant qu'il doit être destinataire de toutes informations relatives à la santé et à la sécurité des travailleurs et en l'inscrivant dans le parcours de santé des travailleurs, comme toutes les autres spécialités médicales. Il n'y a aucune raison pour que la médecine du travail soit à part de ce point de vue également. Ce n'est qu'à cette condition que, non seulement, elle trouvera ses lettres de noblesse, mais également qu'elle gagnera en efficacité. Par ailleurs, selon l'article L. 215-1 du Code de la Sécurité sociale, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) « interviennent dans le domaine des risques professionnels, en développant et coordonnant la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et en concourant à l'application des règles de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et à la fixation des tarifs ». A ce titre, elles sont donc une institution de prévention. Or, en matière de réglementation relative au travail en hauteur, une Carsat dispose

d'un large pouvoir d'intervention²⁷⁵⁵. De plus, les mesures de prévention visées par le Code de la Sécurité sociale²⁷⁵⁶ relèvent de la procédure d'injonction. Ainsi, ces dispositions confèrent au réseau des Carsat, au titre de leur rôle d'assureur, un vaste pouvoir de recommandation et d'injonction, sans le support d'aucune prescription réglementaire, puisqu'il peut « inviter tout employeur à prendre toutes mesures justifiées de prévention », y compris des mesures à caractère expérimental²⁷⁵⁷. La Carsat est donc en droit d'imposer aux acteurs de la construction les mesures de prévention qu'elle juge appropriées, au regard de sa mission de prévention qui l'autorise à être plus exigeante que la réglementation²⁷⁵⁸. Il n'y a aucune raison pour que la Carsat dispose de prérogatives plus larges que le médecin du travail en matière de prévention. En effet, en qualité de médecin expert en matière de pathologies professionnelles et, plus largement, du lien santé-travail, sa capacité d'initiative et ses moyens d'action, doivent être renforcés. Dans cet esprit, il semblerait intéressant de prévoir la possibilité pour le médecin du travail de prescription de médicaments de base, dans une logique de soin minimale. Cependant, il faut limiter cette hypothèse car le médecin du travail ne dispose pas de suffisamment de temps et ce n'est pas sa mission principale. D'autre part, la « délivrance d'un primo arrêt de travail » et la « pratique dans le respect des règles déontologiques de la spécialité complémentaire acquise dans le cadre de la formation spécialisée transversale (addictologie, maladies allergiques...) »²⁷⁵⁹.

2. Un impératif juridique

467. La préservation de la santé des travailleurs est la mission du médecin du travail. Cependant, au regard d'une certaine confusion régnant entre les attributions de ce dernier et celles de l'employeur, on peut se demander s'il s'agit d'un réel impératif juridique et surtout quelles sont les obligations assorties. Ainsi, il convient de gagner en clarté sur ce point. En outre, si l'on accorde davantage de place et de pouvoir au médecin du travail, il faudra que sa responsabilité soit à un niveau équivalent à toutes les autres spécialités médicales. On ne peut en effet d'un côté souhaiter que la médecine du travail soit une spécialité comme les autres et

²⁷⁵⁵ C. Séc. soc., art. L. 422-4 : « La caisse régionale peut (...) inviter tout employeur à prendre toutes mesures justifiées de prévention (...) ».

²⁷⁵⁶ C. Séc. soc., art. L. 422-4.

²⁷⁵⁷ CE, 29 déc. 1997, SA Compagnie générale d'entreprises automobiles, n° 159223.

²⁷⁵⁸ Réponse du Ministère du travail, JO Sénat du 05/07/2018, p. 3371.

²⁷⁵⁹ Rapport « Attractivité et formation des professions de santé au travail », IGAS n° 2017-023R/IGAENR n° 2017-053, établi par X. Chaster, P. Blémont, H. Siahmed, J.-M. Soulat, août 2017, pp. 47-49.

d'un autre côté qu'elle bénéficie d'un régime d'exception juridique lui offrant une quasi irresponsabilité²⁷⁶⁰. Or, son statut de salarié, que ce soit du service ou de l'entreprise, constitue un obstacle à cette responsabilité. Cependant, sa responsabilité disciplinaire peut être engagée, même si elle peut être équivoque dans la mesure où l'employeur est tenu de respecter l'indépendance du médecin. C'est pour cela qu'il peut aussi saisir la chambre disciplinaire de l'Ordre des médecins. En tout état de cause, il ne peut ainsi mettre en cause l'appréciation médicale de ce dernier, de même que les conseils et informations qu'il serait amené à donner. Le licenciement du médecin ne saurait « être en rapport avec l'exercice normal des fonctions de médecin du travail »²⁷⁶¹. Dès lors qu'il lui était reproché « ses mauvaises relations avec les employeurs », le caractère abusif du licenciement du médecin a pu être relevé alors que ces derniers lui reprochaient un trop grand nombre d'inaptitudes²⁷⁶². Par ailleurs, l'employeur peut sanctionner le médecin si ce dernier ne respecte pas ses obligations de réalisation d'examens médicaux ou de conseil par exemple. De plus, bien qu'indépendant techniquement, le médecin reste tenu des obligations disciplinaires inhérentes à chaque salarié. Pour éviter ces situations complexes, il conviendrait de conférer au médecin du travail un statut totalement déconnecté de l'entreprise dont il est en charge de suivre les salariés et l'amélioration des conditions de travail, que ce soit par le salariat, comme c'est le cas dans les services autonomes, mais également par l'adhésion et le contrat d'association, dans le cas des services interentreprises. Cela revient à confier aux médecins du travail une véritable mission de santé publique qui s'inscrit dans le parcours de santé des travailleurs et dans une logique de prévention par l'établissement de prescriptions que l'employeur doit suivre, assorties, le cas échéant, d'une possibilité pour ce dernier de les contester, mais dont la dimension médicale et de santé doit prévaloir pour aller dans le sens d'une adaptation du travail à l'homme²⁷⁶³.

²⁷⁶⁰ G. Dériot, J.-P. Godefroy, Rapport d'information fait au nom de la commission commune sur le bilan et les conséquences de la contamination par l'amiante, n° 37 Sénat 2005/2006.

²⁷⁶¹ CE, 5 févr. 1988, n° 54534.

²⁷⁶² Cass. soc., 10 oct. 1979, n° 78-12.175.

²⁷⁶³ P. Lokiec, L'adaptation du travail à l'homme, *Dr. soc.*, n° 7/8, juill.-août 2009, p. 755.



CONCLUSION GÉNÉRALE

468. Un droit de protection. Le droit du travail est un droit de protection qui encadre l'activité professionnelle des salariés. Suite au rapport Villermé de 1840 dressant un tableau de l'état physique et moral délétère des ouvriers employés dans les manufactures de soie, laine, coton... les premières lois sociales (du 22 mars 1841, du 19 mars 1874, du 2 novembre 1892 notamment), ont eu pour objet la protection des travailleurs les plus fragiles qu'étaient les enfants, puis les femmes en encadrant leur temps de travail dans les usines. La protection des travailleurs était liée au développement du système économique et participait également de la protection juridique des employeurs. Avec l'industrialisation du travail, le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles étant élevé, la conjonction des besoins industriels et les préoccupations d'ordre militaire ont conduit l'Etat à s'intéresser à la protection de la sécurité physique des travailleurs ainsi qu'aux conditions de travail. Les garanties assurantielles et la mutualisation de la réparation des accidents du travail par la loi de 1898, et des maladies professionnelles par celle de 1919, ont également eu un effet important sur l'évolution du droit du travail. Très vite, l'intérêt pour des mesures préventives destinées à diminuer les risques liés aux conditions de travail a vu le jour pour protéger les travailleurs mais aussi la collectivité qui en supportait la charge et qu'il fallait limiter. C'est la personne du travailleur qui a fait l'objet d'une attention particulière en raison de l'importance de son engagement physique dans la prestation de travail. L'exécution du contrat de travail supposant un engagement physique, il fallait protéger le corps du travailleur. Objectif premier du droit du travail, c'est la protection de la santé des travailleurs et l'amélioration de la sécurité au travail qui ont été dès l'origine recherchées. La santé et la sécurité au travail sont bien la pierre angulaire du droit du travail.

469. Un contexte particulier. Les préoccupations liées à l'hygiène, l'intégrité physique et la santé des travailleurs sont une constante dans la construction de ce droit destiné à rééquilibrer un rapport inégalitaire et à protéger la partie faible du contrat de travail – le salarié – placée dans une situation de subordination par rapport à l'autre – l'employeur - investi d'un triple pouvoir de direction, de contrôle et de sanction. Le droit du travail se caractérise ainsi par une idée de progrès permanent. En matière de santé et de sécurité au travail, cette finalité protectrice a été confortée par l'institutionnalisation de la médecine du travail – en 1942, sous le Régime de Vichy, puis confirmée en 1946, après la création de la

Sécurité sociale en 1945 par Pierre Laroque, chargée d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, dans un contexte de reconstruction de la France. Née autour de considérations sanitaires, la médecine du travail a été le moyen pour les employeurs de se protéger des risques juridiques et économiques liés à l'altération de la santé des travailleurs par le fait de leur travail. Cette construction permet de mieux comprendre les débats récurrents relatifs au contrôle d'aptitude, qui viennent contrarier la mission préventive de la médecine du travail.

470. Un objectif clair, des missions partagées. Malgré ses nombreuses réformes, la médecine du travail a conservé la logique issue des décrets de 1952 lui conférant un rôle de surveillance de la santé des travailleurs par le contrôle de l'aptitude au travail, au lieu de privilégier une approche strictement préventive conformément à la lettre de la loi de 1946. La loi du 8 août 2016, qui concentre l'action des services de santé au travail sur les salariés les plus à risques et renforce la mise en place d'actions collectives en milieu de travail, ne va pas assez loin, ayant notamment pour objectif de régler la problématique de la démographie des médecins du travail. Le compte n'y est pas : les missions théoriquement complémentaires de la médecine du travail (conduire des actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ; conseiller les employeurs, les travailleurs et leurs représentants 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 ; assurer la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé au travail et leur sécurité et celle des tiers, des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels et de leur âge ; participer au suivi et contribuer à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire) révèlent des points d'achoppement qui réduisent l'efficacité de l'ensemble en privilégiant une orientation sur le contrôle qui la détourne de son objectif préventif.

471. Diagnostic. La médecine du travail est partagée entre deux missions principales de nature concurrente aboutissant à une orientation principale vers le contrôle de l'aptitude au travail et une orientation secondaire vers le conseil en prévention. Malgré la fin du contrôle systématique de l'aptitude décidée par la Loi Travail de 2016, le principe en matière de suivi

de santé des salariés demeure focalisé sur cette base, bien que ne procédant pas des mêmes mécanismes selon la catégorie de postes de travail considérée.

Pour les postes présentant des risques particuliers, le contrôle systématique de l'aptitude est resté le principe. Préalablement à leur affectation à ce type de poste, les salariés doivent se soumettre à un examen médical d'aptitude d'embauche. Les postes concernés font l'objet d'une classification dans le Code du travail. Le suivi renforcé dont font l'objet ces travailleurs reste du monopole du médecin du travail selon une périodicité définie. Pour ces postes, l'aptitude au travail est une condition d'employabilité au regard de son effet sur le contrat de travail et sur l'emploi. Le caractère contraignant de l'avis d'aptitude n'est donc aucunement remis en question.

S'agissant des postes de travail sans risque particulier, le Code du travail prévoit un suivi allégé reposant sur une visite d'information et de prévention se substituant à l'examen d'aptitude selon une périodicité allongée. Par conséquent, l'avis d'aptitude semble abandonné mais *a priori* seulement. En effet, le contrôle demeure non plus directement par l'aptitude mais par la possibilité offerte au médecin du travail de pouvoir rendre un avis d'inaptitude.

Cette situation démontre l'absence de rupture mais, au contraire, une évolution dont la logique est constante : d'un contrôle systématique de l'aptitude pour tous les postes de travail, on est passé à une présomption simple d'aptitude pour les postes ne présentant pas de risque particulier.

L'inaptitude constitue donc une cause de rupture du contrat de travail et par conséquent, une cause de fragilisation du rapport entre le médecin du travail et le salarié. Malgré l'incompatibilité entre médecine d'aptitude et médecine de prévention, ces deux approches divergent et connaissent une cohabitation forcée en droit de la santé et de la sécurité au travail. L'ambiguïté originelle, malgré la Loi Travail de 2016 qui semblait souhaiter la fin de l'aptitude pour promouvoir la prévention, est toujours d'actualité. Cette spécialité médicale n'a pas rompu avec ses contradictions, malgré des avancées notables comme l'adaptation du suivi de santé sous l'autorité du médecin du travail, acteur clé des services de santé au travail. La conséquence est simple : la médecine du travail n'est que secondairement orientée vers le conseil en prévention. Les deux dimensions, individuelle et collective, de la mission du médecin du travail sont également limitées dans leur efficacité en raison de l'isolement du médecin du travail vis-à-vis de la communauté médicale, notamment par le refus qui lui est opposé d'accéder aux informations médicales du travailleur suivi. Le médecin du travail n'est pas associé au parcours de santé de ce dernier. En matière de

surveillance des conditions de travail, qui constitue un impératif de santé majeur, tant en santé au travail pour faire efficacement évoluer les postes de travail, qu'en matière de santé publique en raison de l'importance du lien entre santé et travail, la médecine du travail est également à la peine. L'insuffisance de la présence du médecin du travail sur le terrain conduit à une connaissance insuffisante du travail réel et conduit naturellement à une appréhension du risque professionnel imparfaite malgré la pluridisciplinarité en santé au travail qui constitue une ressource importante mais manque cependant de coordination.

Enfin, la double vocation du conseil, à la fois destiné aux salariés et à l'employeur, suscite une confusion parmi les acteurs concernés, ayant pour conséquence un déficit de confiance, dimension pourtant essentielle en médecine. La présence accrue de l'écrit dans la communication du médecin du travail prévue par le Code du travail, obligeant l'employeur à y apporter une réponse elle aussi écrite lorsqu'il ne suit pas l'avis médical, invite à penser que le médecin du travail constituerait désormais un contre-pouvoir au pouvoir de l'employeur. De manière générale, on peut déplorer que le médecin du travail ne soit pas davantage associé aux actions de la santé au travail conduites par l'employeur en application des principes généraux de prévention, comme en matière d'évaluation des risques professionnels.

472. Bilan. A l'issue du diagnostic, deux voies sont ouvertes : soit plaider pour l'arrêt de la médecine du travail en raison de son inefficacité, bâtie sur des fondations insuffisantes, soit au contraire plaider pour un repositionnement des missions destiné à les remettre en cohérence avec l'objectif initial, exclusivement préventif, et rebâtir les missions et les moyens dans le sens de cet objectif. Peut-être les pères de la médecine du travail ont-ils eu raison trop tôt en affichant un objectif trop ambitieux pour les moyens de l'époque ? Premier réseau de prévention, spécialité médicale dédiée à la santé des travailleurs, disposant d'un recours facilité à la pluridisciplinarité, la médecine du travail dispose de réels potentiels. La principale difficulté est son isolement au sein de la santé au travail, cantonnée à une logique trop souvent règlementaire et insuffisamment sanitaire.

473. Propositions. Le parti a été pris de promouvoir la médecine du travail et de lui donner un nouvel élan en la recentrant sur la prévention des risques professionnels. Deux priorités ont été avancées pour réorganiser le système dans son ensemble, le simplifier et gagner en lisibilité : faire de la médecine du travail à la fois une médecine au service de la santé des travailleurs et de l'amélioration du milieu de travail.

Pour espérer remplir le premier objectif, le renforcement du colloque singulier entre le médecin du travail et le travailleur est analysé comme une priorité. Pour y parvenir, le

principe de l'autodétermination du travailleur acteur de sa santé est mis en avant pour privilégier le suivi de son état de santé à sa surveillance et rendre au travailleur sa liberté de décider ce qui lui semble être bon pour lui, sur la base d'un consentement parfaitement éclairé. Le renversement de logique est ici notable dans la mesure où le médecin du travail n'a plus à connaître la question de l'aptitude et son activité est désormais totalement consacrée à conseiller le travail, au service de sa santé et de son bien-être. En conséquence, l'avis d'aptitude ou d'inaptitude est réservé au seul salarié. On passe ainsi d'une aptitude-sanction à une aptitude-prévention. Le médecin du travail n'ayant plus à se prononcer de manière contraignante sur l'aptitude, son accès aux données de santé du travailleur semble désormais possible.

Une exception à l'autodétermination est prévue en matière de poste présentant des risques particuliers pour la santé ou la sécurité des tiers mais ce contrôle n'est pas assuré par le médecin du travail. A cette condition, la mission du médecin du travail peut réellement et exclusivement devenir préventive.

Pour renforcer encore l'efficacité préventive du médecin du travail, il est proposé d'intégrer la médecine du travail au champ de la santé publique, rapprochant ainsi les deux systèmes de santé au service d'une prise en charge globale et plus complète des travailleurs. En conséquence, le médecin du travail serait désormais pleinement associé au parcours de santé du travailleur. Par ailleurs, les données de santé au travail viendraient enrichir la santé publique, par la traçabilité offerte au service d'une veille sanitaire de meilleure qualité, ainsi que la médecine de clientèle, c'est-à-dire le médecin traitant qui jusqu'ici ignorait largement l'environnement de travail du patient qui l'avait consulté, et pourrait désormais, en connaissance du lien santé-travail, être plus à même d'y participer dans le champ qui est le sien en complément de celui du médecin du travail. Dans cet esprit, une logique de coopération entre professionnels de santé semblerait nécessaire et possible. La centralisation des informations médicales dans un dossier partagé permettrait de favoriser les échanges et de progresser en matière de prévention. Il est également proposé d'élargir la mission préventive de la médecine du travail à tous les travailleurs et de faire en sorte que le principe d'universalité voit enfin le jour en généralisant l'accès à la médecine du travail à tous les travailleurs quel que soit leur statut. Pour y parvenir, l'organisation de la santé au travail serait déconnectée juridiquement de l'entreprise et axée autour des branches professionnelles dans un champ d'application idéalement régionalisé, entre Agence régionale de santé et Région notamment.

Pour sécuriser le milieu de travail, il est enfin envisagé d'améliorer l'évaluation des risques professionnels en associant plus étroitement le médecin du travail aux actions côtés de l'employeur en ce domaine, cette collaboration assurant une efficacité accrue de l'évaluation et donc de la prévention.

474. Pour une médecine du travail modernisée et rajeunie. La mission du médecin du travail devrait être clairement revalorisée et le recours à ses compétences développé pour faire de la médecine du travail une véritable médecine d'expertise de la pathologie professionnelle : une médecine d'accompagnement de l'employeur et des travailleurs et d'action par le renforcement de ses pouvoirs d'initiative et d'investigation. Le travail a connu de profondes mutations qui obligent la médecine du travail à évoluer. Les prochaines décennies verront sûrement s'accélérer ces bouleversements. Les moyens qui s'offrent à la médecine évoluent aussi. Il faut, en conséquence, penser la médecine du travail de demain à l'aune des outils qui existent et des innovations techniques qui se font jour. Le suivi individuel de l'état de santé peut être facilité par le recours aux cabines de télémédecine qui permettent de dégager du temps médical tout en bénéficiant de données fiables comme les constantes physiologiques qui peuvent être facilement relevées par le travailleur seul, permettant aussi d'homogénéiser les pratiques, mutualiser les ressources et assurer une traçabilité des données de santé au travail facilement et rapidement exploitables. Des innovations de ce type risquent de se multiplier. Si la médecine du travail veut conserver son utilité et apporter une réelle plus-value à la prévention des risques professionnels, elle doit aussi vivre avec son temps.

BIBLIOGRAPHIE

I. Ouvrages Généraux, Manuels, Traités, Dictionnaires

AUBIN G., BOUVERESSE J.,

- *Introduction historique au droit du travail*, PUF, 1995

AUZERO G., BAUGARD D. et DOCKÈS E.,

- *Droit du travail*, Dalloz, 32^e éd. 2019

CORNU G.,

- *Vocabulaire juridique*, PUF, 12 éd. 2018.

CAMERLYNCK G.-H.,

- *Droit du travail, le contrat de travail*, t. 1, Dalloz, 2^{ème} édi. 1988

CASTALDO A., MAUSEN Y.,

- *Introduction historique au droit*, Dalloz, coll. « Précis », 4^{ème} éd. 2013

GHESTIN J., LOISEAU G., SERINET Y.-M.,

- *Traité de droit civil, la formation du contrat*, t1 et 2, LGDJ, 2013.

MAZEAUD A.,

- *Droit du travail*, 10^e éd., 2017, LGDJ.

MORVAN P.,

- *Droit de la protection sociale*, 8^e éd., 2016

RAY J.-E.,

- *Droit du travail*, Droit vivant, la relation individuelle de travail, Wolters, 26^e éd. 2018.

VERKINDT P.-Y., FAVENNEC-HÉRY F.,

- *Droit du travail*, LGDJ, 6^e éd. 2018.

II. Ouvrages spécialisés, Monographies, Actes de colloques, Rapports

Actes de colloque,

« La coopération médecin et infirmier en santé au travail et le DPC », *JST revue* n° 8, novembre 2005, juin 2015.

AFSSET,

- *Les Nanomatériaux et sécurité au travail*, Avis et Rapport d'expertise, 2008.

ALGAVA E., VINCK L.,

Intensité du travail et usages des technologies de l'information et de la communication, Synthèse Stat, n° 14, juin 2015.

ANACT,

- **CHAPPERT F., THERRY P.**, Photographie statistique des accidents de travail, des accidents de trajet, et des maladies professionnelles en France selon le sexe entre 2001 et 2015, mars 2017.
- « Mobiliser les TPE, un défi pour la prévention », *Revue des conditions de travail* n° 5, janv. 2017.
- L'exposition aux risques professionnels – Intégrer l'organisation du travail et la prévention, 2000.

ANSES,

- *L'évaluation des risques liés aux nanomatériaux pour la population générale et pour l'environnement*, Avis et Rapport d'expertise, 2010 ;

ARNAUDO B., LEONARD M., SANDRET N., CAVET M., COUTROT T., RIVALITE R., THIERUS L.,

- « Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs », *Dares Analyses* numéro 10, février 2013.

AUBERT-MONPEYSSEN T., VERKINDT P.-Y.,

- « La protection de la santé du travailleur : approche juridique de la notion de prévention », in *La santé du salarié*, actes des journées Michel Despax organisées par l'Université de Toulouse 1 (mai 1999), Dalloz, p. 29.

AUBIN C., PELISSIER R., DE SAINTIGNON P., VEYRET J., F. CONSO, FRIMAT P.,

- Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail, IGAS RM 2007-149P – IGAENR n° 2007-087.

BABIN M.,

- « Santé et sécurité au travail », *Lamy, coll. « Axe Droit »*, 2011.

BECK U.,

- « La société du risque : sur la voie d'une autre modernité », Paris, *Flammarion*, 2008.

BENSADON A.-C., BARBEZIEUX P., CHAMPS F.-O.,

- « Interactions entre santé et travail », *IGAS*, juin 2013

BERNON J., ANACT,

- « L'enjeu de la promotion de la santé », *Elsevier Masson*.

BERT D.,

- *Essai sur le droit de l'activité professionnelle indépendante*, Fondation Varenne, 2011

BIENCOURT M.,

- *Réglementation de l'exercice médical et indépendance professionnelle*, in *L'indépendance de la décision médicale*, CNOM, 19 juin 2010.

BLATMAN M., VERKINDT P.-Y. et BOURGEOT S.,

- *L'état de santé du salarié: de la préservation de la santé à la préservation de l'emploi*. éd. Liaisons, 3e éd. 2014.

BOISSELIER J.,

- « Naissance et évolution de l'idée de prévention des risques », *INRS*, 2008, 176 p.
- « Naissance et évolution de l'idée de prévention des risques professionnels : petite histoire de la réglementation en hygiène, en sécurité et en conditions de travail », *INRS*, 2004.

BOROWCZYK J. (Président), DHARREVILLE P. (rapporteur),

- Commission d'enquête sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie (risques chimiques, psychosociaux ou physiques) et les moyens à déployer pour leur élimination, juill. 2018.

BOUET P. (Président),

- CNOM, *Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle*, Analyses et recommandations.

BOURGEOT S., BLATMAN M.,

- « L'état de santé du salarié », *Editions Liaisons*, 2e Edition, 2009.

BRESSOL E. (rapporteur),

- « Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés », *CESE*, avr. 2004.

BRETON P.,

- « Convaincre sans manipuler », *édition la Découverte*, 2008.

BRIMO S.,

- « L'Etat et la protection de la santé des travailleurs », *LGDJ* 2013.

BRISSY S.,

- « Collecte et traitement des informations nécessaires, Droit et secret dans les SSTI », Actes Journées Santé Travail du CISME – Tome V – 2015.

BRUNAUD A. (rapporteur),

- Conseil économique et social, avis et rapport du 16 juin 1996, n° 16, 194 p.

BRUNO A.-S., GEERKENS E., HATZFELD N., OMNES C.,

- « La santé au travail entre savoirs et pouvoirs (XIX^e-XX^e siècles) », *PUR*, 2011

BURGELIN J.-F.,

- « L'obligation d'information expliquée aux médecins » : Cour de cassation, Etude, 1999, *Doc. fr.*, 1999.

BUZZI S., DEVINCK J.-C. et ROSENTAL P.-A.,

- *La santé au travail 1880-2006*, La Découverte, 2006.

CANETTO P.,

- « Prévention et performance d'entreprise : panorama des approches et des points de vue », INRS, 2018, PV 7, 64 p.

CAROLY S., COUTAREL F., ESCRIVA E., ROQUELAURE Y., SCHWEITZER J.-M., DANIELLOU F.,

- « La prévention durable des TMS, quels freins, quels leviers d'action ? », Rapport pour la direction générale du Travail, Paris, janv. 2008.

CARRE A.,

- Exposé introductif colloque e-pairs, « Le consentement éclairé en médecine du travail », juin 2011.

CARRE A., HUEZ D., RIQUET O., GROSSETETE A., DEVEAUX A., RANDON A., DE LABRUSSE B., CHEVALLIER M., MARTINEZ H., BERNERON B., LUCAS G.,

- « Les écrits en médecine du travail, Ecrire comme médecin du travail », Cahier SMT n°28/2014, pp 31-71, actes du colloque avec E-Pairs, juin 2014.

CHASTER X., BLEMONT P., SIAHMED H., SOULAT J.-M.,

- Rapport, « Attractivité et formation des professions de santé au travail », *IGAS* n° 2017-023R/IGAENR n° 2017-053.

CNOI,

- De l'infirmier du travail à l'infirmier spécialisé en santé au travail : reconnaître l'infirmier comme un acteur fondamental des enjeux de santé en milieu professionnel, sept. 2010.

CNOM,

- Rapport, Les écrits du médecin du travail et la déontologie médicale, juin 2015.
- Rapport, La réforme de la santé au travail passée au crible de la déontologie médicale, juin 2010.
- LUCAS J. (rapporteur), Dématérialisation des documents médicaux, juin 2010 ; Livre blanc sur l'informatisation de la santé, mai 2008 ; Livre blanc sur la télémédecine, janv. 2009.

COEURET A.,

- « La responsabilité du salarié en matière de sécurité et prévention des risques professionnels, Rapport annuel de la Cour de cassation », la Doc. fr. 2002.

CORRIGNAN-CARSIN D.,

- « L'obligation de sécurité du salarié », Mélanges dédiés à B. Bouloc, Dalloz 2006.

Cour des comptes,

- « Le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place », 2013.
- « Les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir », nov. 2012, p. 15.

COUTROT T.,

- Travail et bien-être psychologique, L'apport de l'enquête CT-RPS 2016, Dares, n° 217, mars 2018.

DANIELLOU F.,

- Evolution de l'ergonomie francophone : théories, pratiques, et théories de la pratique, Des évolutions en ergonomie, Toulouse, Octarès, 1998.

DARES,

- Etude, Lien entre outils numériques et conditions de travail, n° 029, juin 2018.

DE BROUWER C.,

- *Le problème de la santé au travail. Protection des travailleurs ou nouvel eugénisme ?*, L'Harmattan, 2008.

DEBOUT M. (rapporteur),

- « La médecine du travail », Journal officiel de la République française, Avis et rapports du Conseil économique et social, juill. 1988.

DECANTER B. (rapporteur),

- CNOM, Rapport, « L'information du patient, son importance, ses conséquences, droits et devoirs de chacun », sept. 2012.

DELAUNAY M., LEFRAND G.,

- « Rapport d'information sur la mise en oeuvre de la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail », Rapp. AN n° 4462, 7 mars 2012.

DELLACHERIE C.,

- Avis du Conseil Economique et Social, « L'avenir de la médecine du travail », mars 2008

DELLACHERIE C., FRIMAT P., LECLERCQ G.,

- Rapport, « La santé au travail – Vision nouvelle et professions d'avenir », avr. 2010.

DEL SOL M., HEAS F.,

- « Variations sur et autour de l'inaptitude en santé-travail », éd. Octavès, 2016, 246 p.

DERIOT G., GODEFROY J.-P.,

- Rapport d'information fait au nom de la commission commune sur le bilan et les conséquences de la contamination par l'amiante, n° 37 Sénat 2005/2006.

DESMARESCAUX S,

- Rapport visant à améliorer la santé au travail des salariés et à prévenir les risques professionnels, janv. 2008.

DESOILLE H.,

- « La médecine du travail », *PUF*, coll.« Que sais-je ? », 1958.

DESOILLE H., SCHERRER J. et TRUHAUT R.,

- « Précis de médecine du travail », Masson, 3^o éd. 1980.

DGT,

- Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels, Rapport pour la direction générale du travail, ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, déc. 2007.

DUCAMIN F.,

- Rapport Conseil d'Etat, « La médecine du travail en France perspectives », avr. 1988.

ECK M.,

- « L'organisation des services médicaux du travail », *Collection Droit social*, XVII, août 1943, p. 19-24.

EHESS/CNRS,

- Rapport de recherche, Centre de recherches Historiques, 2000.

Enquête SUMER 2010,

- Les expositions aux risques professionnels. Les produits chimiques

ETIENNE J.-C., CORNE C.,

- Les enjeux de la prévention en matière de santé, Conseil économique, social et environnemental, févr. 2012.

FAGNIEZ P.-L.,

- Rapport à la demande du ministre de la Santé Xavier Bertrand, janv. 2007

FAINZANG S.,

- La relation médecins-malades : information et mensonge, PUF, 2006.

FLAJOLET A.,

- Rapport sur les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, avr. 2008

FRIMAT P.,

- Rapport, Mission relative à la prévention et à la prise en compte de l'exposition des travailleurs aux agents chimiques dangereux, août 2018.

FRIMAT P., CONSO F.,

- Rapport, Le bilan de réforme de la médecine du travail, oct. 2007

GILLOT D.,

- Rapport « *Plus simple la vie* : 113 propositions pour améliorer le quotidien des personnes en situation de handicap », juin 2018

GODARD O. (dir.),

- « La question de la précaution en milieu professionnel », INRS/EDP Sciences, coll. « Avis d'expert », 2006

GODARD O.,

- Rapport, « Le principe de précaution et la proportionnalité face à l'incertitude scientifique », in *Conseil d'Etat, 2005, Responsabilité et socialisation du risque*, Doc. fr., coll. « Etudes et Documents », 2005.

GOSSELIN H.,

- « Aptitude et inaptitude médicales au travail. Diagnostic et perspectives ». Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, Janvier 2007.

GOT C.,

- « Rapport sur la gestion politique et administrative du problème de santé publique posé par l'amiante en France ». Rapport à Madame Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, et de Monsieur Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la Santé, 1998

HEAS F.,

- « Le reclassement du salarié en droit du travail », *LGDJ*, 2000.

HESSE P.-J.,

- « Les accidents du travail et l'idée de responsabilité civile au XIXème siècle », *Histoire des accidents du travail*, Université de Nantes, 1979, n° 6.

HESSE P.-J., LE CROM J.-P. (dir.),

- « La protection sociale issue du régime de Vichy », Presses universitaires de Rennes, 2001.

IGAS,

- « L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmer les concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque », mai 2012.
- Rapport, « Santé, pour une politique de prévention durable », *La documentation française*, 2003.

INRS,

- « Aptitude, invalidité, Rôles respectifs du médecin du travail, du médecin-conseil et du médecin traitant », dmt, pratiques et déontologie.
- « La prévention des risques : un atout pour la performance de l'entreprise », Hygiène et sécurité du travail, Dossier, INRS, n° 251, juin 2018.
- Évaluation des risques professionnels. Aide au repérage des risques dans les PME-PMI, brochure INRS, ED 840, 2011.

- « Prévention et performance : un rapprochement « contre nature » », in *La prévention des risques : un atout pour la performance de l'entreprise*, Hygiène et sécurité du travail, Dossier, INRS, n° 251, juin 2018.

INSERM,

- « Santé au travail et santé – situation chez les indépendants. Une expertise collective de l'Inserm », Paris, 21 juin 2011

ISSINDOU M., PLOTON C., FANTONI-QUINTON S., BENSADON A.-C., GOSSELIN H.,

- Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail », mai 2015.

JANSOU P., DRULHE M. (dir.),

- « Santé au travail : pour une nouvelle dynamique ». Constats et ouvertures, Toulouse, *Éditions Octarès*, 2015.

JEHANNIN-LIGIER K., DANTONY E., BOSSARD N., MOLINIE F., DEFOSSEZ G., DAUBISSE-MARLIAC L., DELAFOSSE P., REMONTET L., UHRY Z.,

- Santé publique France, Rapport sur la « Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017, déc. 2017,

LACHMANN H., LAROSE C., PENICAUD M.,

- Rapport « Bien être et efficacité au travail », février 2010.

LANOUZIÈRE H.,

- *Prévenir la santé et la sécurité au travail - Démarche générale, lieux et équipements*, vol. 1, Lamy, coll. « Lamy conformité », 2012 ;
- *Prévenir la santé et la sécurité au travail - Risques – acteurs - Sanctions*, vol. 2, Lamy, coll. « Lamy conformité », 2012.

LATTES J.-M.,

- Le corps du salarié dans l'entreprise, in *Mél. Despax*, PU Toulouse, 2002, p. 333.

LECLERCQ J., MAZEL P.,

- « La main-d'oeuvre nationale après la guerre », *Larousse*, 1916

LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H.,

- Rapport, « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », *La Documentation Française*, août 2018.

LEFRAND. G.,

- Rapport sur la proposition de loi adoptée par le Sénat relative à l'organisation de la médecine du travail, Rapp. AN n° 3529, 15 juin 2011.

LE GARREC J., LEMIERE J.,

- « Ne plus perdre sa vie à la gagner : 51 propositions pour tirer les leçons de l'amiante », Doc. d'info. de l'Ass. nat., 2006.

LEMIERE J. (rapporteur),

- Assemblée nationale, Rapport fait au nom de la mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante, n° 2884, févr. 2006.

LEONARD J.,

- « La médecine entre les savoirs et les pouvoirs », Paris, Aubier, 1981.

LEROUGE L.,

- La reconnaissance du droit à la protection de la santé mentale au travail, *LGDJ*, 2005.

LEURIDAN S., MEREAU M.,

- « 2000 ans de médecine du travail », *Les éditions de l'encre vive*, 79 p.

LOKIEC P.,

- « Il faut sauver le droit du travail », Odile Jacob, 2015.

MARICHALAR P.,

- Médecin du travail, médecin du patron ? L'indépendance médicale en question, 2014, Presses de Sciences Po, coll. « Nouveaux débats », 2014, 184 p.

MOURY J.,

- Le risque, Rapport Cour de cassation 2011.

NASSE P., LEGERON P.,

- Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail, mars 2008.

OBADIA A.,

- Les nanotechnologies, Avis et rapports du Conseil économique et social, 2008.

OLSZAK N.,

- Histoire du droit du travail, *Economica*, 2011, p. 68.

OMNES C., BRUNO A.-S.,

- Les mains utiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe, éd. Belin, 2004, 470 p.

POUILLARD J.,

- Le principe de précaution, Rapport adopté lors de la Session du Conseil national de l'Ordre des médecins, avril 1999.

PRÉEL J.-L.,

- Rapport d'information sur la prévention sanitaire, Rapp. AN n° 4334, 8 févr. 2012.

RANC L.,

- Les ouvriers et la médecine d'usine, Collection Droit social, Vol. XXII : la médecine sociale, 1945, p. 10.

REJET T.,

- La force de travail, étude juridique, préface F. Zenati, Litec, 1992.

ROCHAIX M.,

- Rapport du Conseil économique et social, La médecine du travail, 8 juillet 1988.

ROSENTAL P.-A.,

- L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979. Rapport de recherche, Centre de recherches Historiques EHESS/CNRS, 2000.

SEILLAN H.,

- Les services de santé au travail. Quel avenir ?, éd. Préventique, coll. « Les cahiers de Préventique », 2012.

SELIGMANN M.,

- Comité national consultatif d'éthique. Avis n° 80. 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, 2003.

Sénat,

- « L'organisation de la médecine du travail », Série Législation comparée, nov. 1999.

STEFANI F.,

- CNOM, Rapport, sept. 2007.

SUPIOT A. (dir.),

- « Au-delà de l'emploi. Transformations du travail et devenir du travail en Europe », Flammarion, 1999, p. 88

THEBAUD-MONY A., DAVEZIES P., VOGEL L., VOLKOFF S. (dir.),

- « Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner », Paris, Éditions La Découverte, 2015.

THOUVENIN D.,

- « La responsabilité médicale », Médecine-Sciences Flammarion, 1995.

THORWALD J.,

- « Histoire de la médecine dans l'Antiquité », Hachette, 1966, 327 p.

TOUSSAINT J.-F.,

- Rapport, Stratégies nouvelles de prévention, déc. 2006.

VALENTIN M.,

- « Travail des hommes et savants oubliés », éd. Docis 1978

VERKINDT P.-Y., BOURGEOT S., BLATMAN M.,

- « L'état de santé du salarié. De la préservation de la santé à la protection de l'emploi », *Editions Liaisons*, coll. Droit vivant, 3^{ème} édition, février 2014.

VIET V., RUFFAT M.,

- « Le choix de la prévention », *Economica*, 1999, pp. 60.

VILLEY R.,

- « Histoire du secret médical », Médecine et Histoire, Editions Seghers, 1986.

VIRVILLE M.,

- Rapport de janvier 2004, Pour un code du travail plus efficace, La Documentation française, janv. 2004, 117 p.

VOLKOFF S.,

- Le travail en évolution, *in La vie professionnelle, âge expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail*, ouvrage collectif, Collection travail et activité humaine, Octares, 2012.

ZEGGAR H., ROUX J., DE SAINTIGNON P.,

- « La prévention sanitaire en milieu de travail », IGAS, Rapport n ° 2003-015, févr. 2003.

III. Thèses et mémoires

BABIN M.,

- *Le risque professionnel*, thèse, Droit, Nantes, 2003.

BOUGHRIET N.,

- *Essai sur un paradigme d'alliance constructive entre droit et médecine : l'accès du médecin à la connaissance juridique*, thèse Lille, 2013.

CHAUMETTE P.,

- *Les services médicaux et sociaux du travail. L'essor de l'humain dans l'entreprise*, thèse Droit, Rennes, 1981.

CORNIL G.,

- *Du louage de service au contrat de travail, Étude sur les rapports juridiques entre les patrons et les ouvriers employés dans l'industrie*, Thèse, Paris, 1895, Thonin et fils éditeurs

DEGOY L.,

- *Essai sur la nécessité médicale*, Thèse Toulouse, 2013.

DEVINCK J.-C.,

- *La création de la médecine du travail en France 1914-1916*. Mémoire EHESS, 2001

DOREMUS B.,

- *Pour un changement de paradigme en santé-travail. Essai sur les évolutions juridiques et politiques nécessaires*. Bordeaux, LEH Edition, 2012, Thèses numériques de la BNDS.

DURAND C.,

- *La régulation publique des risques professionnels. Contribution sur l'émergence du concept de sécurité sanitaire environnementale*, thèse Droit, Nantes, 2002.

GARDES D.,

- *Essai et enjeux d'une définition juridique du travail*, P.U.S.S. UT1 Capitole.

HELARDOT V.,

- *Santé ou travail ? Les expériences sociales de la précarisation du travail et de la santé*, Thèse de sociologie, Université de Toulouse II- Le Mirail, 2005

SIHARATH C.,

- *L'évolution des services de santé au travail*, thèse dactyl. Aix-Marseille III, 2010.

JOVER A.-F.,

- *Les métamorphoses des services de santé au travail*, thèse, 2015.

LEFRANC C.,

- *Le contrat à durée déterminée du footballeur professionnel*, Thèse, Droit, Rennes, 1998.

MANAOUIL C.,

- *La responsabilité du médecin du travail*, mémoire pour l'obtention de DEA, sous la direction de P.-Y. Verkindt

MANAOUIL C.,

- *Les dérogations au secret médical*, thèse, Amiens, 2008, G. Fauré (Dir.).

MARICHALAR P.,

- *Prévenir ou Produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France,1970-2010)*, thèse dactyl, EHESS, 2011.

MEYER F.,

- *Le corps humain en droit du travail*, Thèse de doctorat, Université Strasbourg III, Octobre 1985

PORCHY S.,

- *Volonté du malade et responsabilité du médecin*, thèse, univ. Lyon-III, 1996.

REJET T.,

- *La force de travail (Étude juridique)*, Thèse, Montpellier I, 1991, Bibliothèque de droit de l'entreprise, Litec, T. 28, 1992, Préface F. Zénati

SALMON B.,

- *Le droit de la santé et de la sécurité du salarié: vers un droit au travail sûr*, thèse Droit, Nantes, 2000

SENEILLART R.,

- *Des contrats de louage de services passés par les médecins*. Thèse, Lille, 1940, p. 76 ;

SINGER G.,

- *Le contrat de travail du sportif professionnel : contribution à l'adaptation du droit du travail aux spécificités du sport professionnel*, thèse, Toulouse, 2016.

THOMAS S.,

- *La compétence du salarié*, thèse, Toulouse, 2016.

URSINI C.,

- *Le corps de la personne au travail*, Thèse de doctorat, Université Lyon 2, Octobre 2013.

IV. Articles

ABÉCASSIS P.,

- Pour substituer à la fiche d'aptitude actuelle une ordonnance individuelle de santé au travail, *Cah. SMT* juin 2000, n° 15, p. 40.

ABÉCASSIS P., CREN S., EHSTER J.-M. et SANDRET N.,

- L'aptitude en questions, *Cah. SMT* juin 2003, n° 18, p. 48.

ADAM P.,

- L'accord de branche, *Dr. soc.* 2017, p. 1039
- P. Adam, Médecins du travail : le temps du silence ?, *Dr. soc.* 2015. 541 ;
- P. Adam, « La prise en compte des risques psychosociaux par le droit du travail français », *Dr. ouvr.* 2008. 313 ;

ADOM K.,

- La modification du contrat de travail du fait de l'état de santé du salarié, *Dr. soc.* 1995. 461.

AKNIN F., JOVER A-F.,

- La sanitarisaton de l'entreprise: l'exemple des substances psychotropes, *JCP S* 2014, 1338.

ALGAVA E.,

- « Conditions de travail : les contraintes des travailleurs non-salariés », *Revue Santé et travail*, n° 71, juill. 2010.

ALVES CONDÉ M., ROUSSEL M., GOMES B., CHATZILAOU K.,

- Les nouveaux visages de la médecine du travail, *RDT* 2012, p. 200.

ALLAERT F.-A., QUANTIN C.,

- Le dossier médical personnel du patient : réflexions sur le portail d'accès unique et le masquage du dossier, *Ingénierie et Recherche Biomédicale*, n° 30, 2009. 114.

AMAUGER-LATTES M.-C.,

- Pénurie de médecins du travail et visites médicales obligatoires - Quelles responsabilités? Quelles perspectives ?, *Dr. soc.* 2011. p. 351

AMOUREUX H.,

- Services médicaux d'entreprise ou interentreprises, *Dr. soc.* 1987. 569.

ANDRE C.,

- « L'obligation salariale de sécurité est-elle une obligation de sécurité ? », *JCP S* 2008, 1094 ;

ANTONMATTEI P.-H.,

- « Obligation de sécurité de résultat : virage jurisprudentiel sur l'aile ! », *Dr. soc.*, 2016, p. 457 ;

ANTONMATTEI P.-H., SCIBERRAS J.-C.,

- « Le travailleurs économiquement dépendant : quelle protection ? », *Dr. soc.*, n° 2, février 2009, pp. 221-234 ;

ARNAUD G.,

- Se donner les moyens d'une commission médico-technique opérationnelle: JPST 2006, n° 21, p. 3.

ASQUINAZI-BAILLEUX D.,

- Quid de l'action récursoire de la caisse l'employeur en cas de faute inexcusable ?, *JCP S*, mars 2018, n° 12, pp. 39-41 ;
- De quelques moyens de défense en cas de faute inexcusable : questions de fond et de procédure, *Cah. soc.* 2016, n° 285, p. 276.
- Obligation de sécurité du salarié et étendue de la responsabilité de l'employeur, *JCP E*, mai 2016, n° 20, pp. 54-55.

AUBERT-MONTPEYSSEN T., BLATMAN M.,

- Les risques psycho-sociaux au travail et la jurisprudence française : la culture de la prévention, *Dr. soc.* 2012. 832

AUMERAN X.,

- Surveillance médicale des sportifs salariés : un arrêté, mais peut mieux faire !, *Jurisport* 2018, n° 183, p. 6.

AUBIN G.,

- La loi du 9 avril 1898, rupture ou continuité, *Dr. soc.*, juin 2015, n° 6, pp. 551-553.

K. B.,

- A défaut de danger grave et imminent pour la vie ou la santé du salarié, le droit de retrait n'est pas caractérisé, *JSL*, n° 442, nov. 2017, pp. 25-26.

BABIN M.,

- La réforme de la médecine du travail : quels changements pour l'entreprise ?, *JCP S* n°39, 27 sept. 2011.
- Certificat médical et obligations déontologiques du médecin du travail, *JCP S* 2018. 1276, p. 3.
- Contestation des avis du médecin du travail devant le conseil de prud'hommes, *JCP S* 2017. 1139 ;
- Reclassement du salarié inapte : l'employeur peut tenir compte de la position du salarié, *JCP S*, 2017, n°1, pp. 23-27.
- « L'obligation de sécurité de résultat, nouvelle approche », *JCP S* 2016. 1011 ;
- Ces accidents du travail qui ne disent pas leur nom, *Cah. soc.* 2013, n° 258, p. 544.
- Les perspectives de la médecine du travail, *Dr. soc.* 2005, p. 653.

BADEL M.,

- La notion de risque professionnel : état des lieux à la lumière des évolutions récentes, *RDSS*, 2004, p. 206.
- « Souffrance au travail et risque professionnel », *RDSS* 2006 ;

J. BARTHELEMY,

- « Parasubordination », Les cahiers du DRH, n° 143, mai 2008
- « Peut-on dissocier le droit du travail et le droit de la Sécurité sociale ? », *Dr. soc.*, 2007, p. 787.
- Médecin du sport et médecin du travail : la bonne articulation, *Jurisport* n° 150, févr. 2015, p. 33.

BAUDOR GUILLERMO B.,

- La prévention au travail en Espagne, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 127.

BEAL S., DODET A.-L.,

- Un premier pas vers la reconnaissance d'une responsabilité civile du médecin du travail, *JCP E* 2012, n° 1492 ;

BEN HASSEN N., HOFIDHLLAOUI M.,

- « L' « employabilité » des salariés : facteur de la performance des entreprises ? », *Recherches en Sciences de Gestion*, 2012/4, n° 91, pp. 129-150.

BENSOUSSAN L., CHENEVOY N.,

- Non, la prévention de la pénibilité n'a pas disparu !, *Gaz. Pal.* 2018, n° 10, p. 73 ;

BERGER E..

- Médecine du travail : une autre réforme est-elle possible ? *Santé et Travail* 2010, n° 71 ;
- Médecine du travail : une réforme ... pour le meilleur ou pour le pire ?, *Santé et Travail* 2011, n° 76 ;
- Services de santé au travail : rendement exigé pour les IPRP, *Santé et Travail* 2011, n° 74.

BERNARD M.,

- *Le secret médical existe-t-il entre médecin traitant et médecin du travail ?*, La lettre du pneumologue, Volume II n°2, mars-avril 2004.

BERTRAN J., BARRE P., PETIET G.,

- Historique de la notion d'aptitude en médecine du travail, *in Archives des maladies professionnelles*, 52, 2, 78-79, 1991 ;

BEYSSIER J.-C.,

- « Pluridisciplinarité et prévention : la difficile transformation de la santé au travail », *in Risques psychosociaux, santé et sécurité au travail : une perspective managériale*, E. Abord de Chatillon, O. Bachelard, S. Carpentier (dir.), Vuibert AGRH, Paris, 2012, p. 349-362.

BIZOT N.,

- Maladie, *Dr. ouvr.* 2010, n° 747, pp. 548-555 ;

BLATMAN M.,

- L'obligation de sécurité, *Dr. soc.* 2011, p. 743 ;
- L'obligation de sécurité de résultat de la Cour de cassation en six étapes, *SSL* 2007, n° 1275, p. 6 ;

BOBILLIER CHAUMON M.-E.,

- Travail et bien-être psychologique unis pour le meilleur et pour le pire, *SSL*, avril 2018, n° 1811, pp. 6-7.

BONNEAU J.,

- L'accès au dossier médical, GP 10 mai 2003, p. 3.

BONNECHERE M.,

- Santé-sécurité dans l'entreprise et dignité de la personne au travail, *Dr. ouvr.* 2003. 453.
- Le corps laborieux, réflexion sur la place du corps humain dans le contrat de travail, *Dr. ouvr.* 1994, n° 545, pp. 173-185 ;

BORGETTO M., FANTONI-QUINTON S.,

- Un système de santé unique : une utopie ?, *RDSS* 2014, n° 2, pp. 215-216 ;

BORGETTO M.,

- La santé dans l'histoire constitutionnelle française, *RDSS* (n° hors-série), 2013. 9

BOSSU B.,

- La protection des droits fondamentaux du candidat à l'emploi, in *L'embauche en droit du travail: principaux enjeux et débats*, colloque CERIT, Nancy, 1998.

BOUAZIZ P., GRENIER-PEZE M., IMBEAUX M., ROCHE C., SANDRET N., SOULA M.-C.,

- « "Subvertir" le concept d'inaptitude : le médecin du travail face au harcèlement professionnel », *Les Cahiers Santé et Médecine du travail* n° 17, 2002, p. 1 ;

BOURDAIRE-MIGNOT C.,

- « Le dossier médical personnel (DMP) : un outil de stockage des données de santé en vue d'une utilisation partagée », *RGDM*, n° 44, 2012, p. 295-311 ;

BOURGEOT S.,

- « Médecine du travail, maladie et inaptitude », *Dr. soc.* 1998.872 ;

BOUSIGES A.,

- « Le droit des salariés de se retirer d'une situation dangereuse pour leur intégrité », *Dr. soc.* 1991, pp. 279

BRISSY S.,

- De l'obligation de prévention des risques professionnels à l'interdiction du harcèlement moral, *JDSAM*, mars 2018, n° 19, pp. 76-78 ;
- La réforme de la santé au travail par la loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, *JDSAM*, 2016, n° 14, p. 96.
- L'absence de visite médicale est-elle un motif de rupture du contrat de travail ?, *JDSAM*, 2014, n° 3, pp. 88-89.
- Absence de visite médicale d'embauche – préjudice automatique, *JDSAM*, n° 2, 2014, pp. 97-98.
- Le CHSCT, 30 ans après, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 45.

BUGADA A. ,

- La contribution de la loi du 8 août 2016 à la recomposition des branches : *JCP S* 2016, 1442
- L'obligation de sécurité pesant sur l'employeur en matière prud'homale : obligation de moyen ou de résultat ?, *JCP S* 2014. 1450.

CABANES P.,

- Perspectives, in *La médecine du travail. Quel avenir ?*, *Dr. soc.* 1980, p. 31.

CANDAT J., PAGNERRE Y..

- *L'intuitu personae* dans le reclassement des salariés, *JCP S* 2010, 1212.

CAPODANO J.,

- « Dossier médical partagé (DMP) et secret professionnel : les nouveaux enjeux », *RDS*, n° 76, 2017, pp. 233-235. ;

CARON M.,

- Le système de la santé au travail: vers la fin d'une exception, *RDSS* 2014, p. 275.

CARON M., VERKINDT P.-Y.,

- La réforme de la médecine du travail n'est plus (tout à fait) un serpent de mer..., *JCP S* 2011, 1421
- Le droit de la sécurité sociale confronté à de nouveaux risques professionnels, *RDSS* 2010, p. 593.
- « L'effort humain » – Regards sur la pénibilité, *D.* 2011. 1582.

CARRE A., HUEZ D.,

- Vers une médecine de sélection médicale de la main-d'œuvre, *SSL*, 2014, n° 1658.

CARRE A.,

- Un état des lieux – une réforme destinée à en finir avec la médecine du travail, *Les Cahiers S.M.T.*, n° 26 – Mai 2012, p. 67.

CASAGRANDE T.,

- « L'accès direct au dossier médical : principes juridiques et réalités pratiques », *Médecine & Droit* n° 71, mars-avril 2005, p. 50-54

CASAUX-LABRUNEE L.,

- *La médecine du travail des salariés temporaires: Dr. soc.* 1994, p. 943.
- « Le droit à la santé », in *Libertés et droits fondamentaux*, 19^e éd., Paris, Dalloz, 2013, pp. 895-926 ;

CASAUX-LABRUNEE L., DE MONTVALON L.,

- La solitude du travailleur indépendant face aux risques professionnels, *SSL* 2014, n° 1655, pp. 100-106.

CATILINA P.,

- Conclusion, in *La médecine du travail. Quel avenir ?*, *Dr. soc.* 1987, p. 613.

CAVALCANTI BOUCINHAS FILHO J.,

- Le modèle brésilien de protection de la santé et de l'intégrité physique du travail, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 138.

CAYLA J.-S.

- *La santé et le droit: RDSS* 1996, p. 278.

CHABAS F.,

- « Le corps humain et les actes juridiques en droit français », in « Le corps humain et le droit », Travaux de l'Association H. Capitant, T. XIII, Sirey, 1975, p. 147.

CHABANNE-POUZYNIN L., DELAMOTTE J.,

- La prévention des risques d'exposition aux rayonnements ionisants dans le cadre des activités nucléaires, *SSL*, déc. 2014, n° 1655, pp. 81-85 ;

CHAMPEAUX F.,

- Le médecin du travail est au centre du suivi médical des salariés, *SSL*, 2016, n° 1748, pp. 5-7.
- Bilan et perspectives sur le travail, *SSL*, nov. 2017, n° 1790, pp. 4-7.

CHAPOUTHIER-GUILLON A.,

- Le dossier médical en santé au travail, *in Travail et sécurité*, n° 725, 2012. 48.

CHARBONNEAU A., LEROUGE L.,

- Une « personne de confiance » pour favoriser le dialogue sur le travail et la santé-sécurité, *Dr. soc.* 2016, p. 534 ;

CHARBONNEAU C.,

- L'impossible dol du salarié, l'embauche d'un salarié déjà inapte, *Cah. soc.* 2006, n° 176, pp. 15-16 ;

CHATZILAOU K., CONDE M. A., GOMES B., ROUSSEL M.,

- Les nouveaux visages de la médecine du travail, *RDT* avril 2012.

CHAUCHARD J.-P.,

- Les équivoques de l'assurance maladie complémentaire en entreprise, *RDSS* 2016, p. 149.
- « De la définition du risque social », *TPS* juin 2000, p. 4 ;

CHAUMETTE P.,

- Le médecin du travail, l'employeur et l'inspecteur du travail, *Dr. soc.* 2003, p. 717.
- « Commentaire de la loi du 31 décembre 1991 relative aux obligations de l'employeur et du salarié en matière de sécurité au travail », *Dr. soc.* 1992, p. 337
- L'activation du lien réparation-prévention, *Dr. soc.* 1990, p. 724;
- « Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et le droit de retrait du salarié », *Dr. soc.* 1983, p. 425.

CHIREZ A., EXPERT C.,

- L'inobservation des préconisations et restrictions des fiches d'aptitudes avec réserves, *Dr. ouvr.* 2015, n° 808, pp. 612-619 ;

DE CLAUSADE J.,

- Nature des contrats que doivent respecter les médecins du travail, *Dr. soc.* 1987, p. 749.

CLEMENT C.,

- « Le médecin, son devoir d'information et le principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité », *Petites Affiches*, 6 déc. 2001, p. 15

J. CLOSIER,

- Médecine du travail et déontologie, *Dr. soc.* 1980, p. 1 S.

L. COCQUEBERT,

- *Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il un contrat ?*: *RD sanit soc.* 2012, p. 34.

A. COEURET,

- « La responsabilité du salarié en matière de sécurité et de prévention des risques professionnels », Rapport 2002 de la Cour de cassation, *Etudes sur la responsabilité*, p. 87.

D. CORRIGNAN-CARSIN,

- « L'obligation de sécurité du salarié », *Mélanges dédiés à B. Bouloc*, Dalloz 2006, p. 233 ;

P. COUSSEAU,

- Quelle obligation de prévention imposer au salarié ?, *JSL*, n° 382, févr. 2015, pp. 24-28.

J.-D. COMBEXELLE,

- *Santé au travail : des marges de progrès importantes*, *ADSP* 2006, n° 57, p. 1.

C. DE COPPET,

- *Les partenaires sociaux s'acheminent vers une réforme de la gouvernance des services de santé au travail* : *SSL* 2009, n° 1406, p. 5.

J. COSTENTIN, J.-P. GOULLÉ,

- Consommation de drogues par le salarié et tests salivaires, *SSL* 2012, n° 1545, p. 4.

J.-B. COTTIN,

- Les périmètres du CHSCT, *RJS* 11/2014, chron. p. 643.

G. Couturier,

- Vers un droit du reclassement ?, *Dr. soc.* 1999. 497.
- L'ordre public de protection ; heurts et malheurs d'une vieille notion neuve, *in Mélanges Flour*, p. 95 et s.
- « Les techniques civilistes et le droit du travail : chronique d'humeur à partir de quelques idées reçues », *D.* 1975. Chron. 151.

J.-L. CROZAFON,

- Santé au travail : pour une approche globale, *RDSS*, 2014.

- *La santé au travail : nouveaux enjeux, nouveau cadre réglementaire*, JCP S 2013, 1245.

C. CZUBA,

- L'étendue de l'hétérogénéité des protections au sein du système de santé au travail : le cas de la fonction publique territoriale ; *RDSS* 2014, p. 258.

CZUBA C., FRIMAT P.,

- « Vers un nouveau suivi individuel en santé au travail plus adapté et plus ciblé », *Dr. ouvr.*, février 2017, n° 823, pp. 97-102.

CZUBA C., MESLI V.,

- « Le dossier médical en santé au travail à l'aune de l'équipe pluridisciplinaire », *RGDM*, n° 53, 2014, p. 73-80.

DABURON C.,

- Médecine prédictive : les dangers d'un nouveau pouvoir, *RDSS* 2001. 453.

DAVEZIES P.,

- Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale, *Médecine et Travail*, 183, 38-41, 2000.
- Organisations du travail et pathologies émergentes, *Revue économique et sociale*, n° 2, juin 2004, Lausanne.
- L'aptitude médicale dans le système de santé au travail : origine, interrogations et débats. *Médecine du travail et ergonomie*, vol. 94, 2007. 73-82
- « Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale », *Revue de médecine du travail*, tome xx-viii, n° 2, 2001, pp. 104-108
- « Positions du médecin face aux dimensions cognitives, psychiques et relationnelles du travail », *Archives des maladies professionnelles* 1995, 56, n° 4, pp. 294-306.
- « L'aptitude, handicap congénital de la médecine du travail » *in Santé et Travail* n° 53, Décembre 2005.
- Médecine du travail : la clinique médicale du travail, une pratique émergente, *Santé & Travail*, janvier 2013 ;
- Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale, *Médecine et travail*, 2000, n° 183, p. 38-41.
- Défis et responsabilités face à la souffrance au travail, *SSL* 2012, n° 1536, pp. 41-48.

DÉCHOZ J.,

- *Les CHSCT dans la tourmente ?*: *Dr. ouvrier* 2014, p. 628.

DEDESSUS-LE MOUSTIER N.,

- La pluridisciplinarité en santé au travail : analyse juridique, *Travail et Emploi*, juillet-septembre 2005, n° 103, p. 65 ;
- « La protection de la santé du salarié : de l'hygiène et la sécurité au bien-être au travail », *in La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*, Paris, M. Lavoisier, p. 65.

DELEVALLEE D.,

- La branche professionnelle, une notion historique en voie de définition, *JCP S*, déc. 2016, n° 51, pp. 33-35.

M. DELMAS-MARTY (DIR.),

Prendre la responsabilité au sérieux, PUF, 2015. 14.

M. DEL SOL,

- Les décisions et pratiques managériales à l'épreuve du droit à la santé au travail, *RDSS* 2013, p. 868.
- La mise en perspective de l'évaluation de l'invalidité et de l'incapacité permanente, *regards*, n° 51, juin 2017.
- La prise en considération du retentissement professionnel, parent pauvre de la réparation ATMP, *Dr. soc.* 2015, p. 300.

DEL SOL M., RACHET-DARFEUILLE V., BESSON J.-C.,

- Médecine du travail et risques incertains, *in De l'innovation à l'utilisation des nanomatériaux – Le cadre normatif des nanotubes de carbone*, 2012, Larcier ;

DEL SOL M., HEAS F.,

- Variations sur et autour de l'inaptitude en santé-travail, éd. Octavès, 2016, 246 p. ; sp. M. Del Sol, « L'analyse croisée des cadres juridiques de l'inaptitude, de l'invalidité et de l'incapacité permanente », chap. 3.

DENIAU M.,

- *Les services de santé au travail enfin réformés* : Les cahiers Lamy du CE, n°108 octobre 2011.

DESBARATS I.,

- Le salarié est-il au coeur des préoccupations en termes de santé et sécurité au travail ? Analyse en demi-teinte du décret n° 2008-1347 du 17 décembre 2008 : *Semaine sociale Lamy 2009*, n° 1406, p. 8 ;
- Obligation de reclassement et obligation de sécurité : quelle articulation en matière de santé au travail ?, *in Maintien en emploi des travailleurs handicapés ou porteurs d'une incapacité fonctionnelle, regards croisés en France et au Québec*, 2010.

DESJARDINS B.,

- « La prévention des handicaps », *Dr. soc.* 1991, p. 588 ;

DESMARAIS P.,

- Les protocoles de coopération entre professionnels de santé : un dispositif à peaufiner, *RDSS* 2012. 513.

DESMOULIN-CANSELIER S.,

- La réforme de la médecine du travail à la lumière des risques collectifs et incertains, *RDSS* 2010, p. 604

DONNOU P.,

- L'incidence professionnelle dans divers contentieux – Réflexions et témoignage d'un médecin-conseil de victimes, *Dr. soc.* 2015. 307.

DORE L.,

- Evolution de la médecine du travail, *Dr. soc.*, nov. 2004.

DOREMUS B.,

- « La réforme de la médecine du travail : une réponse aux attentes sociétales en santé et sécurité au travail ? », *RDS*, n° 46, 2012, p. 195-205.

DORLHAC DE BORNE H.,

- La médecine du travail : plaidoyer pour l'avenir, *Dr. soc.* 1987, p. 565.

DOUCET M.,

- « L'obligation de sécurité de l'employeur et les nanomatériaux », *Journal international de bioéthique*, 2011/1 (Vol. 22), p. 173.

DUFOUR O.,

- « Une nouvelle fonction du droit : éviter le risque avéré, envisager le risque suspecté », *Les petites affiches*, n° 88, 2 mai 2012, p. 3

DUFRANC DR,

- « La médecine d'usine », *Le Médecin d'usine*, juillet 1939 ;

DUMAYROU F.,

- Le reflux de la protection de l'emploi du salarié malade, *RDT* 2016, n° 11, pp. 678-692.

DREIFUSS-NETTER F.,

- Les relations médecin-malade sont-elles codifiables ?, in *Mél. G. Wiederkehr*, Dalloz, 2009, p. 248.

DUMORTIER G.,

- L'appréciation de l'inspecteur du travail sur l'aptitude du salarié se substitue rétroactivement à celle du médecin du travail, *Dr. soc.*, juin 2010, p. 629

DUPEYROUX J.-J.,

- La médecine du travail sur le fil du rasoir, *Dr. soc.* 1980, p. 3.

DUPUY O.,

- La gestion des informations relatives au patient. Dossier médical et dossier médical personnel, *Les études hospitalières*, éd. 2005

DUQUESNE F.,

« L'obligation de sécurité du délégataire de pouvoir », *Dr. soc.* 2010, p. 954 ;

DURAND E.,

- Addictions et santé au travail : quel enjeu pour les services de santé au travail ?, *Santé Publique*, 2008/hs vol. 20.

DURAND P.,

- Naissance d'un droit nouveau : du droit du travail au droit de l'activité professionnelle, *Dr. soc.* 1952, p. 437.

DURRY G.,

- L'immunité du médecin salarié, *Risques* juin 2005, n° 62, chron.

EMANE A., OSSI OKORI P.,

- La prévention au travail au Gabon, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 142.

D'ELISSAGARAY J.-R., PEROTTO J., REY I.,

- L'impact du vieillissement pour les entreprises, *JDSAM*, janv. 2018, n° 18, pp. 11-13 ;

EL YAMANI M., LASFARGUES G.,

- Une vision globale des expositions au travail pour une meilleure stratégie de prévention. *Bull. Epidémiol. Hebd.* 2018.

ESCALIER DR,

- L'organisation médico-sociale de la profession à l'échelon d'un comité d'organisation, *Dr. soc.*, 1942, pp. 8-11.
- « L'organisation des services médicaux du travail », *Dr. soc.*, 1942, pp. 261-265 ;

ESPER C.,

- La nouvelle gouvernance hospitalière : réel dynamisme ou évolution imposée ? À propos des ordonnances des 2 mai et 1^{er} septembre 2005 ; *RDSS* 2005, p. 766.

FABRE A.,

- L'obligation de sécurité du salarié ou l'histoire d'une fausse autonomie, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 39 ;

FABRE-MAGNAN M.,

- Le contrat de travail défini par son objet, in A. Supiot (dir.), *Le travail en perspectives*, LGDJ, 1998

FAINZANG,

- Les inégalités au sein du colloque singulier : l'accès à l'information. La relation médecins-malades, *Les Tribunes de la santé*, 2014/2, n° 43, p. 47 ;

FANTONI-QUINTON S., LECLERCQ G., VERKINDT P.-Y. et FRIMAT P.,

- Un avenir pour la santé au travail sans « aptitude périodique » est possible, *JCP S* 2011, n° 48, pp. 10-14.

FANTONI-QUINTON S., LEGROS B.,

- La logique de réparation entrave-t-elle la démarche de prévention des lésions professionnelles ? *RDSS* 2010, p. 640.

FANTONI-QUINTON S., MANAOUIL C., VERKINDT P.-Y., FRIMAT P.,

- La responsabilité pénale des médecins du travail: un répertoire renouvelé ?, *Arch. mal. pro.* 2011, vol. 72, p. 4.

FANTONI-QUINTON S., SAISON J.,

- Le système de santé au travail est-il une exception au système de santé français?, *RDSS* 2014, p. 217;
- Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ?, *Dr. soc.* 2013, p. 1023.

FANTONI-QUINTON S., VERKINDT P.-Y.,

- Drogue(s) et travail : des liaisons dangereuses, *Dr. soc.* 2011, p. 674 ;
- « A l'impossible l'employeur est-il tenu ? », *Dr. soc.* 2013, n° 3, pp. 229-238.
- Charge de travail et qualité de vie au travail, *Dr. soc.* 2015, p. 106.
- Le nouvel encadrement de la décision d'inaptitude, *Sem. soc. Lamy* 2017, n° 1752, p. 7 ;
- Les chausse-trappes du nouvel encadrement de la décision d'inaptitude, *SSL*, n° 1752, 16 janvier 2017 ; A. Dejean de la Bâtie, *Les cahiers du DRH*, n° 238, 1^{er} janvier 2017 ;

FANTONI-QUINTON S.,

- *Que deviendrait la faute inexcusable sans aptitude à l'embauche? : Sem. Soc. Lamy* 2014, n° 1651 , p. 6.
- L'employeur peut-il convoquer en visite médicale un salarié pendant un arrêt maladie ?, *SSL* 2017, n° 1772, pp. 10-11
- Les tests de dépistage au prisme de l'obligation de sécurité de résultat, *SSL* 2016, n° 1750, p. 8.
- Vers une ouverture du système de reconnaissance des maladies professionnelles, *SSL* 2015, n° 1672, pp. 11-14.
- L'évolution des missions du médecin du travail, *SSL suppl.*, déc. 2014, n° 1655, p. 52.
- La contestation des avis du médecin du travail aux prud'hommes. Le mystère s'épaissit et les risques s'accumulent, *SSL*, n° 1776, 3 juillet 2017.
- Visite médicale en cours d'arrêt de travail, *Sem. soc. Lamy*, n° 1772, p. 10.
- L'évolution du temps de travail et les enjeux relatifs à la santé des salariés, *Dr. soc.*, n° 4, avr. 2010, p. 395-400.
- Transformations technologiques et la santé des salarié, *SSL – suppl.* 17 oct. 2005, n° 1232.
- Impact des TIC sur la santé au travail, *JCP S* 2013. 1452.
- Modernisation de la médecine du travail et refonte du suivi de santé : vers une mue salvatrice ?, *Cah. Soc.* 2017, n° 295, p. 204.
- Le maintien en emploi au coeur des missions des services de santé au travail, *RDT* 2016. 472.

FANTONI S., HEAS F.,

- Pour une reconfiguration des principes en santé au travail, *Dr. soc.* 2016, p. 532
- Les réformes en droit du travail : affaiblissement ou opportunité pour le droit de la santé au travail ?, *Dr. soc.* 2018. 202.

AMIARD V., LIBERT J.-P., FANTONI-QUINTON S.

- Décalage entre les indicateurs physiologiques et la règle de droit, *SSL* 2015, n° 1685, pp. 8-11

FANTONI S., HEAS F., VERKINDT P.-Y.,

- La santé au travail après la loi du 8 août 2016, *Dr. soc.* 2016, p. 921.

FANTONI-QUINTON S., LAFLAMME A.-M.,

- « Garder le silence ou mentir sur son état de santé : quelles conséquences juridiques pour le candidat à l'embauche ? Une approche comparée France / Québec », *Dr. soc.*, n° 1, 2016, pp. 19-26.

GENTY V., FANTONI-QUINTON S.,

- Les nouveaux modèles de fiches : entre sécurisation et difficultés juridiques, *SSL* 2018, n° 1802, pp. 5-7.

FANTONI-QUINTON S., GENTY V.,

- L'employeur, le médecin du travail et la protection de la santé des travailleurs. Deux acteurs aux responsabilités différentes, *SSL*, mai 2015, n° 1678, pp. 6-9.
- L'intercurrence d'une inaptitude et d'un projet de rupture du contrat de travail, *SSL* 2016, 1710 Supplément.

FANTONI-QUINTON S., MANAOUIL C., VERKINDT P.-Y., FRIMAT P.,

- « La responsabilité pénale des médecins du travail : un répertoire renouvelé », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2011, vol. 72, n° 1, pp. 4-12

FAVENNEC-HERY F.,

- « L'obligation de sécurité du salarié », *Dr. soc.* 2007, p. 687 ;

FERRÉ N.,

- Les institutions et les acteurs en santé au travail au Québec et en France : regard croisé ; *JSL* 2009, n° 261, chron.

FERTE C.,

- La santé au travail après le 1^{er} janvier 2017, *JCP S* n° 1, 10 janvier 2017, 1001.

FIN-LANGER L.,

- Reclassement : à l'impossible, nul n'est tenu, *JCP S*, n° 51, pp. 26-29.

FRAGKOU R.,

- Entre paternalisme médical et autonomie absolue, une autonomie du patient à géométrie variable, *RGDM*, n° 42, 2012, p. 167-212.

FREYRIA C.,

- Nullité du contrat de travail et relation de travail, *Dr. soc.* 1960.619.

FRIMAT P.,

- Le travail... c'est la santé. La santé au travail... une pratique en question, *Pistes*, vol. 12, n° 1, févr. 2010, 7 p.

FRIMAT P., GUILLON F.,

- La médecine du travail est-elle menacée ?, *RDT* 2011, p. 86.

FROMONT Y.,

- Le statut des médecins du travail, *Dr. soc.* 1987, p. 584.

FROSSARD S.,

- Les contextes de l'obligation de reclassement, *Dr. soc.* 2010, p. 959.

FROUIN C.,

- La responsabilité déontologique du médecin du travail, *Cah. soc.* 2014, n° 268, p. 655
- Harcèlement moral : le médecin du travail peut attester de la détérioration de l'état de santé du salarié, *Cah. soc.* 2014, n° 267, p. 553.

FROUIN C., RIOCHE S.,

- Contestation des avis du médecin du travail : embûches d'une procédure mort-née et perspectives d'un droit nouveau, *Les Cah. soc.*, 2017, n° 301, p. 523.

FROUIN J.-Y.,

- Propos introductifs sur l'obligation de reclassement, Dossier « Le reclassement du salarié : entre continuité et ruptures », *Cah. soc.*, n° 305, p. 161.
- La rupture pour inaptitude, *Dr. soc.*, n° 1, janvier 2012, p. 22.
- Inaptitude et perte d'emploi ; *Dr. ouvrier* 2006, p. 105.

GABA,

- Obligation de sécurité du salarié : ombres et lumières jurisprudentielles, *Dr. ouvr.* 2011. 114 ;

GACIA N.,

- La gestion préventive des risques en matière de sécurité et santé au travail, *JCP S* 2009. 1110 ;

GAMET L.,

- Le préjudice d'anxiété, *Dr. soc.* 2015, p. SS;
- Le test salivaire, *Dr. soc.* 2013, p. 51 .

GARAY A.,

- « Volontés et libertés dans la relation médecin-malade : la mise à l'épreuve des articles 16-3 du Code civil et L. 1111-4 du Code de la santé publique », *RGDM*, n° 10, 2003, p. 143-166.

GARDIN A.,

- Le secret médical et le médecin du travail, *Dr. ouvr.* 2015, p. 403.

GARNIER S.,

- La sécurité des corps au travail, *SSL suppl.* 8 déc. 2014, n° 1655, p. 71.

GAURIAU B.,

- Les sanctions civiles de l'insécurité, *Dr. soc.* 2007. 719.

GHESTIN J.,

- Réticence, dol et erreur sur les qualités substantielles, *D.* 1971, Chron. p. 247.

GIRAULT C.,

- Génétique et emploi, *Dr. ouvr.* 2011, n° 750, pp. 22-27.

GOSSELIN H.,

- Aptitude et inaptitude : les pistes d'une réforme, *SSL* 2007, n° 1299, p. 4.

GRAND C.,

- *Les services médicaux interentreprises : l'expérience Crouzet* : *Dr. soc.* 1987, p. 571.

GROSSETETE A.,

- La clinique médicale du travail, *Santé & Travail*, n° 97, janvier 2017.

GRÜNDLER T.,

- *Le juge et le droit à la protection à la santé*: *RDSS* 2010, p. 835.

GUIOMARD F.,

- Réparation du préjudice né des accidents du travail et des maladies professionnelles : un chantier jurisprudentiel d'envergure, *Dr. ouvr.* 2010. 615.
- Réparation des accidents du travail et maladies professionnelles : clarification des règles de compétence ou règle de fond ?, *RDT* 2018, pp. 468-472.
- Accidents du travail et maladies professionnelles, *RDT* 2013, p. 674
- Risque professionnel, *Dr. ouvr.* 2012, pp. 616-620.

HARDY J.,

- Le système de santé vu du droit : une réalité diffuse, un régime juridique complexe : *RDSS* 2014, p. 229.

HARDY J., MOREL F.,

- La réforme de la médecine du travail va-t-elle s'appliquer à la fonction publique hospitalière , *RDSS* 2014, p. 307 ;

HAUTEFORT M.,

Une réorganisation peut être suspendue si elle engendre des risques psychosociaux, *JSL*, avr. 2018, n° 451, pp. 28-29 ;

F. HEAS,

- La pénibilité au travail, une problématique multidimensionnelle, *Dr. ouvr.*, juin 2016, n° 815, pp. 339-344.
- Le reclassement du salarié en droit du travail, *LGDJ*, 2000.
- Les conséquences de l'inaptitude sur l'emploi du salarié, *JCP S* 2005. 1395.
- Réforme de l'inaptitude au travail : préconisations, Cercle de prospective sociale, *JCP S*, n° 24, 14 juin 2011, act. 244.
- La définition juridique de la pénibilité au travail, *TEE* n° 104, 2005, p. 19 ; « Les négociations interprofessionnelles relatives à la pénibilité », *Dr. soc.* 2006, p. 834 ;
- Etat de santé, handicap et discrimination en droit du travail: *JCP S* 2011, 1279 ;
- Exercice de la médecine et salariat ; *RDSS* 2013, p. 575 ;
- Les représentants du personnel et la santé au travail, *SSL* 2004, n° 1196. p. 5;
- *Les obligations de reclassement en droit du travail*: *Dr. soc.* 1999, p. 504.
- La réforme du régime de l'inaptitude suite à la loi du 8 août 2016, *Dr. ouvr.*, février 2017, n° 823, pp. 103-107.
- De la sécurité à la santé, les évolutions de la prévention au travail, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 23.

HELARDOT V. ,

- « Enjeux d'emploi, de travail et de santé : la quadrature du cercle », in G. de Terssac, C. Saint-Martin et C. Thébault (dir.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Octarès, Toulouse, 2008, p. 73-84.
- Les salariés face à la dialectique santé-travail précarisé, *Mouvements*, 58, 2009, pp. 21-28

J. HÉRAUD,

- L'alcool dans l'entreprise, *Dr. ouvr.* 2004, p. 1.

HIGGINS P.,

- Les services contractuels de santé au travail aux Etats-Unis, in *Encyclopédie de santé et de sécurité au travail, OIT*, 3^e édition 2000, vol. I, part. II, chap. 16.41 ;

HIGOUNENS C., LATTES J.-M.,

- Les relations médecins-infirmiers dans la loi du 20 juillet 2011, incertitudes et ambiguïtés, *Dr. soc.* 2014, p. 661.

HOUSSIN D.,

- Le secret médical dans les nouvelles pratiques et les nouveaux champs de la médecine, *D.* 2009. 2619.

HUEZ D.,

- Terrain miné pour la médecine du travail, *Santé et Travail* 2011, n° 74.

JACOTOT D.,

- « Renouvellement, condition suspensive : l'allongement de la durée du contrat à durée déterminée des sportifs professionnels », *JCP S* 2006. 1401.
- Santé du sportif, conditions suspensives et contrat de travail à durée déterminée, *RDT*, 2008, p. 173.

JACQUES C.,

- *Travail et santé: le point de vue d'un médecin : Dr. soc.* 2002, p. 479.

JAMBU-MERLIN R.,

- Le médecin du travail et la responsabilité civile, *Dr. soc.* juin 1963, pp. 334-340

JEAMMAUD A.,

- Médecine du travail et responsabilité civile, *Dr. soc.* 1980, p. 77 ;; La responsabilité en médecine du travail, *Liaisons soc.* 1993, pp. 81-89

JAUNAIT A.,

- Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient, *Raisons politiques* 2003/3, n° 11, Presses de Sciences Po.

JEANSEN E.,

- L'avis d'inaptitude, *JCP S*, n° 38, 27 septembre 2016, 1318.
- Responsabilité d'un service de santé au travail défaillant, *JCP S* 2012, n° 1444 ;

JEANTET M., THIEBEAULD A..

- « *Les missions de la branche AT/MP* », *Regards*, vol. 51, no. 1, 2017, pp. 33-49.

JÉGOU F., EBER J.-M.

- L'indépendance du médecin du travail - Comment la faire respecter? Champs d'intervention, limites, stratégies, *Cah. SMT* juin 2011, n° 25, p. 75.

JOLIVET A. ET PUEYO V.,

- « La pénibilité du travail : de quoi parle-t-on ? », *RDT* 2010, p. 686.

JOSEPH D.,

- Quelques réflexions pratiques sur l'inaptitude et le reclassement des travailleurs déclarés inaptes, *Dr. ouvrier* 2010, p. 130.

JOURDAIN P.,

- Le devoir de « se » renseigner, *D.* 1983, Chron. p. 139.

V. JULIEN,

- Pour une histoire par en bas de la santé au travail. Entretien avec l'historien J.-C Devinck ; *Mouvements* 2009/2, n° 58, p. 192.
- Ramazzini n'est pas le précurseur de la médecine du travail. Médecine, travail et politique avant l'hygiénisme, *Genèses*, 2012-4, n° 89, p. 88.

T. KAPP,

- *La contestation de l'avis du médecin du travail devant l'inspecteur du travail*, *Dr. soc.* 2011. 159 ;
- *Le mystérieux salarié qui apporte son aide à l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail* : *Dr. ouvrier* 2012, p. 253.

KEIM-BAGOT M., JEANSEN E.,

- « Quel devenir pour l'obligation patronale de sécurité ? », *RDT* 2016. 222.

KEIM-BAGOT M.,

- Multi-exposition des travailleurs à l'amiante, aux cancérogènes et aux rayonnements ionisants, *Cah. soc.*, nov. 2016, n° 290, pp. 527-531 ;

KESSOUS R,

- La recherche d'un reclassement dans le groupe, préalable au licenciement économique ; *Dr. soc.* 1992, p. 826.

KRYNEN B.,

- « Le droit des conditions de travail : droit des travailleurs à la santé et à la sécurité ? », *Dr. soc.* 1980, p. 523.

DE LABRUSSE B., LUCAS G. et HUEZ D.,

- *L'équipe médicale relevant du Code de la santé publique dans les services de santé au travail. Liens du pôle médical avec le pôle pluridisciplinaire*, *Cah. SMT* mai 2012, n° 26, p. 26.

LACHAISE G.,

- « Le droit de retrait des salariés de leur poste de travail », JCP, 1991, I, 88
- Les incidences de l'inaptitude physique sur le CDD, *JCP E*, n° 9, p. 372.

LAFLAMME A.-M., FANTONI-QUINTON S.,

- *L'obligation d'accommodement au Canada et l'obligation française de reclassement: convergences, divergences et impacts sur le maintien en emploi du salarié en état d'incapacité : Rev. dr. et santé McGill* 2009, vol. 3, p. 121.

LAFLAMME A.-M.,

- Le régime québécois de prévention des risques professionnels, les défis du paritarisme, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 132.

LAFUMA E.,

- Effectivité de l'obligation de sécurité et atteinte effective à la santé : quelle conception juridique de la prévention ?, *RJS* 2016, n° 8, pp. 565-569.

LAGARDE F.,

- Inopposabilité d'une condition suspensive après commencement d'exécution d'un contrat de travail à durée déterminée, *D.* 2010. 871.

LAGARDE X.,

- Aspects civilistes des relations de travail, *RDT civ.*, 2002, p. 435 ;

LAGESSE P., LEFEBVRE B.,

- Des risques psychosociaux à la qualité de vie au travail, *Les Cahiers Lamy du CE* 2013, n° 125, p. 17.

LANOUZIÈRE H.,

- La prévention des risques psychosociaux du point de vue du Code du travail, *SSL* 2011, n° 1480, p. 6;
- Médecins du travail et services de santé au travail, à la croisée des chemins, *Cah. soc. barreau Paris* 2014, p. 659.
- Prévenir les risques ou promouvoir la santé ? Comment passer d'une posture réactive à une démarche proactive ?, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, pp. 29-34.
- Du CHSCT au CSE. Pour une lecture articulée du nouveau triptyque de la représentation collective en matière de santé au travail, *SSL* 2017, n° 1793, p. 5. ;
- Les restructurations et leurs effets sur la santé. Comment les prévenir dans la pratique ?, *SSL*, sept. 2013, n° 1599, pp. 84-89.
- Médecins du travail et services de santé au travail, à la croisée des chemins, *Cah. soc.* 2014, p. 659.

LAPOIRE-CHASSET M.,

- Dire le droit pour faire face aux risques psychosociaux et construire la santé au travail, *Droit et société*, mai 2017, n° 96, pp. 257-271 ;

LARDY-PELISSIER B.,

- La pénibilité : au-delà de l'immédiat et du quantifiable, *RDT* 2011, p. 160 ;
- La santé du salarié : de la prévention au reclassement, *SSL* 2012, n° 1523.

LAROQUE J.,

La médecine du travail et le droit, *Dr. soc.*, 1980, p. 104.

LATTES J.-M.,

- Le corps du salarié dans l'entreprise, in *Mél, Despax*, PU Toulouse, 2002, p. 333.
- Les incertitudes managériales de la médecine du travail : le nouveau cadre juridique, *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, Elsevier Masson, juin 2012, vol. 73, p. 374.

LAUDE A.,

- Le patient, nouvel acteur de santé ?, *D.* 2007, n°17, p. 1151.
- Le patient entre responsabilité et responsabilisation, *Les Tribunes de la santé*, 2013/4, n° 41, p. 79.
- « La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », *L.P.A.*, n° 122 (numéro spécial), 19 juin 2002, 104 p.

LAULOM S.,

- Contexte et apports de la directive-cadre du 12 juin 1989, *SSL suppl.*, 2014, n° 1655, p. 17.

LECLERCQ J., MAZEL P., DUJARRIC DE LA RIVIERE R.,

- Rôle du médecin dans l'industrie après la guerre. Orientation et utilisation physiologique de la main-d'oeuvre, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1917, p. 345-390, en particulier, p. 345 et 346.

LE CROM J.-P.,

- La prévention des risques professionnels : quelques repères historiques, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 13.

LEGENDRE,

- L'obligation d'information, pierre angulaire du consentement dans les relations de soins, *RGDM* 2009, n° 31, p. 227 ;

LEGROS,

- Le paternalisme médical en droit français. Entre maintien et transformation, in *Mélanges en l'honneur de Jean-Marie Clément*, LEH, 2014, p. 173.

LEGROS B., SAISON-DEMARS J.,

- Le secret professionnel, une règle assortie de multiples dérogations, *RGDM* 2016, n° 61, p. 32.

LEJEUNE D.,

- La traçabilité des expositions professionnelles, *IGAS*, nov. 2008.

LEKÉAL F.,

- Entre médecine sociale et médecine du travail, *RDSS* 2014, p. 239.

LENOIR C.,

- Prévenir, au travail, les conduites addictives, *RDT* 2016. 318.

LEPLAIDEUR S.,

- La réforme de l'inaptitude et ses enjeux, *SSL*, n° 1765, 18 avril 2017.

LEROUGE L.,

- Les risques psychosociaux à la loupe du droit social japonais : *RDT* 2013, p. 723.
- Les « risques psychosociaux » en droit : retour sur un terme controversé, *Dr. soc.* 2014. 152.

LEROUGE L., GRAFTEAUX G.,

- Santé au travail, risques psychosociaux et petites entreprises en droit du travail, *RDT* 2015. 705.

LEROUGE L., VERKINDT P.-Y.,

- Sauvegarder et renforcer le CHSCT : un enjeu majeur de santé au travail, *Dr. soc.* 2015, n° 4, p. 365

LEUZZI-LOUCHART C., MATHIEU D.,

- L'utopie du partage ou la difficile mise en place d'un dossier médical partagé, *RGDM*, n° 53, 2014, pp. 19-26 ;

LHERNOULD J.-P.,

- « Obligation de sécurité de résultat : des arrêts *Amiante* à l'arrêt *Snecma*, brève chronique jurisprudentielle d'un univers en expansion », *JS Lamy* 2008, n° 239, p. 6 ;

LHUILIER D.,

- « L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail », *Sciences sociales et santé* 2010/2, Vol. 28, pp. 31-63.

LIEVRE A., MOUTEL G.,

- *Le dossier médical : concept et évolutions (Droits des patients et impact sur la relation soignants-soignés)*, mai 2010.

LOIRET P., ARNAUD G., SAUX M.,

- Principes généraux et fonctionnement de la médecine du travail, *Gaz. Pal.*, 1994, n° 278, pp. 7-16.

LOISEAU G.,

- Le renouveau de l'obligation de sécurité, *JCP S* 2016. 1220 ;
- Obligation de sécurité, *BICC*, 1^{er} oct. 2012, n° 768
- La neutralisation du dol du salarié, *D.* 2006. 204.

LOKIEC P.,

- L'adaptation du travail à l'homme, *Dr. soc.*, n° 7/8, juill.-août 2009, p. 755.
- « Le travailleur et l'actif », *Dr. soc.*, n° 11, nov. 2009, pp. 1017-1024.

LORIOT J.,

- Le rôle du médecin du travail dans l'organisation de l'entreprise, *Dr. soc.* 1987. 592.

LOUBET-DEVEAUX A., BARDOT F.,

- « Une nouvelle pratique : la clinique médicale du travail », *Travailler* 2003/2 (n° 10), p. 14.

P. LUBET et M D'ALLENDE,

- L'évaluation des salariés, *JCP S* 2011, 1240.

LYON-CAEN A.,

- Les répercussions des appréciations des médecins du travail, *Dr. soc.*, avril 1980. 71.

LYON-CAEN G.,

- À la recherche des concepts de base du Livre IV du Code du travail (Réalités et illusions), in *Mél. J.-M. Verdier*, Paris. Dalloz, 2001, p. 81.
- Rôle des principes généraux du droit civil en droit du travail, *RTD civ.* 1974. 229 ;

MAGGI-GERMAIN N.,

- *Travail et santé : le point de vue d'une juriste*, *Dr. soc.* 2002, p. 492.

MANDIN F.,

- Politique d'accès aux soins et conditions d'exercice de la médecine libérale : le contrat d'engagement de service public, *RDSS* 2013, p. 591.

MANAOUIL C.,

- *Le dossier médical personnel (DMP) : « autopsie » d'un projet ambitieux ?*, *Médecine et droit* 2009, pp. 24-41.
- Le secret partagé entre professionnels depuis la loi santé du 26 janv. 2016, *RGDM* 2016, n° 61, p. 53.

MANAOUIL C., BENILLOUCHE

- M., L'accès aux informations médicales par les autorités judiciaires, *Médecine et Droit*, mars 2012, n° 113, p. 49 et suivants.

MARASCHIN J.,

- La situation ambiguë des infirmières du travail, *Santé et Travail* 2012, n° 77.

MARESCAUX L.,

- « L'alerte médicale de l'article L. 4624-3 du Code du travail, un nouvel outil de prévention collective – retour d'expérience d'un médecin inspecteur du travail », in M. Del Sol, F. Héas, *Variations sur et autour de l'inaptitude en santé-travail*, éd. Octavès, 2016, 246 p.

MARICHALAR P.,

- La médecine du travail cible du patronat, *Santé et Travail* 2011, n° 74 ;
- La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine, *Politix* 91/2010, vol. 23, p. 27.

MARTIN G.-J.,

- « Principe de précaution, prévention des risques et responsabilité : quelle novation, quel avenir ? », *AJDA* 2005. 2222.

MARTINEZ J.,

- Les mouvements d'extension du droit de la santé au travail, *JCP S* 2009, 1170.

MAZON, LOISELET,

- Réforme de l'inaptitude médicale : vers un nouvel échec de simplification ?, *Sem. soc. Lamy* 2017, n° 1761, p. 6.

MAZUYER E.,

- « Le corps et le droit du travail : au cœur d'un paradoxe », *La revue des droits de l'homme*, 8, 2015

MEMETEAU G.,

- Des médecins qui avaient peur du droit..., *Gaz. Pal.* 2001. 1346.
- Eloge du paternalisme médical, *RGDM* 2017, n° 62, pp. 117-132.

MÉRY A.,

- L'organisation de la médecine du travail dans la région provençale, *Annales de médecine sociale* 1952, vol. 98, p. 64.

MESLI V.,

- Quelles articulations entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail ?, *RDSS* 2014, p. 266.

MEYER F.,

- La nature juridique des interventions du médecin du travail, *Dr. ouvrier* 2013, p. 12.
- La loi Travail : aspects concernant la médecine du travail, *RDT* 2016, p. 821.

MICHALLETZ M.,

- Renforcement du caractère contradictoire de l'instruction à l'égard de l'employeur, *JCP S* 2016, 1145.

MIGNON J.,

- *L'indépendance du médecin du travail*, Coll. *Dr. social* 1949, X.XXV, p. 12.

MIKALEF-TOUDIC V., RIANDEY P.,

- La rupture du contrat de travail liée à la santé et à la sécurité du salarié, *Dr. ouvr.*, n° 829, pp. 487-499.

MILLION-ROUSSEAU E., COLLET· THIRY N.,

- *Consultation du CHSCT en cas de projet important modifiant les locaux de travail: Les Cahiers Lamy du CE* 2013, n° 125, p. 26.

MILLOT M.,

- « L'émergence de la notion d'aptitude dans la réglementation du travail après 1892 » in *Les mains inutiles, inaptitude au travail et emploi en Europe*, C. Omnès, A.-S. Bruno (dir.), Paris, Belin, 2004, pp. 32-40.

MONNIER A.,

- Le dossier médical personnel : histoire, encadrement juridique et perspectives, *RDSS* 2009, p. 625.

MONTVALON L. DE,

- Le crépuscule de l'obligation de sécurité de résultat, *JSL*, mars 2018, n° 449, pp. 4-7 ;
- De l'obligation de sécurité à l'obligation de prévention des risques, *Les Cah. Lamy du CE*, n° 155, 1^{er} janvier 2016.

MOREAU M-A.,

- « Pour une politique de santé dans l'entreprise », *Dr. soc.* 2002, sp. p. 819.
- Obligation générale de préserver la santé des travailleurs, *Dr. soc.* 2013. 410.

MOREL F.,

- *Médecine du travail - Une prévention des risques professionnels plus efficace*, *SSL* 13 février 2012.

MORVAN P.,

- La mode des risques psycho-sociaux, *Dr. soc.* 2013, p. 965.
- *Securitas omnia corrumpit* ou le principe selon lequel il incombe à l'employeur de protéger la sécurité et la santé des travailleurs, *Dr. soc.*, juin 2007, pp. 674-678.

MOUCHIKHINE J., RENELIER B.,

- La médecine du travail : prévention des risques ou accompagnement des salarié, *JSL*, n° 382-383, pp. 34-37, févr. 2015, n° 815, pp. 339-344.

MOULY J.,

- Des rapports entre la réticence dolosive et l'erreur inexcusable (l'opinion dissidente d'un travailleur), *D.* 2003, chr. P. 2023 ;
- Validité des conditions suspensives dans les contrats de travail à durée déterminée, *Dr. soc.*, n° 1, 2017, pp. 568-570.
- Réticence ou mensonge du salarié sur son état de santé lors de l'embauche et nullité du contrat de travail, *JCE E*, 2006, p. 1262 ;
- L'assouplissement de l'obligation de sécurité en matière de harcèlement moral, *JCP* 2016. 822 ;

MOUTET-KREBS C.,

- Lutte contre le harcèlement moral et la violence au travail – Le rôle du médecin du travail, *Dr. ouvr.*, janvier 2011.

MUNOZ J.,

- L'évaluation des risques professionnels du point de vue du sociologue : entre contradictions et opportunités, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 113.

MURATORIO A.,

- La protection de la santé au travail et la loi en Italie, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 121 ;

NATHON J.-F.,

- L'univers de la santé au travail va changer de visage, *SSL* 2011, n° 1511, p. 3.

NEIDINGER J.,

- *Les services interentreprises : Dr. soc.* 1980, p. 35.

A. NIGON,

- « Le médecin du travail : entre indépendance et subordination », *RDS*, n° 27, 2009, p. 22-33.

NOURY A.,

- Médecine du travail et médecine d'aptitude : des fonctions incompatibles, *JCP S*, n° 41, 10 oct. 2006, 1792.

NUTTE A.,

- *Pour une véritable médecine du travail: Dr. soc.* 1979, p. 449.

I. ODOUL-ASOREY,

- Comité social et économique : nouvelles dispositions, *RDT* 2018, n° 2, p. 142.

D'ORNANO P.-H.,

- *Les préconisations formulées par le médecin du travail dans le cadre de l'article L. 241-10-1 du Code du travail*, *JCP S* 2008, 1229.

PACHOD J., OILLIC-TISSIER C., ANTONI A.,

- « La prévention, priorité de la branche accidents du travail et maladies professionnelles », *RDSS*, 2010, p. 628 ;

PAGNERRE Y.,

- Faute inexcusable et absence de DUERP : un « trop » bon ménage !, *Cah. soc.*, oct. 2017, n° 300, pp. 454-456.

PAIN-MASBRENIER M.-T.,

- « Le dossier médical personnel », *RGDM*, n° 18, 2006, pp. 217-245 ;

PARDON N.,

- La médecine inter ... en 2002, *Dr. soc.* 1987, p. 575.

PANSIER F.-J.,

- Liberté de mentir, droit au mensonge du salarié lors de l'embauche, *Cah. soc.* août 2002, p. 17 ;

PEANO M.-A.,

- L'intuitu personae dans le contrat de travail, *Dr. soc.* 1995, p. 136.

PÉLISSIER J.,

- *Inaptitude et modification d'emploi : Dr. soc.* 1991. p. 608.
- *La médecine du travail : oeuvre sociale : Dr. social* 1980.

PELLETIER F., MARINIER S.,

- D'une médecine de l'aptitude à la médecine de prévention des risques professionnels

PESCAUD H.,

- « Les services de santé en voie de guérison ? », *Les petites affiches*, 15 novembre 2011, n° 227.

PIGNARRE G.,

- Avis d'aptitude entouré de réserves et harcèlement moral, *RDT* 2010, n° 4, pp. 239-241.
- L'obligation de sécurité patronale entre incertitudes et nécessité, *RDT* 2006, p. 154.
- Le comité d'hygiène et de sécurité n'est pas soluble dans le comité social et économique, *RDT* 2017, N° 10, p. 647. ;

PIGNARRE G., VERKINDT P.-Y.,

- Réformer le droit de l'inaptitude ?, *RDT* 2011. 413

PLANTE R., BHERER R., VEZINA M.,

- La médecine du travail au Québec : une pratique de santé publique, *JSL* 2009, n° 161, p. 27.

POCHET P.,

- L'aptitude avec réserves, *JCP S* 2012, 1117.

PONTIER J.-M.,

- La puissance publique et la prévention des risques, *AJDA* 2003, p. 1752.

PORCHY-SIMON S.,

- Regard critique sur la responsabilité civile de l'établissement de santé privé du fait du médecin, in *Mél. Lambert*, Dalloz, 2002, p. 361.

POULAIN G.,

- « Les conséquences de l'inégalité sur la situation juridique du travailleur, *Dr. soc.* 1981, n° 3, p. 754

PRADEL C.-F., PRADEL-BOUREUX P., PRADEL V.,

- La pénalisation de l'obligation d'informer le salarié sur les risques professionnels, *JCP S* 2017, n° 4, 1033.

PUIGELIER C.,

- Le mensonge du salarié, *JCP E* 2003, n° 5, p. 214.

QUÉRUEL N.,

- *La médecine du travail menacée d'extinction: Santé et Travail* 2007, n° 60.

RADÉ C.,

- *L'employeur peut-il s'exonérer de son obligation de résultat?: Lexbase Hebdo éd. sociale* 2012, n° 482
- L'employeur doit supporter les risques liés à l'activité du salarié, *Lexbase Hebdo éd. sociale* 2017, n° 710
- Le manquement grave du salarié à son obligation de sécurité, *Lexbase Hebdo éd. sociale* 2015, n° 630
- L'obligation de sécurité du salarié, *Dr. ouvr.* 2012, pp. 578-582 ; colloque Lille,

- De l'obligation de sécurité de résultat à la garantie des risques professionnels, Lexbase hebdo, édition sociale, 2013, n° 530.
- Aptitude à l'emploi : l'impuissance du juge judiciaire, Lexbase hebdo, édition sociale, 2009, n° 376 ; Cass. soc. 4 juin 2009, n° 08-40.071.
- Préjudices et indemnisation : à la croisée des disciplines (Heurs et malheurs du principe de réparation intégrale en droit du travail), *Dr. ouvr.*, août 2008, n° 805, pp. 441-449 ;

RANC L.,

- Les ouvriers et la médecine d'usine », in *La médecine sociale. Bilan et perspectives d'avenir*. Collection Droit social, XXII, sept. 1944, p. 10-13.

RENNES P.,

- « Sécurité pour les uns, risques pour les autres », *Dr. ouvr.*, avril 2004, p. 164.

RENET T.,

- L'objet du contrat de travail, *Dr. soc.* 1992, p. 859

RICHER L.,

- *La contractualisation comme technique de gestion des affaires publiques : A}DA* 2003, p. 973.

RIOT C.,

- *L'exercice « subordonné » de l'art médical : D.* 2006, p. 111.

RIVERO J.,

- Médecine du travail et libertés publiques, *Dr. soc.* 1980, p. 65.

C. ROCHE, M. IMBEAUX M.-C. SOULA, N. SANDRET, P. BOUAZIZ, M. GRENIER-PEZÉ.

- « Subvertir » le concept d'inaptitude - Le médecin du travail face au harcèlement professionnel, *Cah. SMT* mai 2002, n° 17, p. 1.

ROMANENS J.-L.,

- « Le DMP : un dossier médical personnel encore peu partagé », *RDS*, n° 47, 2012, p. 358-363 ;

ROQUE L.,

- « Une volonté actée de structuration de la protection des données personnelles de santé », *RDS*, n° 72, 2016, p. 593-597 ;

ROUSSEL M.,

- Les nouveaux visages de la médecine du travail, *RDT*, avril 2012, p. 202.

ROUSSET,

- Le droit à l'information de l'utilisateur et du patient depuis les lois des 2 janvier et 4 mars 2002, *RDSS* 2012. 431 ;

ROYEZ M.,

- L'État garant de la santé au travail, *ADSP* 2006, n° 57, p. 60.

SAADA R.,

- Médecine du travail : la sélection au détriment de la prévention, *Dr. ouvr.* 2017, n° 825, pp. 245-247.

SAINT-JOURS Y.,

- La médecine du travail à l'épreuve du syndrome de l'amiante, *Dr. ouvrier* 2000, p. 274;
- Les cancers professionnels : identification, réparation, prévention, *Dr. soc.* 1995, p. 520.
- L'obligation de sécurité du salarié : prévention et responsabilité, *Dr. ouv.* 2007, p. 560

SANSEVERINO-GODFRIN V.,

- La redéfinition du contour juridique des risques liés au travail, *JSL* 2013. 339.

SARGOS P.,

- Réflexions sur les accidents médicaux et la doctrine jurisprudentielle de la Cour de cassation en matière de responsabilité médicale, *D.* 1996, pp. 365-370.
- L'évolution du concept de sécurité au travail et ses conséquences en matière de responsabilité, *JCP éd. G*, 2003, I. 104

SAURET A., BUGADA A.,

- Regards sur la nouvelle gouvernance de la branche, *Gaz. Pal.* 21 mars 2017, n° 12 p. 34

SAURET A.,

- Conventions collectives de branche : des variations de périmètres incroyables entre ordre public conventionnel et régulation de la concurrence : *JCP S* 2018, 1055

SAUVAT CH.,

- « Réflexions sur le droit à la santé », *PUAM*, 2004 ;
- « Précision normative sur le droit à la santé », *Revue Lamy droit civil* no 24, février 2006, p. 53.

-

SAVATIER J.,

- La pluralité des appréciations médicales de l'aptitude au travail, in *Mél. E. Aljandari*, Dalloz, 2000, p. 191 ;
- La médecine du travail dans le système de protection de la santé, *Dr. soc.* 1980, p. 6 ;
- Le médecin du travail et le sort du salarié ; *Dr. soc.* 1987, p. 604.
- Aptitude et inaptitude au travail, *Dr. soc.* 2009, 257.
- Champ d'application du droit de retrait d'une situation dangereuse, *Dr. soc.* 1996, p. 684
- La médecine du travail, chronique de jurisprudence, *Dr. soc.*, 1986, pp. 784
- La liberté dans le travail, *Dr. soc.* 1990, p. 51

SAVATIER R.,

Un attribut essentiel de l'état des personnes : la santé humaine, *D.* 1958. 17.

SCALA J.S.,

- Le principe de précaution, fondement de la sécurité sanitaire. *RDSS* 1998, 491 ;

SCHWEITZER S.,

- Un point de vue dissident sous l'angle de l'analyse économique: Je stress au travail, faux concept et mode passagère, in *Le stress au travail. Regards pluridisciplinaires*, PUAM, 2014.

SELUSI-SUBIRATS S.,

- Réforme du suivi médical : vers une réelle simplification ?, *RDS*, n° 77, 2017, pp. 433-436.
- Obligation de sécurité de résultat : « A l'impossible nul n'est tenu », *RDLA*, 2016, n° 113, p. 32 et « L'évolution du contenu et du contrôle de l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur, *RDS*, n° 70, pp. 270-274 ;

SICARD D.,

- Quelles limites au secret médical partagé ? *D.* 2009. 2634.

SOULA M.-C.,

- La médecine du travail, acteur de prévention, *Dr. ouvrier* 2003, p. 98.

SOULAT J.-M., FANTONI-QUINTON S.,

- La loi Travail et la santé au travail : évolution ou révolution ?, *SSL* 2017, n° 1765

SOULAT J.-M., HERIN F.,

- L'équipe pluridisciplinaire de santé au travail : un management impossible ?, *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, Elsevier Masson, juin 2012, vol. 73, p. 364.

SPYROPOULOS G.,

Conditions de travail : élargissement du concept et problématique juridique, *Dr. soc.* 1990, p. 851 ;

STERDYNIAK J.-M.,

- *-in Santé & Travail*, n° 92, 2015. 21.

STRUILLOU Y.,

- Conditions d'appréciation et de contestation de l'inaptitude du salarié pendant la période d'essai, *Dr. soc.* 2009. 941

SUPIOT A.,

- *Pourquoi un droit du travail ?* : *Dr. soc.* 1990, p. 485.
- Mutualisation : de quoi parlons-nous ?, *D.* 2016. 726.
- Les nouveaux visages de la subordination, *Dr. soc.* 2000.131 et s.

TABUTEAU D.,

- Solidarité et santé, *Dr. soc.* 2007, p. 136.
- Vers une réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles, *Dr. soc.*, mars 2001, n° 3, pp. 304-307.

TEYSSIE B.,

- Prologomènes sur la médecine du travail, *Dr. soc.* 1987, p. 561 ;
- Variations sur le groupe en droit du travail, *JCP S* 2013, 1076.

TEYSSIE B., CESARO J.-F., MARTINON A.,

- Du CHSCT à la commission santé et sécurité du comité d'entreprise, *JCP S* 2011, 1291.

TEYSSIE B.,

- Santé et sécurité dans le droit du comité social et économique, *JCP S*, janv. 2018, n° 1, pp. 17-25.
- L'alerte en matière de santé publique et d'environnement, *JCP S*, n° 43, 2015, 1370.
- « Le CHSCT (Organisation-Moyens-Missions) » *JCP S* 2007, 1439, 1440, 1441.

TORRES C., DAVEZIES P.,

- *L'aptitude à la lumière de l'éthique: Cah. SMT* juin 2004, n° 19, p. 74.

TOURNAUX S.,

- Les conséquences des déclarations d'aptitude successives et contradictoires du médecin du travail, *Lexbase hebdo – édition sociale*, mai 2016, n° 654.

TRUCHET D.,

- *L'intervention publique dans le domaine de la santé : AJDA* 1995, p. 587.

VACARIE I.,

- Examens génétiques et médecine prédictive, *RDSS* 1993.429.

VACHER G.,

- *La loi sur la médecine du travail agricole : Dr. soc.* 1968, p. 168.

VACHET G.,

- Quelle responsabilité patronale pour quels préjudices en matière de risques professionnels, *Dr. soc.*, nov. 2017, n° 11, pp. 923-928 ;

VANULS C.,

- Regards sur la précaution en droit du travail, *RDT* 2016, p. 16.

VATINET R.,

- « En marge des « affaires de l'amiante » : l'obligation de sécurité du salarié », *Dr. soc.* 2002, p. 533.

VEDEL G.,

- Les contrats de médecin et l'arrêt du Conseil d'État du 3 juillet 1970, *Bull. Ordre méd.* mars 1971, p. 3.

VERDUN F.,

- Mise en cause par l'entreprise de la responsabilité d'un service de santé au travail, *Dr. soc.* 2014, p. 280.

VERICEL M.,

- La loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. Renforcement de la protection des salariés ou renforcement de l'autorité patronale sur les services de santé au travail ?, *RDT* 2011, p. 682 ;
- L'étendue de l'obligation de sécurité de l'employeur en matière de reclassement des salariés inaptes, *RDT* 2010. 30.
- Les décrets du 30 janvier 2012 relatifs aux services de santé au travail, *RDT* 2012, p. 227.
- Services de santé au travail, *RDT*, déc. 2012.
- La quasi-disparition du compte de prévention de la pénibilité, *RDT* 2017, n° 10, pp. 649-651.

VERKINDT P.-Y.,

- Avoir raison en matière de droit de retrait n'est pas sans risque mais la Cour de cassation veille, *JCP S* 2009, 1226 ;
- L'acmé de l'obligation de sécurité de résultat, *SSL* 2008, n° 1346,
- *L'obligation de sécurité de résultat ... encore et toujours !!* : *CDE* 2011, dossier 5 ;
- *Le rôle des instances de représentation du personnel en matière de sécurité*: *Dr. soc.* 2007, p. 697 ;
- Octobre 1946: assurances sociales et médecine du travail au miroir de la démocratie sociale, *RDSS* 2014, p. 251 ;
- Une question méconnue : la surveillance médicale dans le secteur des services à la personne, *Cah. soc. barreau Paris* 2014, p. 660.
- « Sécurité sociale et sécurité sanitaire : bref retour sur la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire », *RDSS* 1999, n° 1, p. 37
- *La santé au travail, quelques repères pour un droit en mouvement* : *Dr.ouvr.*, mars 2003.
- Le médecin du travail et la sécurité des tiers, *Cah. soc.* avril 2017, n° 295, p. 208.
- Etre, ou ne pas être (in)apte : telle est la question, *JCP S* 2016, n° 22, pp. 29-31 ;
- Les mots de la prévention, in *La prévention des risques au travail, SSL supplément n° 1655*, 8 décembre 2014, p. 7.
- « Un nouveau droit des conditions de travail », *Dr. soc.*, 2008, p. 634.
- « Les instances de représentation du personnel en matière de sécurité », *Dr. soc.* 2007, p. 697. « Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Quelques développements jurisprudentiels récents », *Dr. soc.* 2007, p. 1253
- Inaptitude : la place centrale du médecin du travail dans le droit de l'inaptitude médicale, *JCP S* 2010, n° 3, pp. 22-24.
- Harcèlement: des rapports entre l'inaptitude médicale et le harcèlement moral, *JCP S*, 2010, n° 14, pp. 34-36 ;
- Médecins du travail : rappel à (de) l'Ordre, *Cah. soc.* 2017, n° 292, p. 12.
- Le licenciement pour inaptitude médicale, *Dr. soc.* 2008. 941
- Un signe fort de la maturité sur l'obligation de sécurité de résultat, *SSL* n° 1726, p. 11 ;
- Les obligations de sécurité du chef d'entreprise : aspects de droit civil, *SSL*, suppl. n° 1286, 2005, p. 25 ;
- Santé au travail : l'ère de la maturité, *Jurisprudence sociale Lamy*, n° 239, 1er sept. 2008 ;
- La santé du travailleur une nouvelle fois sous le feu des projecteurs, *JCP S* 2016, 1306.

- Un nouveau droit des conditions de travail, *Dr. soc.* 2008. 634 ; v. n° spéc. La prévention des risques psycho-sociaux du point de vue du code du travail, *Sem. soc. Lamy* 2011, n° 01480 ;
- « La question de l'inaptitude médicale dans l'ordonnance n° 2017-1387 du 22 septembre 2017 », *JCP S* 2017, 1310, spéc. n° 5.
- Examen médical d'embauche : de l'importance pratique de la visite médicale d'embauche, *JCP S* 2005, n° 21, pp. 23-24
- L'irrésistible ascension du droit de la santé au travail, *JCP S* 2015, n° 1243.
- Les obligations de sécurité du chef d'entreprise : aspects de droit civil, *SSL*, suppl. n° 1286, 2005, p. 25

VERKINDT P.-Y., FANTONI-QUINTON S.,

- Obligation de résultat en matière de santé au travail. A l'impossible, l'employeur est tenu ?, *Dr. soc.* 2013, p. 229 ;

VERKINDT P.-Y., PIGNARRE G.,

- *Réformer Je droit de l'inaptitude?*: *ROT* 2011, p. 413.

VERSPIEREN P.,

- « Le secret médical et ses fondements », *Laennec*, vol. tome 55, n° 1, 2007, pp. 6-11.

VIALA F.,

- « Secret et DMP », *RDS*, n° 3, 2005, pp. 42-44 ;
- « Existe-t-il des notes personnelles ? Points de vue divergents », *RDS*, n° 5, 2005, p. 201-205 ;
- Comparaison des jurisprudences rendues en matière de responsabilité pour défaut d'information, *Méd. Et droit*, 2013, n° 120, p. 57 ;
- *RDS*, n° hors-série « Loi de modernisation de notre système de santé », 2016, pp. 52-65 ;

VIÉNOT P.,

- *L'organisation de la médecine du travail: éléments pour une réforme: Dr. soc.* 1987, p. 581.

VIGNERON J.,

- Le carnet de santé et le médecin du travail, *Médecine et Droit*, 1997. 20 ;

VINCIERI M.,

- Le rôle du « médecin compétent » et le droit de l'inaptitude dans la législation italienne, *RDT* 2017, p. 746.

VINET, SARGOS P.,

Le devoir d'information du médecin, *RDC* 2012. 1104 ;

DE VILLELONGUE R.,

- À propos des services médicaux du travail: observations recueillies auprès des intéressés, *Dr. soc.* 1950, p. 288.

VOGEL L.,

- La Commission européenne placardise la santé au travail, *Santé et Travail* 2013, n° 83.

WILLMANN C.,

- Risques psychosociaux : une reconnaissance comme maladie professionnelle, mais progressive, *Lexbase hebdo*, éd. Soc., oct. 2015, n° 630.
- Faute inexcusable : comment un employeur peut tenter d'échapper à la qualification, *Lexbase hebdo*, éd. Soc., mai 2016, n° 655.

WOLMARK C., MAZUYER E.

Droit du travail et pratiques de management, *Sem. Soc. Lamy Suppl.* 18 mars 2013, p. 50-61,

ZHENG A.-Q.,

- La prévention au travail en Chine, *SSL suppl.*, 8 déc. 2014, n° 1655, p. 148.

INDEX

A

Accès aux locaux : 230

Accident du travail : 3, 12, 62, 80, 83, 92, 95, 96, 104, 140, 198, 211, 239, 286, 372, 383, 384, 423.

Accompagnement : 244, 245, 272

Action sur le milieu de travail : 1, 218, 234, 342, 404

Adaptation du poste de travail : 85, 108

Addiction : 32, 56, 182, 183, 186, 216, 260, 307

Assurances : 3, 4, 10

Attestation de suivi : 140, 156

B

Branche professionnelle : 353, 354

C

CSE : 172, 208, 229

Collaborateur médecin : 70, 120, 125

Commission médico-technique : 188, 236, 250, 334, 427

Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens : 192, 334

Consentement : 274, 340, 341, 347, 348, 351

Corps humain, 386

D

Délégation : 120

Document unique : 11, 13, 60, 61, 171, 173, 211, 213, 214, 371, 374, 390, 398, 407, 429

Dossier médical partagé : 178, 179, 181

F

Dossier médical en santé au travail : 178,
179

Faute inexcusable : 211, 256, 276

Droit à la santé : 19, 28, 86, 172, 173, 355

Femme enceinte : 118, 138, 196

Droit de retrait : 4, 162, 172, 197, 449, 457

Fiche d'entreprise : 171, 390, 392, 407.

E

Force de travail : 312, 438

Embauche : 287, 314

Equipe pluridisciplinaire : 128

Examen médical d'embauche : 72

Examen médical périodique : 72, 74

H

Examen médical de reprise :
92

Handicap : 80

Examen médical de préreprise :

I

Incapacité : 286, 315

Information : 428

Interne en médecine du travail : 70, 120

Invalidité :

IPRP : 440, 123

L

Liberté de choix du médecin : 274

Licenciement pour inaptitude : 90, 109,
146, 154, 155

M

Maladie professionnelle

Médecin-inspecteur : 433, 455

O

Obligation de reclassement :

Obligation de sécurité de l'employeur : 80

Obligation de sécurité du travailleur : 80,
85, 88

P

Pluridisciplinarité :

Poste à risques : 98, 121

Pénibilité : 188, 204, 413

Période d'essai : 83, 72, 81

Poste de travail

Prévention 171, 173, 185, 207

R

Rapport annuel : 237

S

Secret médical : 183

Suivi de santé : 194, 235

Surveillance renforcée : 294, 51

T

Tiers : 305

Tiers-temps : 229, 262

Travail de nuit : 237, 246

Travailleur indépendant : 194

Travailleur temporaire : 138

U

Universalité : 27, 73, 473

V

Vaccination : 172, 178, 185, 192

Visite d'information et de prévention : 132,
133

TABLE DES MATIERES

(Les chiffres renvoient au numéro des pages)

PLAN SOMMAIRE.....	7
PRINCIPALES ABRÉVIATIONS	9
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	17
PARTIE 1. UNE MÉDECINE PARTAGÉE ENTRE CONTRÔLE ET CONSEIL	67
TITRE 1. UNE MEDECINE PRINCIPALEMENT ORIENTEE VERS LE CONTROLE DE L'APTITUDE AU TRAVAIL	77
<i>Chapitre 1. Le principe du contrôle de l'aptitude pour les postes à risques</i>	<i>85</i>
Section 1. Le contrôle systématique de l'aptitude pour les postes à risques	87
Paragraphe 1. La classification des postes à risques	89
A. Les postes à risques visés par le Code.....	89
1. Les postes présentant des risques particuliers	90
2. Les postes nécessitant un examen d'aptitude spécifique	91
B. La liste complémentaire de l'employeur.....	98
1. Une initiative de l'employeur.....	98
2. L'avis du médecin du travail.....	100
Paragraphe 2. Les modalités du suivi individuel renforcé	101
A. Un examen d'aptitude systématique.....	101
1. L'objet de cet examen.....	101
2. Le monopole du médecin du travail.....	104
B. La périodicité de l'examen	107
1. Avant l'embauche	107
2. Un renouvellement périodique.....	109
Section 2. L'aptitude au travail, condition de l'employabilité	110
Paragraphe 1. Aptitude et employabilité	112
A. Les effets sur le contrat de travail.....	114
1. Lors de la formation	115
2. Lors de l'exécution et la rupture	136
B. Les effets sur l'emploi	139
1. Une condition d'emploi.....	139
2. Les autres dispositifs juridiques liés à la capacité de travailler	140

Paragraphe 2. Aptitude et protection de la santé	143
A. Interrogation sur la pertinence de la notion d'aptitude	144
1. L'épicentre du système de santé au travail.....	144
2. La vocation assurantielle de la médecine du travail	148
B. Interrogation sur l'application de la notion d'aptitude	153
1. La traduction du paternalisme médical : une décision unilatérale du médecin du travail.....	154
2. Les limites de l'opposition apte/inapte : l'aptitude avec réserves.....	155
<i>Chapitre 2. L'exception du contrôle de l'aptitude pour les postes sans risque particulier</i>	<i>161</i>
Section 1. L'abandon de l'avis d'aptitude	164
Paragraphe 1. Le suivi de santé sans contrôle d'aptitude	166
A. La classification des postes sans risque particulier	166
1. Le droit commun : un suivi individuel de l'état de santé	166
2. Le cas particulier de certains travailleurs : un suivi individuel adapté de l'état de santé	166
B. Un suivi assuré sous l'autorité du médecin du travail	167
1. La fin du monopole du médecin du travail	167
2. L'autorité par protocole du médecin du travail	170
Paragraphe 2. Les modalités du suivi de santé.....	178
A. La substitution du contrôle d'aptitude par la visite d'information et de prévention.....	179
1. Le maintien d'un suivi individuel.....	180
2. Une périodicité variable	188
B. La sollicitation d'un examen médical par le salarié.....	189
1. La démarche de maintien dans l'emploi	189
2. L'anticipation du risque d'inaptitude	191
Section 2. La conservation du maintien de l'avis d'inaptitude	192
Paragraphe 1 : L'inaptitude, cause de rupture du contrat de travail	193
A. Le paradoxe de l'inaptitude : entre protection et exclusion	195
1. La protection du salarié	196
2. L'exclusion de l'emploi	204
B. La double nature de la décision d'inaptitude : médicale et juridique	208
1. Une décision d'origine médicale	208
2. Une décision à portée juridique.....	210
Paragraphe 2 : L'inaptitude, cause de fragilisation du colloque singulier entre salarié et médecin du travail	221
A. L'inaptitude, revers de l'aptitude.....	222
1. Une décision médicale unilatérale.....	222
2. Une décision empreinte de paternalisme	223
B. L'incompatibilité entre médecine d'aptitude et médecine de prévention	224
1. La contradiction avec les règles déontologiques	226
2. Une critique judiciaire.....	232
TITRE 2. UNE MEDECINE SECONDAIREMENT ORIENTEE VERS LE CONSEIL EN PREVENTION	239
<i>Chapitre 1. Le double objet du colloque singulier.....</i>	<i>249</i>
Section 1. Le suivi de la personne du travailleur	251

Paragraphe 1. L'accès aux informations médicales.....	251
A. Le dossier médical partagé	252
1. Un accès interdit au médecin du travail.....	252
2. Un frein à l'exercice médical	258
B. Le dossier médical en santé au travail	259
1. Un contenu soumis à la volonté du travailleur	260
2. Un outil limité à la traçabilité professionnelle	262
Paragraphe 2. L'insuffisance de liens systémiques entre santé au travail et santé publique.....	266
A. Un médecin hors parcours de soins	267
1. Un médecin isolé.....	267
2. Un système de santé cloisonné.....	268
B. Une médecine insuffisamment préventive	275
1. Des problématiques communes	275
2. Une médecine sous-représentée	280
Section 2. La surveillance des conditions de travail.....	283
Paragraphe 1. Un impératif de santé majeur	284
A. L'enjeu de l'étiologie.....	286
1. Un enjeu diagnostique	288
2. Un intérêt thérapeutique et prophylactique	289
B. La double exigence du médecin du travail	293
1. Un rôle préventif individuel	294
2. Un rôle préventif collectif	295
Paragraphe 2. La connaissance du travail réel	296
A. L'analyse objective du poste	296
1. L'appréhension du risque professionnel par l'employeur	297
2. L'évaluation des risques professionnels par le médecin du travail	302
B. L'analyse subjective des conditions de travail	306
1. La corrélation entre poste de travail et état de santé du travailleur	306
2. Une analyse individuelle au profit du collectif	307
<i>Chapitre 2. La double vocation du conseil</i>	<i>309</i>
Section 1. Le conseil aux salariés	311
Paragraphe 1. Un conseil à double dimension, individuelle et collective.....	311
A. Le conseil individuel	312
1. La préservation de la santé par l'information	313
2. La prévention de la désinsertion professionnelle	316
B. Le conseil collectif	317
1. La règle du tiers-temps	317
2. La pluridisciplinarité en santé au travail	320
Paragraphe 2. Le conseil aux instances représentatives du personnel	325
A. Les bénéficiaires du conseil.....	325
1. Le comité social et économique.....	326
2. Les principaux documents élaborés par le médecin du travail	328

B.	L'absence d'obligation générale d'information du médecin du travail	330
1.	Des mesures isolées	330
2.	L'absence de principe général d'information.....	331
Section 2.	Le conseil aux employeurs	332
Paragraphe 1.	L'obligation de recourir au médecin du travail	333
A.	L'accompagnement de l'employeur.....	334
1.	L'étendue du conseil	334
2.	L'objet du conseil	335
B.	La contrainte sur l'employeur	338
1.	La traçabilité du conseil	338
2.	L'éventuelle limitation du pouvoir patronal	340
Paragraphe 2.	La faculté de recourir au médecin du travail.....	343
A.	L'utilité de la collaboration	343
1.	Une collaboration à géométrie variable.....	343
2.	La nécessité d'une relation de confiance	346
B.	Le pouvoir de proposition	349
1.	La nature des propositions.....	349
2.	Les moyens à disposition	351

PARTIE 2. POUR UNE MÉDECINE RECENTRÉE SUR LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS 355

TITRE 1. UNE MEDECINE AU SERVICE DE LA SANTE DES TRAVAILLEURS 361

Chapitre 1. Le renforcement du colloque singulier entre le médecin du travail et le travailleur 365

Section 1 : Le principe : l'autodétermination du travailleur acteur de sa santé 367

Paragraphe 1 : Le travailleur acteur de sa propre santé 369

A. Une relation de suivi, plus que de surveillance 371

1. La liberté de décision du travailleur..... 372

2. Des contre-indications, plus que des interdictions 377

B. Une relation choisie et engageante 380

1. Le libre choix du médecin du travail 381 |

2. Obligation d'information et devoir de loyauté 385 |

Paragraphe 2 : Le médecin du travail, conseiller-santé du travailleur 388

A. L'avis d'(in)aptitude réservé au salarié 388

1. La conception préventive de l'aptitude 388 |

2. Le consentement du salarié à l'inaptitude 392 |

B. L'accès du médecin du travail aux données de santé du salarié 399

1. Le partage des données de santé..... 400 |

2. La fusion du dossier médical partagé et du dossier médical en santé au travail 408 |

Section 2 : L'exception à l'autodétermination : la décision imposée par un médecin 411

Paragraphe 1 : Les postes à risques..... 411

A. La délimitation des postes à risques 414

1. Définition des postes à risques 414 |

2. La classification des postes à risques 418 |

B.	Le régime juridique des postes à risques	419
1.	La survivance nécessaire d'un contrôle de l'aptitude	420
2.	Accès aux données de santé et secret médical	422
Paragraphe 2 :	L'exigence d'une surveillance médicale renforcée.....	429
A.	Un médecin expert chargé du contrôle	429
1.	La nécessité d'une médecine d'expertise	429
2.	La possibilité d'une médecine collégiale	430
B.	Le médecin du travail chargé de la prévention	431
1.	La réorientation exclusive sur la prévention	431
2.	Le lien avec les autres professionnels de santé	432
<i>Chapitre 2.</i>	<i>L'intégration de la santé au travail dans le champ de la santé publique.....</i>	<i>435</i>
Section 1.	Le rapprochement des deux systèmes de santé	437
Paragraphe 1 :	La pleine intégration du médecin du travail au parcours de santé	439
A.	Le parcours de santé à parfaire.....	440
1.	Redéfinition de la médecine du travail	440
2.	Inscription dans une approche systémique	443
B.	L'enrichissement de la santé publique par l'intégration de la médecine du travail.....	446
1.	La prévention, un objectif fédérateur	447
2.	La mutualisation des ressources et compétences au service de la prévention	449
Paragraphe 2 :	L'organisation d'une logique de coopération.....	450
A.	Les échanges entre professionnels de santé.....	452
1.	Une mise en relation nécessaire	452
2.	La centralisation d'informations médicales dans un dossier partagé	456
B.	La protection des données de santé	459
1.	Les modalités de la protection	460
2.	Les limites de la protection	464
Section 2.	L'élargissement de la mission préventive	466
Paragraphe 1.	L'extension de la médecine du travail à tous les travailleurs	466
A.	Le principe d'universalité	467
1.	L'intérêt du principe.....	468
2.	La portée du principe	470
B.	L'organisation par branche professionnelle	473
1.	L'intérêt de l'appréhension de la santé au travail par la branche professionnelle	474
2.	Un défi pour la branche professionnelle.....	475
Paragraphe 2.	L'amélioration du suivi épidémiologique	476
A.	Veille sanitaire et étiologie	477
1.	Une avancée dans l'expertise de la causalité.....	477
2.	Une meilleure analyse clinique des conditions de travail	479
B.	Structuration juridique de la compétence	482
1.	Pour une plus grande complétude de la médecine du travail.....	482
2.	Pour une meilleure cohérence du système global de santé	483
TITRE 2.	UNE MEDECINE AU SERVICE DE L'AMELIORATION DU MILIEU DE TRAVAIL	487

<i>Chapitre 1. Favoriser une meilleure connaissance des conditions de travail</i>	489
Section 1. Pour une meilleure évaluation des risques professionnels.....	490
Paragraphe 1. Une étape médicale essentielle	491
A. Un préalable à toute démarche de prévention efficace	491
1. L'identification des risques professionnels	492
2. La traçabilité des risques professionnels	496
B. Anticipation des risques et médecine prédictive	498
1. Le débat sur la médecine prédictive	498
2. Favoriser la connaissance du médecin du travail.....	499
Paragraphe 2. Une étape obligatoire et déterminante	501
A. La contribution du médecin du travail à l'évaluation.....	501
1. L'évaluation par la prise en compte des conditions réelles de travail	502
2. L'évaluation à travers un document véritablement unique.....	505
B. La collaboration de l'entreprise et du médecin du travail pour une évaluation efficace.....	507
1. Obligation d'agir de l'employeur	508
2. L'obligation d'appréciation du médecin du travail.....	510
Section 2. Pour le renforcement de la mission de conseil du médecin du travail	514
Paragraphe 1. Une mission compliquée par l'évolution des formes et conditions de travail	515
A. Les mutations du travail.....	515
1. Des mutations profondes.....	516
2. Des expositions nouvelles	520
B. La complexification des risques professionnels et leur identification.....	524
1. La mission préventive du médecin du travail mise à rude épreuve	525
2. L'adoption par l'entreprise d'une politique proactive de prévention des risques professionnels	527
Paragraphe 2. Une mission à revaloriser.....	529
A. L'accroissement des exigences de sécurité.....	530
1. Le poids de l'environnement juridique	531
2. La nécessité d'une formation juridique adaptée	532
B. L'accroissement des exigences de prévention	533
1. La facilitation du recours au médecin du travail	534
2. Le développement de la dimension collective	535
<i>Chapitre 2. Transformer la médecine du travail en véritable médecine d'expertise de la pathologie</i>	
<i>professionnelle</i>	537
Section 1. Une médecine d'accompagnement	539
Paragraphe 1. L'accompagnement de l'employeur.....	539
A. Le renforcement de l'association médecin du travail/employeur	540
1. La fonction de veille et d'alerte sanitaires	541
2. La fonction d'accompagnement dans la prévention des risques	543
B. Vers un nouveau rapport juridique entre médecin et employeur	546
1. La déconnexion juridique de l'entreprise.....	546
2. Un financement adapté	557

Paragraphe 2. L'accompagnement des travailleurs.....	560
A. Une présence accrue sur le terrain	560
1. La libre consultation du médecin du travail	561
2. Une disponibilité médicale à accroître.....	561
B. Une protection collective mieux assurée	562
1. Le rôle institutionnel du médecin du travail	562
2. La formation/information des travailleurs en santé-sécurité au travail	563
Section 2. Une médecine d'action	566
Paragraphe 1. Le pouvoir d'initiative.....	567
A. L'alerte	567
1. Le principe de précaution	567
2. Les modalités de l'alerte	570
B. L'identification et le suivi des expositions.....	571
1. L'établissement des protocoles	572
2. Les modalités d'action	572
Paragraphe 2. Le pouvoir d'investigation.....	572
A. Surveillance du lieu de travail	573
1. Un pouvoir d'investigation nécessaire	575
2. Un pouvoir à élargir	575
B. Surveillance des conditions de travail	576
1. Une autorité médicale	576
2. Un impératif juridique.....	577
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	579
BIBLIOGRAPHIE	587
I. OUVRAGES GÉNÉRAUX, MANUELS, TRAITÉS, DICTIONNAIRES	587
II. OUVRAGES SPÉCIALISÉS, MONOGRAPHIES, ACTES DE COLLOQUES, RAPPORTS	588
III. THÈSES ET MÉMOIRES	598
IV. ARTICLES	600
INDEX.....	633
TABLE DES MATIÈRES	638

RÉSUMÉ

Le droit du travail s'est construit comme un droit de protection, pour assurer à la partie faible du contrat de travail - le salarié - une sécurité juridique mais également pour que sa santé ne soit pas mise en péril par le fait ou à l'occasion de son travail. Dès lors, la médecine du travail, chargée d'assurer la non-altération de la santé des travailleurs, est une institution clé. Organisation originale fondée sur les principes d'universalité, de gestion patronale contrôlée par l'État et les représentants des salariés, de spécialisation et d'indépendance des médecins du travail et d'orientation exclusivement préventive, cette spécialité médicale fait l'objet, depuis de nombreuses années, de régulières remises en question. Elle souffre d'un déficit de considération, d'une crise de confiance, et son utilité est parfois contestée. C'est la raison pour laquelle il convient de s'interroger sur l'efficacité et la pertinence des dispositifs juridiques encadrant la médecine du travail dans le but que lui assignent les textes : la préservation de la santé des travailleurs. Bien que posé de manière claire dans le texte fondateur, cet objectif est tiraillé entre deux missions difficilement conciliables : le contrôle et le conseil. En effet, très vite, a été assigné à la médecine du travail un rôle de contrôle de l'aptitude de la main-d'œuvre en octroyant un véritable passeport pour pouvoir travailler (avis d'aptitude) pouvant être retiré autoritairement (avis d'inaptitude), alors que le conseil au service d'une approche préventive était relégué au second plan. Dans ce contexte, il convient de réinterroger cette double mission et d'analyser la compatibilité de ses deux aspects sous le spectre de la préservation de la santé des salariés.

Un nouveau paradigme tourné vers une véritable culture de promotion de la santé doit ainsi être bâti autour de l'impératif exclusif de prévention. Pour parvenir à un système efficient, les contradictions doivent laisser place aux complémentarités qui, pour certaines, existent déjà et méritent d'être développées : l'analyse du poste de travail et l'examen clinique pour un suivi médical adapté, mais aussi la complémentarité des approches individuelle et collective. Le colloque singulier entre médecin du travail et salarié doit être fondé sur une relation de confiance, condition *sine qua non* de l'efficacité de l'institution. Les conditions de cette confiance doivent être créées en privilégiant, par principe, le conseil au détriment du contrôle. Ainsi, le « *paternalisme médical* » qui se cristallise dans l'avis autoritaire que donne le médecin du travail en matière d'aptitude et d'inaptitude doit laisser place à une relation de confiance basée sur un conseil avisé au service d'un consentement éclairé. Créer les conditions pour une meilleure évaluation du risque professionnel, pour permettre au médecin du travail d'avoir un accès privilégié à une meilleure connaissance de l'état réel de santé du salarié est une nécessité. L'action du médecin du travail, déjà teintée de santé publique (vaccination, veille épidémiologique, lutte contre les addictions) doit davantage s'inscrire dans une approche systémique. La thèse montre comment le médecin du travail pourrait faire partie intégrante du parcours de santé des travailleurs pour mieux protéger leur intégrité physique et mentale, cette spécialité médicale méritant de s'ouvrir à toutes les formes de travail sans exclusive.

RESUME

Labour law is designed as a means of protection to guarantee the weaker party of the employment contract, that is the employee, legal certainty, but also to make sure his health is not put at risk by or in the course of his work. Occupational medicine therefore plays a key institutional role in insuring that the worker's health is not impaired. In recent years, this unique institution, founded on universal principles, on a form of company management kept in check by the State and employee representatives, on a specialized and independent medical body, with a preventive approach, has been called into question on a regular basis. It is generally given little consideration and suffers from a crisis of confidence, leading some to question its usefulness. Based on this account, it becomes essential to assess the efficiency and relevance of the legal framework which occupational medicine is based upon, and which defines its purpose: the preservation of the worker's health and integrity. Despite the fact it is clearly defined in the founding texts this objective is torn between two missions that are difficult to reconcile: advising and controlling. Indeed, occupational medicine was soon to be entrusted with the mission of assessing the workforce's aptitudes, granting what amounts to a 'working passport' which can be authoritatively withdrawn, while its advising mission and preventive approach was pushed aside. In this context, it seems essential to re-examine this dual mission and to analyse the compatibility of its two aspects under the paradigm of the preservation of the employee's health.

A new paradigm, based upon a genuine culture of health promotion, must therefore be built with an exclusive focus on prevention. In order to design a more efficient system, the contradictions that have been underlined need to give way to the complementarities, some of which exist already, while others deserve to be developed: a systematic analysis of the workstation and clinical examination so as to enable better medical follow-up, as well as combined individual and collective approaches. The singular relationship between an occupational health doctor and an employee must be founded on trust, which is the *sine qua non* condition for the institution to operate efficiently. The conditions for this trust to emerge can only be created where advice is given priority over control. As such, the "medical paternalism" which is crystallized in the authoritarian opinion given by the occupational health doctor as to the worker's aptitude or incapacity must give way to a relationship of trust, based on sound advice designed to allow informed consent. Creating the right conditions for a better evaluation of occupational hazard, by allowing the occupational physician to be granted privileged access to a better knowledge of the real health condition of the employee is essential.

The occupational health doctor's practice, which is already founded in public health (vaccination, epidemiological surveillance, the fight against addictions), must take a more systemic approach. This PhD thesis shows how the occupational health doctor could form an integral part of worker healthcare, so as to better protect their physical and mental integrity, without regard for the type of work or position.