



Université Panthéon-Assas

BANQUE DES MEMOIRES

Master de Droit et pratique des relations de travail
Dirigé par Monsieur le Professeur Bernard Teyssié
2012

Le médecin du travail

André-Franck Jover

Sous la direction de Monsieur le Professeur Bernard Teyssié

**Université Panthéon-Assas
(Paris II)**

**Laboratoire de droit social
Institut d'études européennes et
internationales du travail**

LE MEDECIN DU TRAVAIL

par André-Franck Jover

Mémoire effectué en vue de l'obtention du Master Droit et Pratique des Relations de Travail

Promotion Actance

Année universitaire 2011-2012

à ma mère, à mon père

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier,

Monsieur le Professeur Bernard Teyslié pour sa disponibilité, ses conseils et surtout pour m'avoir accordé sa confiance,

Marie et Jean-François tant pour leur aide que leur patience,

La promotion Actance pour la solidarité dans l'effort comme dans le rire.

Mes derniers mots s'adressent à la République, qui m'a offert les moyens et le goût d'apprendre.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	8
TITRE 1 – LE STATUT DU MEDECIN DU TRAVAIL.....	41
Chapitre 1 – Le contrat de travail	41
Chapitre 2 – La responsabilité	82
TITRE 2 – L’ACTION DU MEDECIN DU TRAVAIL	102
Chapitre 1 – La surveillance médicale des salariés	103
Chapitre 2 – L’action en milieu de travail	172
CONCLUSION GENERALE.....	201

Liste des abréviations

Al.	Alinéa
Arch. Mal. Prof.	Archives des maladies professionnelles et de l'environnement
Arr.	Arrêté
Art.	Article
Ass. Nat.	Assemblée Nationale
BIT	Bureau international du travail
BOMT	Bulletin officiel du Ministère du travail
Bull. Civ.	Bulletin civil de la Cour de cassation
Bull. Crim.	Bulletin criminel de la Cour de cassation
C. pén.	Code pénal
C. santé. publ.	Code de la santé publique
C. sec. soc.	Code de la sécurité sociale
C.civ.	Code civil
C.trav.	Code du travail
CA	Cour d'appel
CAA	Cour d'appel administrative
CASF	Code l'action sociale et des familles
Cass. civ.	Cour de cassation, chambre civile
Cass. crim.	Cour de cassation, chambre criminelle
Cass. req.	Cour de cassation, chambre des requêtes
Cass. soc.	Cour de cassation, chambre sociale
CC	Convention collective
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CE	Conseil d'Etat
Chap.	Chapitre
Chron.	Chronique
Cir. Min.	Circulaire ministérielle
Circ.	Circulaire
CJCE	Cour de justice des Communautés européennes
CJUE	Cour de justice de l'Union européenne
Cons. Prud'h.	Conseil de prud'hommes
D.	Recueil Dalloz
D.	Décret
DGT	Direction générale du travail

Dict.	Dictionnaire
Dir.	Directive
Dr. ouvrier	Droit ouvrier
Dr. soc.	Droit social
Ed.	Edition
Et s.	Et suivant(s)
Gaz. Pal.	Gazette du Palais
ILO	International Labour Organization
JCP S	Juris-Classeur périodique (la Semaine juridique) Edition Sociale
JO Sénat	Journal officiel du Sénat
JOAN	Journal officiel de l'Assemblée Nationale
JORF	Journal officiel de la République française
JSL	Jurisprudence sociale Lamy
Juris. soc UIMM	Jurisprudence sociale de l'Union des industries et des métiers de la métallurgie
L.	Loi
LGDJ	Librairie juridique de droit et de jurisprudence
N°	Numéro
Obs.	Observation
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux
P.	Page
Par.	Paragraphe
PUF	Presse Universitaire de France
RDT	Revue de droit du travail
Rec.	Recueil Lebon
Rép.	Réponse
Rep. min.	Réponse ministérielle
Rev. jur. Soc.	Revue de jurisprudence sociale
S.	Recueil Sirey
SSL	Semaine sociale Lamy
T.	Tome
T. conflits	Tribunal des conflits
TGI	Tribunal de grande instance
Trib. correct.	Tribunal correctionnel
V.	Voir

« *La haute politique n'est que le bon sens appliqué aux grandes choses* »

Napoléon BONAPARTE, *Maximes et pensées*.

INTRODUCTION

1. Des chiffres et des vies. 648 847 accidents du travail, 50 688 maladies professionnelles. Telles sont les statistiques relatives à la sinistralité en France pour l'année 2010. Au-delà de l'hexagone, le constat est encore plus criant. La journée mondiale de la santé et de la sécurité au travail du 28 avril 2012, axée sur l'économie verte¹, rappelle avec finesse que peu important sa couleur le travail tue. En 2005, le Bureau International du Travail² précisait que les accidents du travail et maladies professionnelles tuaient chaque année deux millions d'hommes et de femmes³. Actualité oblige, la catastrophe de la centrale nucléaire de Fukushima⁴ a largement été relayée par les médias, qui cherchent plus à montrer les dégâts matériels et immédiats que les effets aux longs termes sur l'environnement et la population : *quid* des centaines de travailleurs irradiés lors du refroidissement des réacteurs de la centrale nucléaire ? La faible médiatisation de cette information au niveau international révèle un manque de considération pour le thème de la santé au travail.

2. Prévention ou curation ? S'il est illusoire d'éteindre de tels fléaux, les Etats et organisations internationales mettent en place des dispositifs de prévention et de curation afin de les réduire. La curation⁵, certes indispensable, traduit néanmoins un certain fatalisme. Le mal devant être combattu à la racine, des dispositifs préventifs sont impératifs. La France, dotée de l'une des législations les plus protectrices en la matière, a fait le choix de la complémentarité : la curation est solide et généralisée par l'intermédiaire d'un système de protection sociale avancé. La prévention est plus jeune. Un panorama de ses principaux acteurs s'impose.

3. Galaxie de la santé au travail. Le droit de la santé et de la sécurité au travail se caractérise avant tout par la multiplicité de ses acteurs, dont les missions, au gré des réformes législatives et règlementaires, ne cessent de se chevaucher. Cette galaxie contient deux sphères complémentaires : les acteurs agissant au sein et en dehors de l'entreprise.

¹ http://www.ilo.org/safework/events/meetings/WCMS_175016/lang--en/index.htm.

² Le BIT est le secrétariat permanent de l'Organisation Internationale du Travail (OIT).

³ Communiqué de presse commun BIT/OMS : le nombre des accidents du travail et des maladies professionnelles continue d'augmenter. Le BIT et l'OMS lancent un appel commun pour la mise en place de stratégies de prévention, 28 avril 2005.

⁴ Cet évènement s'est déroulé à l'est du Japon le 11 mars 2011.

⁵ La curation englobe l'ensemble des dispositifs mis en œuvre afin de soigner les lésions physiques ou psychiques résultant du travail.

4. Acteurs extra-entreprise. Les acteurs agissant en dehors de l'entreprise jouent un rôle de conseil, d'accompagnement ou de contrôle auprès de l'employeur en matière de santé et de sécurité au travail. La question étant vaste, nous nous concentrerons sur le cercle premier de ces acteurs. Premier protagoniste, l'inspecteur du travail est chargé de veiller à l'application du droit du travail et plus particulièrement à la législation propre à l'hygiène et à la sécurité. À ce titre, il détient un rôle tant de conseil que de surveillance, assorti d'un pouvoir de sanction en cas d'infraction. Son action est complétée par les caisses d'assurances retraite et de santé au travail (CARSAT), placées sous la tutelle du ministère de la sécurité sociale, qui ont notamment pour but d'établir des règles de prévention individuelles⁶ et collectives⁷ ou encore de demander l'intervention de l'inspection du travail⁸. Au-delà de cette action coercitive, la puissance publique a mis en place diverses institutions conseillant les acteurs de la santé au travail tels que l'Institut national de recherche en sécurité (INRS)⁹ et l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT)¹⁰. Enfin, d'autres acteurs contribuent, d'une manière circonscrite, à la prévention des risques professionnels en raison de la branche professionnelle concernée¹¹ ou du matériel utilisé¹².

5. Acteurs intra-entreprise. Les acteurs intra-entreprises, par essence au plus près des travailleurs, constituent les maillons essentiels de la prévention de la santé et de la sécurité des travailleurs. Le premier acteur est évidemment l'employeur qui a pour mission de faire respecter les dispositions légales et réglementaires au sein de son entreprise¹³. Cette obligation, sanctionnée par une obligation de sécurité de résultat¹⁴, a pour corolaire l'établissement d'une responsabilité propre au travailleur : les salariés concourent ainsi à la prévention des risques professionnels en respectant les instructions qu'ils reçoivent de leur

⁶ Il s'agit de mesures de prévention propres à l'activité d'un seul employeur.

⁷ Il s'agit de dispositions générales applicables à l'ensemble des employeurs relevant de sa compétence territoriale.

⁸ C. sec. soc., L. 215-4 ; C. sec. soc., L. 421-2 ; C. sec. soc., L. 422-2.

⁹ Constituée en tant qu'association sous l'égide de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), l'INRS est une association ayant pour but d'aider les acteurs de l'entreprise à résoudre leurs difficultés en matière de prévention des risques professionnels et de développer de nouvelles techniques de prévention.

¹⁰ L'ANACT est constituée de 25 associations régionales (ARACT), financées par l'Etat et les régions et réparties sur l'ensemble du territoire français. Elle a pour objectif d'améliorer les conditions de travail des salariés, l'efficacité des entreprises et de favoriser l'appropriation de méthodes de prévention par les acteurs de l'entreprise.

¹¹ Il s'agit par exemple du secteur du bâtiment et des travaux publics pour lequel toute entreprise doit adhérer à l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPP-BTP).

¹² De multiples organismes agréés ont pour mission de contrôler les installations, outils et environnements de travail nécessitant une vérification ainsi que de conseiller les entreprises sur ceux-ci.

¹³ C. trav., art. L. 4121-1 et s.

¹⁴ Cass. soc. 17 février 2010 n° 08-44.298 . Inédit.

employeur, notamment les consignes de sécurité et les instructions délivrées dans le règlement intérieur ou au cours de leur information et formation à la sécurité¹⁵. La loi du 20 juillet 2011 a renforcé la présence des salariés en créant des « salariés compétents », désignés par l'employeur pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels au sein l'entreprise. Ceux-ci peuvent bénéficier, à leur demande, d'une formation en matière de santé au travail¹⁶. Ils disposent du temps comme des moyens nécessaires pour l'exercice de leur activité et ne peuvent subir aucune discrimination en raison de celle-ci¹⁷. Ce nouvel acteur fera nécessairement l'objet de précisions administratives et jurisprudentielles dans la mesure où ni le contenu de sa mission, ni l'étendue de ses moyens n'ont été précisés. En toute hypothèse, le salarié n'est pas seul, puisqu'il dispose de représentants. En matière de santé et de sécurité au travail, deux acteurs se dégagent. *Primo*, le comité d'entreprise formule, à son initiative, et examine, à la demande de l'employeur, toute proposition de nature à améliorer les conditions de travail des salariés¹⁸. Au surplus, cet organe doit être informé et consulté sur les problèmes généraux concernant les conditions de travail résultant notamment de l'organisation du travail, du temps de travail et des conditions d'emploi¹⁹. *Secundo*, le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) détient une place cardinale en ce qu'il est chargé de contribuer à la protection de la sécurité et de la santé physique et mentale des salariés au travers de diverses missions d'analyse des risques et de consultation sur les initiatives de l'employeur en la matière²⁰. Dans les entreprises de moins de cinquante salariés, les délégués du personnel sont investis des missions et obligations dévolues aux membres du CHSCT dans le cadre des moyens prévus aux articles L. 2315-1 et suivants du Code du travail²¹. Enfin, en dehors de la représentation du personnel, une institution est chargée de prévenir toute atteinte à la santé des travailleurs : le service de santé au travail, plus communément nommé par la discipline qu'il exerce, à savoir la médecine du travail²².

¹⁵ C. trav., art. L. 4122-1.

¹⁶ C. trav., art. L. 4644-1.

¹⁷ C. trav., art. R. 4644-1.

¹⁸ C. trav., art. L. 2323-1.

¹⁹ C. trav., art. L. 2323-27.

²⁰ C. trav., art. L. 4612-1 et s.

²¹ C. trav., art. L. 4611-3.

²² Le service de santé au travail présente des particularités dès le stade de son placement dans la galaxie de la santé au travail. Pour certains, la majorité des services de santé au travail étant interentreprises, ceux-ci se situent hors de l'entreprise. Nous privilégions l'idée selon laquelle son principal acteur, le médecin du travail, est lien étroit avec les travailleurs.

6. L'étoile brillante : la médecine du travail. Au sein de la galaxie de la santé et de la sécurité au travail, une étoile brille : la médecine du travail. Celle-ci peut être définie de deux manières. D'un point de vue matériel, il s'agit d'une spécialité médicale ayant pour objectif de prévenir toute atteinte à la santé physique et mentale des travailleurs. D'un point de vue organique, il s'agit de la mise en œuvre institutionnelle de cette spécialité par l'intermédiaire des services de santé au travail²³. Notre étude penchera indéniablement vers la seconde puisqu'il s'agit d'offrir une lecture de la médecine du travail à l'aune de la norme juridique et plus précisément de son principal protagoniste : le médecin du travail.

7. Une discipline mal aimée. La médecine du travail n'a jamais été une discipline en vogue. Pire encore, elle semble rejetée par l'ensemble des personnes intéressées. Du côté de l'employeur, ce constat n'est pas nouveau : le médecin du travail ayant pour mission première d'adapter le travail à l'Homme et non l'inverse, l'éternel conflit entre liberté d'entreprise et santé des salariés apparaît. En dehors de cette confrontation, nombre d'employeurs reprochent à certains médecins du travail de s'enliser dans un rapport idéologique avec l'entreprise, en oubliant leur mission première qui est le conseil. Il est vrai que certains abus sont à déplorer, notamment en matière de reconnaissance d'inaptitude au travail²⁴. Du côté des salariés, le rejet de la médecine du travail, loin d'être généralisé, est plus difficile à comprendre. Il s'explique avant tout par le fait que cette discipline génère des obligations pour le salarié. Surtout, la matière renvoie à la crainte, pour le salarié, d'être déclaré inapte et par conséquent de perdre son emploi²⁵ : ici, la confrontation n'oppose pas l'Homme au travail mais le droit à l'emploi au droit à la santé²⁶.

La profession médicale n'est pas sans reste. Au plan curatif, la médecine du travail est raillée en ce qu'elle ne serait pas une « vraie médecine ». Pourtant, « mieux vaut prévenir que guérir ». Au plan préventif, les médecins du travail eux-mêmes admettent, pour partie, l'existence de déceptions. Les jeunes médecins peuvent se sentir freinés par une discipline fortement règlementée, où la liberté d'action est amoindrie. Pire encore, est constaté depuis plusieurs années un désintérêt des étudiants pour une discipline n'offrant pas les comforts financiers de la médecine libérale. Cela met en lumière le mal le plus profond de la médecine

²³ C. trav., art. L. 4622-1 et s.

²⁴ Sont visées les déclarations d'inaptitudes mais aussi la croissance des avis d'aptitude avec réserves dont la mise en œuvre par l'employeur peut s'avérer très délicate.

²⁵ Sauf cas exceptionnels, cette affirmation est une idée reçue car le médecin du travail prend soin de consulter le salarié avant de reconnaître son inaptitude.

²⁶ H. Dorlhac de Borne, *La médecine du travail : plaidoyer pour l'avenir*, Dr. social n°7/8 1987.

du travail : la pénurie de professionnels²⁷. Cette pénurie, au cœur d'âpres débats et controverses, pose elle-même la difficulté plus globale des ambitions estudiantines, centrées sur les niveaux de rémunérations, au détriment du contenu même des formations et professions : lettres, sciences humaines et médecine sociale s'éteignent progressivement au profit d'enseignements conditionnant les étudiants, au lieu de forger leurs esprits.

8. Une discipline cardinale. Nonobstant cette désaffection, la médecine du travail demeure, à l'aune des enjeux en présence, une discipline cardinale en matière de santé et de sécurité au travail. L'enjeu est avant tout symbolique : la naissance institutionnelle de la médecine du travail est le fruit de l'Histoire française, d'une volonté de reconstruction d'une Nation détruite par le nazisme. Elle constitue aujourd'hui, au-delà de la question médicale ou juridique, un héritage dont nous sommes tous garants ainsi que l'une des facettes de notre modèle social. L'enjeu est ensuite social : la pratique de la médecine du travail a démontré, excepté à l'occasion de certains événements dramatiques²⁸, tout l'intérêt d'une matière contribuant à la réduction des risques professionnels et donc à la mise en œuvre d'une politique de santé publique. L'enjeu est enfin financier : la médecine du travail, par essence préventive, tend à réduire la place du système de réparation des risques professionnels dont la charge financière est colossale. Dans un contexte de réduction des déficits publics, la voie de la prévention n'a jamais paru aussi légitime.

9. Afin de dégager les problématiques du sujet, nous offrirons un panorama du cadre d'action du médecin du travail (Section 2), après avoir mis en lumière sa discipline au prisme de l'Histoire et de la norme étrangère (Section 1).

²⁷ La pénurie de médecins du travail est à comparer à la pénurie de jeunes syndicalistes dans les entreprises, qui amènera certainement à réformer une nouvelle fois le droit syndical.

²⁸ L'exemple le plus marquant est le drame de l'amiante.

Section 1 - La médecine du travail, au-delà des âges et des frontières

Sous-section 1 – Au-delà des âges

10. L'histoire de la médecine du travail dévoile trois périodes d'inégales intensités : au-delà de fondements théoriques (§1), la discipline a progressivement été reconnue (§2) pour ensuite être institutionnalisée (§3). Depuis plusieurs décennies, un processus de mutation est perceptible (§4).

§1 : Les fondements

11. Les fondements de la médecine du travail ont pour particularité de reposer sur quelques hommes qui, au fil des siècles, ont apporté leur pierre à l'édifice de la discipline.

12. **L'ère antique : du « siècle de Périclès » à Marc-Aurèle.** Noyés dans les innombrables travaux d'Hippocrate, quelques documents décrivent la colique de plomb, maladie contractée par les ouvriers métallurgistes : un lien entre santé et travail est réalisé. Au fil des années, ce lien est rappelé : Claude Galien, médecin de Marc-Aurèle, a produit près de cinq cents traités lors de son passage à l'école des gladiateurs. L'un d'entre eux traite de la mortalité des hommes travaillant dans les mines de cuivre.

13. **L'ère médiévale.** À partir des avancées médicales offertes par la civilisation arabe, l'Europe du XIII^e siècle connaît un essor considérable en la matière. Le lien tissé entre médecine et travail, quoique fragile, évolue pour passer de constatations à des études approfondies. C'est ainsi qu'Arnaud de Villeneuve, médecin et alchimiste provençal, publie deux ouvrages précurseurs nommés « *L'hygiène professionnelle* » et « *Les maladies des métiers* », où sont analysés plusieurs facteurs nuisibles (chaleur, humidité, poussière...) pouvant causer des troubles aux ouvriers.

14. **L'ère moderne.** La médecine du travail, qui n'est pas encore nommée comme telle, franchit une étape supplémentaire lors du passage de l'époque médiévale aux temps modernes. Cela se matérialise par le passage d'une recherche de spécialistes de la santé à une action publique : en 1604, Henri IV ordonne le prélèvement dans chaque mine d'une portion de minerai destinée à rémunérer un chirurgien ou à acheter des médicaments « *afin que les pauvres blessés soient secourus gratuitement, et que, par cet exemple de charité, les*

autres soient plus encouragés au travail des dites mines ». Sous le règne de Louis XIV, Colbert, surintendant puis contrôleur général des Finances, met en place une politique économique interventionniste : parmi de multiples mesures économiques, la politique mise en place par Henri IV pour les mines est reprise pour les travailleurs des arsenaux.

15. Le père fondateur : le Professeur Ramazzini. Bernardino Ramazzini, Professeur à l'Université de Modène, a offert une description pointue des maladies professionnelles et de leurs symptômes dans son célèbre ouvrage intitulé « *Traité des maladies des artisans* ». Ces écrits ont servi de référence en la matière pendant près de deux siècles et ont amorcé l'émergence des théories hygiénistes. Héritier de ces travaux, Percivall Pott, chirurgien britannique du XVIIIe siècle, a établi un lien entre une substance chimique et le cancer du scrotum chez les jeunes ramoneurs londoniens. Les fondements théoriques de la médecine du travail sont ainsi posés. L'Histoire transforma ces fondements en prémices.

§2 : Les prémices

16. L'élément déclencheur : la révolution industrielle. Se définissant comme le passage, à l'aune du rationalisme, d'une société agricole et artisanale à une société industrielle et commerciale, la « révolution industrielle » constitue la pierre angulaire de la création de la médecine du travail. Cette mutation, au cours du XIXe siècle, des pays développés a engendré des migrations de populations des campagnes vers les villes, accompagnées de nouveaux risques professionnels. Les conditions de travail, déplorables, tuent bon nombre de travailleurs. Face à ce fléau, la Loi s'invita, difficilement, dans l'Histoire.

17. Louis-René Villermé : vers la naissance d'une législation sociale. Après avoir été chirurgien des armées napoléoniennes, Louis-René Villermé réalise une enquête sur l'état physique et moral de la classe ouvrière, aboutissant à l'ouvrage « *Le tableau de l'état physique et moral des ouvriers* ». Dès 1840, la notion de risques psychosociaux, bien qu'à l'état primaire, est envisagée. Les conclusions de l'intéressé sont criantes : durée de travail infernale, salaires dérisoires, conditions de travail déplorables. La misère de ceux qui étaient nommés « *nègres blancs* » est décrite avec précision. Fort de ce constat, émerge un mouvement d'opinion favorable à la classe ouvrière, conduisant à la promulgation de la première loi sociale française le 22 mars 1841, relative à la limitation de la durée du travail des enfants. Protagoniste majeur de cette avancée sociale, Louis-René Villermé préconise, dès

1850, la mise en place de moyens « préservatifs » afin de limiter ou d'éviter le risque professionnel.

18. Cette naissance législative s'amplifie progressivement pour offrir une législation sociale de plus en plus structurée : création de l'inspection du travail²⁹, mise en place d'une assurance pour les risques professionnels³⁰, création d'une commission d'hygiène industrielle auprès du ministère du travail³¹. La norme sociale française s'est ainsi construite autour du thème de la santé et de la sécurité au travail. Toutefois, la prévention demeure à ce stade résiduelle : il s'agit plus de réparer le dommage que de le prévenir.

19. La société civile. La société civile, de plus en plus soucieuse de la prévention des risques professionnels, favorise la mise en place d'un modèle préventif complétant la voie curative : le 1^{er} octobre 1905, le premier enseignement d'hygiène industrielle est mis en place au Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) par Frédéric-Louis Heim de Balzac ; en juin 1906 à Milan, la Commission permanente internationale de Médecine du travail est créée. Quelques années plus tard, les prémices de la médecine du travail laissent place à son institutionnalisation.

§3 : L'institutionnalisation

20. L'institutionnalisation de la médecine du travail s'est effectuée lentement, au point qu'on puisse distinguer sa préparation (I) de sa consécration (II).

I. Histoire de l'institutionnalisation

21. Une mise en place résiduelle. Sous l'impulsion d'Albert Thomas, l'inspection médicale des usines d'armement est créée en 1916, afin d'établir une médecine préventive. Parallèlement, le corps des surintendants, organe constitué d'assistantes sociales et infirmières d'usine, est institué. Plus globalement, des institutions spécialisées se développent progressivement dans les industries privées, où des médecins d'usines sont employés. Bien

²⁹ L. du 9 novembre 1892 sur le travail des enfants, des filles et des femmes dans les établissements industriels., Section VI Inspection, art. 17 et s.

³⁰ L. du 9 avril 1898 sur les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail.

³¹ D. du 11 décembre 1900.

que l'enseignement de la médecine du travail connaisse un essor important³², son application au sein des entreprises resta limitée et intimement liée aux moyens des entreprises ainsi qu'aux secteurs d'activité concernés.

22. Le régime de Vichy. L'institutionnalisation de la médecine du travail est amorcée le 1^{er} juin 1940, par l'intermédiaire d'une instruction créant des services médico-sociaux et de sécurité dans certains établissements, exerçant leurs missions sous l'autorité du chef d'entreprise. Par une loi en date du 28 juillet 1942, la médecine du travail est généralisée. Ses objectifs sont pervertis par le régime de Vichy et le patronat qui l'utilise comme un moyen de sélectionner la main d'œuvre. Durant ces heures sombres, l'eugénisme atteint l'entreprise.

II. Une institutionnalisation historique

23. Libération. La médecine du travail telle qu'elle existe aujourd'hui constitue un héritage de l'Histoire française. À la fin de la seconde guerre mondiale, la France élabore un système de protection sociale à côté duquel figure une loi quelque peu oubliée : la loi n°46-2195 du 11 octobre 1946 instituant la médecine du travail. Cette loi pose les jalons de la médecine du travail française, articulée autour de quatre piliers cardinaux : caractère privé, général et obligatoire de la médecine du travail, financement par l'employeur, orientation exclusivement préventive et spécialisation des médecins du travail. Ce socle fondamental a progressivement été modifié, au point qu'on puisse parler d'une nouvelle période de la médecine du travail : sa mutation.

§4 : La mutation

24. Toute institution évolue, au gré des mutations de la société. La médecine du travail n'échappe pas à cette règle et a fait l'objet, tout au long de la Ve République, de réformes successives modifiant son visage. Trois temps sont perceptibles.

25. Acte I : Prévention primaire. Dans un souci de reconstruction, la médecine du travail a initialement été instituée afin d'assurer la surveillance médicale des

³² V. notamment la création, au sein de la Faculté de médecine de Lyon de l'Institut Universitaire de Médecine du Travail en 1930 ainsi que l'ouverture d'un Institut d'hygiène industrielle et de médecine du travail à la Faculté de médecine de Paris le 15 avril 1933.

salariés³³. Les lendemains de la Libération ont laissé place aux Trente Glorieuses et à son lot de méthodes de rationalisation du travail. Pour répondre aux nouveaux enjeux de la santé au travail, le Gouvernement a entendu favoriser la prévention primaire, par l'intermédiaire de l'action en milieu de travail, en instaurant la notion de tiers-temps³⁴. Cette ambition a été validée par la directive européenne du 12 juin 1989 relative à l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs³⁵, dont l'une des ambitions premières est la mise en place, à l'échelle européenne, d'une prévention primaire des risques professionnels.

26. Acte II : Pluridisciplinarité, prévention primaire et santé publique. Une seconde phase, plus récente, accroît la transformation de la médecine du travail. *Primo*, la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 change l'appellation des « services de médecine du travail » désormais nommés « services de santé au travail »³⁶. Loin d'un simple jeu sémantique, cette réforme annonce une profonde mutation de la médecine du travail en envisageant la pluridisciplinarité des services de santé au travail³⁷ : la volonté du législateur est de mobiliser un ensemble de compétences nécessaires à la prévention et à l'amélioration des conditions de travail, dépassant la seule action médicale. *Secundo*, ce cap est maintenu lors de la réforme de 2004, dont se dégagent deux axes majeurs : favoriser l'action en milieu de travail et réduire la périodicité des visites médicales. *Tertio*, la loi n°2004-906 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ajoute une nouvelle dimension à la médecine du travail : le service de santé au travail participe à la veille sanitaire prévue en matière de santé publique.

27. Acte III : Approfondissement de la mutation. La troisième étape mutagène de la médecine du travail est avant tout une renaissance. Initialement, la réforme de la médecine du travail est intégrée— ou cachée — à la loi du 9 novembre 2010 relative à la réforme des retraites. Le Conseil Constitutionnel censure ces dispositions³⁸, qualifiées de cavalier législatif³⁹. Suite à ce bref rappel au législateur des principes élémentaires du droit

³³ S. Fantoni-Quinton, G. Leclercq., P-Y. Verkindt, P. Frimat, *Un avenir pour la santé au travail sans « aptitude périodique » est possible...* : JCP S n°48, 29 nov. 2011.

³⁴ D. du 20 mars 1979. La notion de tiers temps consiste pour l'employeur à prendre toutes les mesures pour permettre au médecin du travail de consacrer à ses missions en milieu de travail le tiers de son temps de travail.

³⁵ V. par. n°36.

³⁶ L. n°2002-73 du 17 janvier 2002., art 193.

³⁷ La pluridisciplinarité consiste en la mise en place, autour du médecin du travail, d'une équipe de professionnels médicaux ou paramédicaux ayant des compétences en matière de santé au travail.

³⁸ Conseil Constitutionnel, 9 novembre 2010, n° 2010-617 DC. Recueil, p. 310.

³⁹ Est considéré comme cavalier législatif tout article de loi n'ayant aucun lien avec le projet ou la proposition de loi dans laquelle il est inséré. Cette pratique est prohibée par le Conseil Constitutionnel à l'aune de l'article 45 de

constitutionnel, un projet de loi spécifique est établi, aboutissant à la loi n°2011-867 du 20 juillet 2011. Ce « phœnix législatif » s'inscrit dans la continuité des précédentes réformes de la médecine du travail. Ce souci de pérennité se traduit par plusieurs lignes directrices. S'agissant de l'organisation du service de santé au travail, le rôle de l'employeur dans l'administration des services de santé au travail est instauré. Parallèlement, le législateur opte pour un renforcement du statut protecteur du médecin du travail. S'agissant de l'action des services de santé au travail, trois éléments s'esquissent : la consécration de la pluridisciplinarité des services de santé au travail, une nouvelle réduction de la périodicité des visites médicales et la mise en avant de l'action en milieu de travail. Toutefois, si les nouveaux visages de la médecine du travail apparaissent, nous verrons que certains points restent flous.

28. Acte IV : vers une mort lente ? Les décrets d'application de la loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 étant parus le 31 janvier 2012, nous ne pouvons rendre compte de l'application de cette réforme. Toujours est-il qu'un élément de taille permet d'entrevoir le futur: la pénurie de médecins du travail. Ce phénomène, dont nous analyserons les multiples conséquences, irrigue l'ensemble de notre analyse. À terme, si la tendance n'est pas renversée, la question ne sera plus d'analyser les mutations de la médecine du travail mais sa disparition.

Sous-section 2 : Au-delà des frontières

29. La médecine du travail s'exprime que la frontière soit inexistante (§1) ou existante (§2).

§1 : L'inexistence de la frontière

30. L'inexistence de la frontière permet l'émancipation de deux sphères : le droit international de la médecine du travail (I) et le droit de l'Union européenne relatif à la santé et à la sécurité au travail (II).

la Constitution de 1958 aux termes duquel « tout projet ou proposition de loi est examiné successivement dans les deux assemblées du Parlement en vue de l'adoption d'un texte identique. Sans préjudice de l'application des articles 40 et 41, tout amendement est recevable en première lecture dès lors qu'il présente un lien, même indirect, avec le texte déposé ou transmis ».

I. Le droit international de la médecine du travail

31. Quand le passé prévoit l'avenir. Il suffit de se rendre à Genève pour comprendre que la santé et la sécurité au travail constitue la préoccupation première de l'Organisation Internationale du Travail (OIT)⁴⁰. Un comité d'experts mixte OIT/OMS a, dès 1950, précisé les objectifs de la médecine du travail dans les termes suivants : « *promouvoir et maintenir le plus haute 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 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* ». Ce document, âgé de soixante deux ans, n'a pas pris une ride en ce qu'il envisage la médecine du travail comme discipline à deux branches, l'une relative à la prévention collective des risques professionnels (action en milieu de travail), l'autre relative à la surveillance médicale et individuelle des salariés, tant en matière de santé physique que mentale.

32. Recommander n'est pas exiger. La conception internationale de la médecine du travail repose sur plusieurs recommandations de l'OIT, au premier rang desquelles apparaît la recommandation n°112 de 1959 sur les services de médecine du travail, qui dégage plusieurs principes : médecine préventive, variété des modes d'organisation (services autonomes, interentreprises), indépendance (passant par l'existence d'un statut protecteur) et spécialisation du médecin du travail, existence d'équipes de santé au travail sous la responsabilité du médecin du travail. En réalité, cette recommandation, qui n'est que le fruit des législations mises en place par les pays développés, a pour objectif d'inciter des pays moins développés à mettre en place des normes relatives à la médecine du travail⁴¹. Ces principes directeurs ont été précisés par la recommandation n°171 de 1985 relative aux services de santé au travail. De 1959 à 1985, le droit international comprend qu'une mutation de la médecine du travail est nécessaire : les « services de médecine au travail » laissent place aux « services de santé au travail ». Enfin, le caractère multidisciplinaire de ces services ainsi que l'importance d'informer et d'éduquer les travailleurs sont évoqués.

En synthèse, le droit international de la médecine du travail est un droit ambitieux, voire visionnaire. Toutefois, il pêche par l'absence de caractère coercitif. Dans certaines régions du

⁴⁰ L'entrée de l'OIT est en effet jalonnée de statues de travailleurs réalisant des tâches physiques pénibles.

⁴¹ Desoille H., Scherrer J., Truhaut R., *Précis de médecine du travail*, Masson, 3^e Edition. p. 11.

monde, où le souci d'harmonisation se faisait sentir, le passage d'un droit recommandé à un droit exigé s'est fait sentir.

II. Le droit européen de la santé et de la sécurité au travail

33. Exiger n'est pas préciser. Pourquoi parler de droit de la santé et de la sécurité au travail et non de médecine du travail ? La réponse est simple : il n'existe pas de législation européenne sur la seconde matière. Le droit de l'Union européenne offre en effet l'architecture du thème de la santé et de la sécurité au travail, en se référant notamment aux services de prévention et de protection mis en œuvre par l'employeur, mais laisse les Etats libres pour l'appliquer.

34. Un droit fondamental. La compétence de l'Union européenne en matière de santé et de sécurité au travail repose sur la Charte européenne des droits fondamentaux, aux termes de laquelle « *tout travailleur a droit à des conditions de travail qui respectent sa santé, sa sécurité et sa dignité* »⁴². De ce droit fondamental découle un objectif de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs, faisant l'objet d'une action à l'échelle communautaire, consistant à harmoniser les législations nationales par le biais de directives européennes.

35. Le choix de la directive. Le droit dérivé de l'Union européenne détient deux principaux instruments permettant l'harmonisation des législations nationales : la directive, qui lie tout Etat membre destinataire quant au résultat à atteindre tout en laissant aux instances nationales la compétence quant à la forme et aux moyens ; le règlement, doté d'une portée générale, d'une force obligatoire et directement applicable dans tout Etat membre. En matière de santé et de sécurité au travail, l'Union européenne a opté pour le premier instrument, ce qui révèle qu'il s'agit d'un domaine sensible. Cette position est logique dans la mesure où les Etats membres les plus développés disposent d'une législation globalement satisfaisante en matière de santé et de sécurité au travail, l'enjeu étant de favoriser l'émergence d'une législation minimale dans des régions moins développées tels que les pays d'Europe de l'Est⁴³. Le droit de l'Union européenne relatif à la santé et à la sécurité au travail repose sur deux piliers, d'inégales importances.

⁴² Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne 2010/C 83/02., art 31. 1.

⁴³ *Déclin des services de santé d'Europe centrale et orientale*, Travail n°42 mars 2002.

A. La directive fondatrice

36. Directive-cadre du 12 juin 1989. La pierre angulaire du droit de l'Union européenne est la directive n°89/391 du 12 juin 1989, dite « directive-cadre » concernant la mise en œuvre des mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail. Transposée en droit français par la loi n°91-1414 du 31 décembre 1991, elle pose les jalons de la politique de prévention des risques professionnels européenne. Deux principes cardinaux sont établis. *Primo*, l'obligation pour l'employeur de prendre les mesures nécessaires pour la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs⁴⁴. Cette règle d'or engendre l'obligation pour l'intéressé d'informer, consulter, former et faire participer les travailleurs pour « toute question touchant à la sécurité et à la santé au travail »⁴⁵. En outre, l'employeur doit recourir à des personnes ou services de prévention et de protection⁴⁶ : cette règle constitue le fondement européen de la médecine du travail française. D'ailleurs, les réformes successives de la médecine du travail ont été effectuées au prisme de cette obligation. L'ensemble de ces obligations à la charge de l'employeur ont pour corolaire l'instauration de devoirs pour les travailleurs, chargés de prendre soin, selon leurs possibilités, de leur sécurité et de leur santé ainsi que de celle des autres personnes concernées du fait de leurs actes ou de leurs omissions au travail, conformément à leur formation et aux instructions de l'employeur⁴⁷.

B. Les directives complémentaires

37. Directives *ad hoc* et « conception ». À la directive cadre, squelette de la santé au travail, s'est agrégée de la chaire *via* des directives *ad hoc* et des directives « conception »⁴⁸. Les directives *ad hoc* sont le fruit des caractéristiques de la directive-cadre, qui ne vise aucun risque particulier. Elles sont nombreuses et propres à des facteurs de risques particuliers : lieux de travail⁴⁹, industries extractives par forage⁵⁰, agents chimiques⁵¹, bruit⁵² ou encore vibrations⁵³. Les directives « conceptions » portent quant à elles sur la conception et la mise en circulation des moyens de travail plutôt que sur leurs conditions d'utilisation

⁴⁴ Dir. 89/391/CEE du 12 juin 1989., art 6.

⁴⁵ Dir. 89/391/CEE du 12 juin 1989., art 10 à 12.

⁴⁶ Dir. 89/391/CEE du 12 juin 1989., art 7.

⁴⁷ Dir. 89/391/CEE du 12 juin 1989., art 13.1.

⁴⁸ M. Babin., *Santé et sécurité au travail*, Collection Lamy Axe Droit, 2011.

⁴⁹ Dir. n°89/654/CEE du 30 novembre 1989.

⁵⁰ Dir. n°92/91/CEE du 3 novembre 1992.

⁵¹ Dir. n°98/24/CEE du 7 avril 1998.

⁵² Dir. n°2003/10/CE du 6 février 2003.

⁵³ Dir. n°2002/44/CE du 25 juin 2002.

permettant l'harmonisation des normes techniques, notamment s'agissant des machines⁵⁴, équipements de protections individuelles⁵⁵ ou substances et préparations dangereuses⁵⁶.

§2 : L'existence de la frontière

38. Lorsque la frontière existe, chaque pays pose son empreinte sur la médecine du travail. L'analyse comparatiste est souvent utilisée pour justifier l'existence d'une norme ou sa modification, voire sa suppression. Il s'agira ici de démontrer que le droit français de la médecine du travail s'avère être l'un des plus avancés au monde. Ce voyage nous amènera à explorer des droits continentaux (I), anglo-saxons (II) pour enfin partir vers l'Est (III).

I. Les droits continentaux

A. Allemagne

39. Sources. Le texte fondateur de la médecine du travail allemande est la loi du 12 décembre 1973 relative aux médecins d'entreprise, ingénieurs de sécurité et autre personnel spécialisé en matière de sécurité du travail⁵⁷. Celle-ci a été précisée par la loi du 25 septembre 1996⁵⁸.

40. Diplôme. Le médecin du travail a nécessairement « une qualification particulière en matière de médecine du travail », s'acquérant par l'intermédiaire du diplôme de médecine du travail ou du diplôme de médecin d'entreprise.

41. Médecin salarié ou libéral. Les relations de travail tissées entre le médecin et l'employeur doivent donner lieu à la conclusion d'un contrat écrit, qui a la forme d'un contrat de travail (activité salarié) ou d'un contrat de louage de services (activité libérale). En cas d'exercice libéral de la médecine, le médecin du travail peut disposer d'une clientèle privée notamment constituée d'entreprises. En toute hypothèse, le médecin du travail conserve son indépendance médicale et est tenu par le secret professionnel.

⁵⁴ Dir. n°2006/42/CE du 17 mai 2006

⁵⁵ Dir. n°89/686/CEE du 21 décembre 1989.

⁵⁶ Dir. n°67/548/CEE du 27 juin 1967 ; Dir. n°1999/45/CE du 31 mai 1999.

⁵⁷ *Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Arbeitssicherheitsgesetz)*, art 1^{er}.

⁵⁸ *BGBl. 1996 I, p. 1476.*

42. Missions. Le médecin du travail détient une double mission : la surveillance médicale des salariés et l'assistance de l'employeur lorsqu'il est confronté à tout problème mettant en jeu la protection de la santé des travailleurs, notamment en matière de conditions de travail, et dans le cadre de la prévention des accidents⁵⁹.

B. Belgique

43. Sources. Le droit belge a transposé la directive 89/391/CEE du 12 juin 1989 par l'intermédiaire de la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail qui, comme en France, impose à l'employeur de créer un « service interne de prévention et de protection au travail » (SIPP) ou, à défaut, de recourir à un service externe agréé de prévention et de protection au travail (SEPP). L'action de ces services relève de médecins du travail, titulaires d'un diplôme en médecine du travail⁶⁰ et chargés de conseiller l'employeur en matière de prévention.

44. Nature du contrat. La nature du contrat du médecin du travail diffère en fonction de la nature du service de prévention : dans les SIPP, le médecin du travail est nécessairement titulaire d'un contrat de travail ; dans les SEPP, la relation contractuelle peut se traduire par un contrat de travail ou un contrat d'entreprise (médecine libérale).

45. Nomination du médecin du travail. La nomination du médecin du travail suppose l'accord préalable du comité pour la prévention et la protection au travail (à défaut de l'administration de l'hygiène et de la médecine du travail) ainsi que l'accord, sollicité par le conseil d'administration du service de prévention, du conseil paritaire de ce même service.

46. Exécution du contrat. Dans l'exercice de ses fonctions, le médecin du travail est protégé et encadré : protégé car il bénéficie du principe d'indépendance tant vis-à-vis de l'employeur que des salariés⁶¹ ; limité en ce qu'il est tenu au secret professionnel, tant pour les données propres à la santé des travailleurs qu'en matière d'informations relatives à l'activité de l'entreprise⁶². Le secret professionnel n'empêche pas le médecin du travail de

⁵⁹ *Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Arbeitssicherheitsgesetz)*, art 3.

⁶⁰ Arrêté royal du 27 mars 1998 relatif aux services externes pour la prévention et la protection du travail.

⁶¹ L. du 4 août 1996.

⁶² Règlement général pour la protection du travail (RGPT), art 148 septièmes.

partager avec le personnel de l'équipe médicale des informations relatives à la santé des travailleurs dans la mesure où il est lui-même tenu à cette obligation⁶³.

47. Rupture du contrat. La rupture du contrat du médecin du travail, qu'il soit de travail ou d'entreprise, fait l'objet d'un encadrement législatif avancé impliquant une notification préalable écrite et l'avis de plusieurs organes compétents en matière de santé au travail. Si l'employeur maintient sa volonté de rompre le contrat du médecin du travail, une voie de conciliation est mise en place, suppléée par un recours contentieux en cas d'échec. Lorsque l'employeur ne respecte l'interdiction de licenciement prise par l'organe de conciliation ou le juge, une indemnité est octroyée au médecin du travail⁶⁴.

C. Espagne

48. Sources. La directive 89/391/CEE du 12 juin 1989 a été transposée en droit espagnol par la loi 31/1995 relative à la prévention des risques professionnels, elle-même précisée par voie décrétole : l'employeur doit mettre en place un service interdisciplinaire de prévention comprenant un médecin du travail chargé de surveiller et contrôler la santé des travailleurs⁶⁵.

49. Service de prévention et pluridisciplinarité. En fonction du nombre de salariés concernés, l'employeur doit mettre en place un service de prévention interne ou recourir à un service de prévention externe. L'Espagne a, comme la France, abandonné la terminologie de service « médical » d'entreprise afin de consacrer la mise en place d'équipes pluridisciplinaires de santé au travail. Ces équipes, composées de médecins du travail, infirmiers, ergonomes ou encore psychosociologues, doivent désormais être dirigées par des spécialistes des risques professionnels ou par les médecins du travail eux-mêmes. L'Espagne a donc fait le choix, contrairement à la France, d'une gestion professionnelle et non paritaire des services de santé au travail.

50. Formation. Le médecin du travail espagnol est spécialisé. Comme en Allemagne, deux diplômes ouvrent droit à l'exercice de cette profession : le diplôme de médecin d'entreprise ou celui de médecine du travail.

⁶³ Code de déontologie médicale belge., art 59.

⁶⁴ L. du 28 décembre 1997 garantissant la protection des médecins du travail.

⁶⁵ D. royal 39/1997 sur les services de prévention.

51. Contrat de travail. Quelle que soit la nature du service de prévention, le médecin du travail est toujours titulaire d'un contrat de travail, ce qui n'enlève rien au duo indépendance professionnelle et secret professionnel.

II. Les droits anglo-saxons

52. Les droits anglo-saxons s'illustrent globalement par leur laconisme en matière sociale. En Grande-Bretagne (A) comme aux Etats-Unis (B), la médecine du travail n'échappe pas à ce constat.

A. Grande-Bretagne

53. « *At will* ». Si une certaine prise de conscience est perceptible, la promotion de la santé au travail en Angleterre reste contingente et précaire⁶⁶. Dans la mesure où aucun texte n'impose la mise en place de la médecine du travail, celle-ci s'est forgée sur la base du volontariat patronal. La loi du 26 août 1992 relative à la gestion de la santé et de la sécurité au travail impose simplement une évaluation suffisante et adéquate des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs. L'intéressé doit ainsi veiller à procurer aux travailleurs une « surveillance médicale adéquate ». Sur la base de cette obligation générale, l'employeur dispose d'une liberté d'action.

54. Diversité des modes de prévention. La règle de droit étant pauvre, il convient de recenser la pratique des relations de travail. La médecine du travail connaît ainsi de multiples visages, qui diffèrent en fonction de la taille de l'entreprise. Dans les grandes entreprises, des services de santé au travail composés d'équipes médicales (médecins généralistes ou spécialistes, infirmières) sont fréquemment mis en place. Dans les moyennes entreprises, le recours aux services de santé au travail interentreprises voire à des centres hospitaliers est plus fréquent. Enfin, d'autres modes de prévention sont établis tels que le recours à des médecins généralistes ou simplement à des infirmières spécialisées en santé au travail. La pratique anglaise se traduit donc par une multiplicité d'offres de prévention et un libre choix de l'employeur qui, libéralisme oblige, peut facilement permuter d'un mode de prévention à un autre.

⁶⁶ L. Krietzman, *La promotion de la santé au travail en Angleterre : Safework Bookshelf*, International Labour Organization (ILO).

55. Nature du contrat. Par principe, le médecin est généraliste. Le droit français tend progressivement à se rapprocher de cette vision de la médecine du travail, plus par nécessité qu'envie. La nature de la relation contractuelle dépend directement du mode de prévention choisi par l'employeur : si ce dernier a opté pour un service de santé au travail autonome, le médecin bénéficiera d'un contrat de travail « à l'anglaise »; dans les autres situations, les relations de travail sont prévues aux termes d'un contrat de louage de services, l'exercice de la médecine étant alors libéral.

B. Etats-Unis d'Amérique

56. Action gouvernementale. La hausse progressive du nombre d'accidents du travail, principalement au cours des années 1960, a favorisé l'adoption, en 1970, de la loi sur la sécurité et la santé au travail, créant l'administration de la sécurité et de la santé au travail (OSHA). La mise en œuvre de cette législation est donc principalement le fruit de l'action gouvernementale, par le biais d'organisations fédérales.

57. Entreprise et réparation. Pour compléter cette politique fédérale, les services de sécurité et de santé au travail agissent au niveau de l'entreprise. La conception américaine de la santé au travail se « focalise » historiquement sur la réparation, au détriment de la prévention des risques⁶⁷, les services de santé au travail se concentrant ainsi sur le traitement des lésions physiques des salariés⁶⁸. Comme son cousin anglais, le droit américain offre une diversité des modes de prévention en fonction de la taille de l'entreprise : dans les grandes entreprises, ceux-ci relèvent essentiellement des services de sécurité et de santé au travail tandis que dans les entreprises de moindre taille, la santé des travailleurs est généralement assurée par des hôpitaux, établissements de soins ou cabinets de médecins⁶⁹.

⁶⁷ Sharon L. Morris, P. Orris, *Les services de santé au travail aux Etats-Unis : introduction : Safework Bookshelf*, International Labour Organization (ILO).

⁶⁸ P. Higgins, *Les services contractuels de santé au travail aux Etats-Unis : Safework Bookshelf*, International Labour Organization (ILO).

⁶⁹ *Ibid.*

III. Les droits de l'Est

A. Japon

58. Source. La loi sur la sécurité et l'hygiène du travail de 1972, épine dorsale de la législation japonaise en matière de santé au travail, précise qu'il incombe à l'employeur de mettre en place des services de sécurité et de santé au travail.

59. Pluridisciplinarité. La mise en place des services de sécurité et de santé au travail dépend fortement des moyens dont dispose l'entreprise. Dans les grandes entreprises, sont mises en place des équipes pluridisciplinaires comprenant des médecins du travail, des infirmiers et d'autres techniciens. Dans les petites entreprises, les équipes de santé au travail sont moins étoffées, moins structurées, et les médecins omnipraticiens⁷⁰.

B. Russie

60. Mutations. En raison de la chute de l'Union des républiques socialistes soviétiques (URSS), la protection de la santé des travailleurs en Russie est en pleine mutation : le passage d'une planification économique à l'économie de marché a ainsi un impact sur la législation du travail et plus particulièrement sur les services de santé au travail⁷¹. L'article 37 de la Constitution de la fédération de Russie, pierre angulaire de la santé au travail, dispose que chaque citoyen a le droit de travailler dans un environnement conforme aux exigences établies en matière de sécurité et de santé au travail.

Diversité des modes de prévention. Au niveau étatique, l'héritage du modèle soviétique se ressent puisque la prévention s'articule autour de l'Inspection fédérale du travail, chargée, sous la direction du ministère du Travail, 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, organe faisant partie de l'entreprise et jouissant d'une indépendance d'action.. Ses prérogatives, étendues, lui permettent d'évaluer les risques professionnels, recommander des mesures de sécurité, prévenir les accidents du travail ou encore mettre en œuvre les programmes de sécurité. Enfin, le bureau peut interrompre un processus de production s'il

⁷⁰ Ken Takahashi, *Les services de santé au travail au Japon : Safework Bookshelf*, International Labour Organization (ILO).

⁷¹ N. F. Izmerov, I. A. Fedotov, *La protection du travail dans la fédération de Russie : Droit et pratique : Safework Bookshelf*, International Labour Organization (ILO).

estime que celui-ci implique un danger pour la vie ou la santé des travailleurs. Au sein de ce bureau sont intégrées des unités médicales dont la taille et les moyens sont fonction de la taille de l'entreprise. Dans les très grandes entreprises, des services hospitaliers, ouverts⁷² ou fermés⁷³, développés sont mis en place. À noter que l'existence des services ouverts résulte d'un souci plus global de santé publique. Dans les grandes entreprises ou toute entreprise relevant d'un secteur d'activité particulier (pétrochimie, chimie, mines...), sont mises en place des unités médicales internes comprenant soit un médecin et une infirmière (pour les plus grosses structures) ou seulement une infirmière (pour les autres structures). Il est intéressant de noter que ces unités font en toute hypothèse partie du système de santé publique russe. Au dernier échelon de la gradation, les petites et moyennes entreprises ont généralement recours aux compétences des établissements publics de santé situés à proximité du lieu de résidence des travailleurs ainsi qu'aux services de santé au travail des grandes entreprises.

Conclusion

61. Des différences. L'analyse comparative nous permet de dégager les spécificités de la norme française. La plus importante porte sur le lien étroit entre qualité de la protection offerte aux travailleurs et taille de l'entreprise. Dans de multiples systèmes juridiques étrangers, la protection de la santé du travailleur est fonction de la taille et des moyens de l'entreprise (Grande-Bretagne, Japon, Russie...). En France, si la taille de l'entreprise a un impact sur la nature du service de santé au travail, elle n'a quasiment aucune conséquence sur les droits des travailleurs. Si la médecine du travail française est singulière, elle existe toutefois au-delà des frontières. Son particularisme résulte principalement de l'Histoire et illustre plus généralement le fait que le Droit social français est lui-même unique.

62. Des similitudes. Au-delà des différences, plusieurs traits communs se dégagent : la mise en place d'équipes pluridisciplinaires de santé au travail⁷⁴ (Japon, Espagne), l'existence d'une médecine spécialisée aux relations de travail (Espagne, Allemagne) ou encore l'indépendance du médecin du travail (Espagne, Allemagne). Néanmoins, ces similitudes apparaissent essentiellement à l'aune du droit continental, les

⁷² Ils sont exclusivement accessibles aux salariés de l'entreprise.

⁷³ Ils sont accessibles aux travailleurs, aux familles des travailleurs, voire aux personnes habitant à proximité de l'entreprise.

⁷⁴ Cette tendance apparaît comme particulièrement vive dans les pays européens, cela résultant principalement du respect de la directive du 12 juin 1989 requérant la mise en place d'équipes pluridisciplinaires.

droits libéraux étant par nature moins protecteurs des acteurs de la santé au travail⁷⁵ et des travailleurs.

Section 2 - Le service de santé au travail, cadre d'action du médecin du travail

63. Une nécessaire concision. Le droit des services de santé au travail faisant l'objet d'une réglementation étoffée, nous en présenterons les traits saillants afin de comprendre le contexte dans lequel s'inscrit le médecin du travail, tout particulièrement au regard de la réforme du 20 juillet 2011.

64. Champ d'application. En France, la médecine du travail est confiée à des services de santé au travail interentreprises ou autonomes⁷⁶. La loi envisage leur mise en place pour les employeurs de droit privé⁷⁷, les établissements publics à caractère industriel et commercial (EPIC)⁷⁸, les établissements publics administratifs (EPA) employant du personnel dans les conditions du droit privé⁷⁹, ainsi que certains⁸⁰ établissements de santé, sociaux et médico-sociaux⁸¹. En toute hypothèse, cette mise en place est à la charge de l'employeur⁸². Pour offrir une définition complète de ces services, il convient d'analyser leurs missions (Sous-section 1) avant d'envisager leur organisation (Sous-section 2).

Sous-section 1 - Missions du service de santé au travail

65. Précisions légales. Auparavant, la loi offrait seulement une définition de la mission du médecin du travail. Cette lacune traduisait la centralité de ce dernier dans le service de santé au travail, au point qu'il y ait pu y avoir une confusion entre ces deux acteurs. Désormais, le Droit, par l'intermédiaire de la loi du 20 juillet 2011, distingue clairement les

⁷⁵ V. notamment le recours fréquent à des médecins libéraux et non spécialisés en Grande-Bretagne.

⁷⁶ Les services de santé au travail interentreprises sont des services communs à plusieurs entreprises tandis que les services de santé au travail autonomes sont propres à une entreprise, un groupe voire à une unité économique et sociale (UES).

⁷⁷ C. trav., art. L. 4621-1. al 1.

⁷⁸ C. trav., art. L. 4621-1. al 2., C. trav., art. L. 4111-1. 1°.

⁷⁹ C. trav., art. L. 4621-1. al 2., C. trav., art. L. 4111-1. 2°.

⁸⁰ Sont notamment visés par l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière les établissements publics de santé, les hospices publics ou encore le centre d'accueil et de soin hospitaliers de Nanterre.

⁸¹ C. trav., art. L. 4621-1. al 2., C. trav., art. L. 4111-1. 3°.

⁸² C. trav., art. L. 4622-1.

deux institutions en offrant une définition des services de santé au travail⁸³. Quatre missions complémentaires apparaissent : l'action (§1), le conseil (§2), la surveillance (§3) et la traçabilité (§4). Nous verrons que ces quatre piliers sont très proches des prérogatives du médecin du travail⁸⁴.

66. Politique de santé publique. L'action des services de santé au travail doit s'inscrire dans le cadre d'une coordination avec plusieurs acteurs publics. Cette ambition se matérialise par la conclusion, dans le respect des quatre missions susmentionnées, de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (COM), d'une durée maximale de cinq ans⁸⁵, avec le directeur régional du travail et les organismes de prévention des caisses de sécurité sociale (CARSAT)⁸⁶. Cette coordination, créée par la loi du 20 juillet 2011, a pour objectif d'intégrer la médecine du travail aux politiques de santé publique.

§1 : L'action

67. Prévention, conduite et santé mentale. Les services de santé au travail conduisent les actions de santé au travail dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs⁸⁷. Trois observations s'imposent. D'une part, la loi use du terme « conduire » et non « réaliser ». Ce choix étymologique explicite clairement les rapports entretenus entre le service de santé au travail et le médecin du travail : une confusion entre les deux est à proscrire. D'autre part, il est rappelé que la médecine du travail est préventive, ce qui est confirmé lors de l'énoncé des missions du médecin du travail⁸⁸. Enfin et surtout, la prévention porte sur la santé physique mais aussi mentale des travailleurs. En effet, l'économie française est passée d'un modèle industriel à une économie de services. La médecine du travail s'adapte progressivement à ces mutations afin d'être moins focalisée sur les théories « hygiénistes » : l'enjeu est de passer d'une approche individuelle⁸⁹ à une approche collective⁹⁰, cette dernière

⁸³ L. n°2011-867 du 20 juillet 2011., art 12.

⁸⁴ M. Babin, *La réforme de la médecine du travail : quels changements pour l'entreprise ?* : JCP S n°39, 27 septembre 2011, p. 19.

⁸⁵ C. trav., art. D. 4622-47.

⁸⁶ C. trav., art. L 4622-10 ; C. trav., art. D 4622-44.

⁸⁷ C. trav., art. L. 4622-2. 1°.

⁸⁸ C. trav., art. R. 4624-1.

⁸⁹ L'approche individuelle vise la surveillance médicale des salariés.

⁹⁰ L'approche collective vise l'action en milieu de travail.

étant encore trop laissée de côté⁹¹. Nous analyserons ultérieurement les outils offerts au médecin du travail pour faire face à ces nouveaux défis⁹².

§2 : Le conseil

68. Cinq. Les services de santé au travail conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires dans cinq domaines répartis en deux branches. *Primo*, une branche générale : l'amélioration des conditions de travail. *Secundo*, des branches *ad hoc* : diminution des risques professionnels, prévention de la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, prévention et réduction de la pénibilité au travail et de la désinsertion professionnelle ainsi que la contribution au maintien dans l'emploi des travailleurs⁹³.

§3 : La surveillance

69. Surveillance médicale. Les services de santé au travail assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge⁹⁴. Cette mission de surveillance fait écho aux missions du médecin du travail, qui doit réaliser la surveillance médicale des salariés par l'intermédiaire de visites, documents et vaccinations médicales⁹⁵.

§4 : La traçabilité

70. Santé publique. Les services de santé au travail contribuent enfin à la traçabilité des expositions professionnelles ainsi qu'à la veille sanitaire⁹⁶. La traçabilité s'opère *via* le dossier médical en santé au travail institué par la loi du 9 novembre 2010 relative à la réforme des retraites⁹⁷. La veille sanitaire tend quant à elle à inscrire l'action de services de santé au travail dans le cadre des politiques de santé publique⁹⁸⁹⁹.

⁹¹ S. Fantoni-Quinton, G. Leclercq., P-Y. Verkindt, P. Frimat, *Un avenir pour la santé au travail sans « aptitude périodique » est possible...* : JCP S n°48, 29 novembre 2011.

⁹² V. par. n°598 et s.

⁹³ C. trav., art. L. 4622-2. 2°.

⁹⁴ C. trav., art. L. 4622-2. 3°.

⁹⁵ V. par. n°300 et s.

⁹⁶ C. trav., art. L. 4622-2. 4°.

⁹⁷ V. C. trav., art. L. 4624-2.

⁹⁸ M. Babin, *La réforme de la médecine du travail : quels changements pour l'entreprise ?* : JCP S n°39, 27 septembre 2011, p. 20.

⁹⁹ V. par. n°70.

Sous-section 2 - Organisation du service de santé au travail

71. L'employeur. L'organisation du service de santé au travail incombe à l'employeur¹⁰⁰. Il doit déterminer la forme du service de santé au travail (§1) pour ensuite envisager sa gestion (§2).

§1 : Forme du service de santé au travail

72. L'employeur est face à une alternative: soit il met en place un service de santé au travail autonome, soit il adhère à un service de santé au travail interentreprises¹⁰¹ (I). La réforme du 20 juillet 2011 a rénové cette distinction de façon substantielle. Ce choix, qui n'est pas totalement libre, a des conséquences sur la composition du service de santé au travail (II).

I. Le choix du service

73. La réforme du 20 juillet 2011 favorise la liberté de choix en faveur de l'employeur (A), ce qui engendre certaines difficultés (B).

A. La mise en avant du choix

74. Hier : double seuil. Auparavant, la distinction entre les deux formes de services reposait sur un double seuil d'où résultaient trois possibilités. *Primo*, la mise en place obligatoire d'un service de santé au travail autonome au-delà de 2200 salariés ou de 2134 examens médicaux par an. *Secundo*, une adhésion obligatoire à un service de santé au travail interentreprises en deçà de 412 salariés ou 400 examens médicaux par an. *Tertio*, un libre choix lorsque l'entreprise se situait entre ces deux seuils.

75. Aujourd'hui : seuil unique. À compter du 1^{er} juillet 2012, le choix s'éclaircit : l'adhésion à un service de santé au travail interentreprises est obligatoire lorsque l'effectif de l'entreprise est inférieur à 500 salariés et l'employeur dispose d'un libre choix entre les deux formes de services au dessus de ce seuil¹⁰².

¹⁰⁰ C. trav., art. L. 4622-1.

¹⁰¹ C. trav., art. D. 4622-1.

¹⁰² C. trav., art. D. 4622-6; C. trav., art. D. 4622-10 ; C. trav., art. D. 4622-13.

76. Un nouveau venu : le groupe. Initialement, le service de santé au travail autonome pouvait être d'entreprise (ou d'établissement), interétablissements ou encore d'unité économique et sociale (UES). Désormais, en sus de ces hypothèses, un service de santé au travail de groupe peut être créé par voie d'accord entre tout ou partie des entreprises du groupe¹⁰³.

B. Les effets pervers du choix

77. Un choix cornélien. Lorsque l'employeur a le choix entre les deux formes de services de santé au travail prévues par la loi, la décision relève de sa seule autorité après consultation du comité d'entreprise¹⁰⁴. En cas d'opposition de ce dernier, nécessairement motivée, l'employeur saisit le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, qui se prononce sur la forme du service, après avis du médecin inspecteur du travail¹⁰⁵. Le choix par l'employeur de la forme du service est réputé approuvé par l'autorité administrative si aucune opposition ne lui a été notifiée dans le délai d'un mois à compter de la réception du document de saisine¹⁰⁶.

78. Grandes entreprises. Si la simplification du choix du service de santé au travail est louable, une question épineuse surgit pour certains auteurs : l'abandon de l'obligation d'instaurer un service de santé au travail autonome dans les grandes entreprises puisqu'elles pourraient être incitées à minimiser leurs efforts en matière de santé au travail¹⁰⁷. Cette difficulté doit être relativisée car comme nous l'avons précisé ci-dessus, le comité d'entreprise a la faculté de s'opposer à la décision de l'employeur, ce dernier devant alors saisir l'autorité administrative compétente qui décidera¹⁰⁸.

II. La composition du service

79. De l'unité au diptyque. Jusqu'à présent, le service de santé au travail était, *de jure*, assuré par un (ou plusieurs) médecins du travail. Désormais, la composition du service de santé au travail diffère en fonction de sa nature : lorsqu'il est interentreprises, une

¹⁰³ C. trav., art. D. 4622-5.

¹⁰⁴ C. trav., art. D. 4622-2.

¹⁰⁵ C. trav., art. D. 4622-2, C. trav., art. D. 4622-3.

¹⁰⁶ C. trav., art. R. 4622-4.

¹⁰⁷ M. Véricel, *Les décrets du 30 janvier 2012 relatifs aux services de santé au travail* : RDT 2012.

¹⁰⁸ V. par. n°77.

équipe pluridisciplinaire de santé au travail est mise en place (A), lorsqu'il est autonome, le médecin du travail exerce les missions du service de santé au travail (B).

A. Service de santé au travail interentreprises

80. Consécration de la pluridisciplinarité. L'un des objectifs de la réforme du 20 juillet 2011 est de contribuer à la transformation de la médecine du travail afin qu'elle passe d'une politique de santé au travail mono-disciplinaire (réalisée par le médecin du travail) à une vision pluridisciplinaire. Cette ambition, qui n'est consacrée que pour les services de santé au travail interentreprises, va en réalité s'appliquer quasi-totalement : au nombre de 284, les services de santé au travail interentreprises suivent près de 95% des effectifs de travailleurs surveillés, soit 15, 1 millions de salariés au 1^{er} janvier 2009¹⁰⁹.

81. Notion de pluridisciplinarité. La pluridisciplinarité des services de santé au travail interentreprises est désormais consacrée¹¹⁰. Elle consiste en la mise en place, autour du médecin du travail, d'une équipe de professionnels médicaux ou paramédicaux ayant des compétences en matière de santé au travail. Ces compétences peuvent aussi bien porter sur l'ergonomie, la psychologie du travail, l'assistance sociale ou certaines spécialités (bruit, rayonnements ionisants...).

82. Prises de conscience. Pourquoi la pluridisciplinarité apparaît-elle comme cardinale ? Deux idées-force nous éclairent. *Stricto sensu*, il s'agit d'adapter la médecine du travail à l'évolution du travail lui-même : la tertiarisation de l'économie a indubitablement réduit certains risques¹¹¹ et modifiés certains¹¹². Surtout, l'internationalisation des échanges économiques, qui a pour corolaire le libéralisme économique¹¹³, implique une marchandisation des travailleurs, bercés de la rive de la rentabilité à celle du marché et de ses vicissitudes. De ce mouvement naît notamment des techniques de gestion du personnel plus

¹⁰⁹ *Conditions de travail, Bilan 2010*, Conseil d'orientation sur les conditions de travail, Ministère du Travail, de l'emploi et de la Santé, DGT.

¹¹⁰ La quatrième partie du Code du travail relative à la santé et à la sécurité au travail comporte désormais un chapitre intitulé « *Actions et moyens des membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail* ».

¹¹¹ Nous pensons ici aux risques physiques. Certes, il est des professions pour lesquelles un suivi rigoureux de l'état de santé physique des travailleurs est évident. Néanmoins, à l'aune de l'ensemble des travailleurs soumis à la médecine du travail, les risques physiques ne sont plus seuls.

¹¹² L'exemple le plus frappant est le développement exponentiel des troubles musculo-squelettiques (TMS).

¹¹³ Il ne faut pas entendre la notion de libéralisme économique dans un sens péjoratif. Sur cette question, nous renvoyons à la théorie libérale classique telle qu'envisagée par Adam Smith à travers la notion de « main invisible ».

communément rassemblées sous le vocable « *management* » dont les dérives conduisent à l'émergence de risques psycho-sociaux (dépressions, suicides, névroses traumatiques). Si ces risques ne sont pas nouveaux, leurs conséquences n'ont été que récemment mises en lumière. Pour les contrer, la seule compétence du médecin du travail est insuffisante voire stérile. Une approche globale et pluridisciplinaire est inéluctable¹¹⁴. *Lato sensu*, les pays développés prennent conscience du fait que des politiques globales constituent l'outil le plus efficace afin de résorber un mal social. Au-delà de la santé au travail, de plus en plus de politiques sociales européennes, relayées par les Etats membres de l'Union européenne, offrent un cadre global d'action se caractérisant par une pluralité d'acteurs et d'outils. Tel est le cas de la stratégie européenne pour l'emploi (SEE) en matière d'emploi des *seniors*.

De cette double prise de conscience naît une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers. Cette équipe peut être complétée par des assistants de services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis du médecin du travail¹¹⁵. Si ce dernier fera l'objet de toute notre attention, une présentation de ses collaborateurs s'impose.

83. Le collaborateur médecin. Le service de santé au travail ou l'employeur peut recruter des collaborateurs médecins. Ces médecins s'engagent à suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail auprès de l'ordre des médecins. Ils sont encadrés par un médecin qualifié en médecine du travail qu'ils assistent dans ses missions¹¹⁶. Nous verrons ultérieurement en quoi ce « nouvel » acteur ne constitue que le prolongement de réformes antérieures¹¹⁷.

84. *Juventa* : l'interne en médecine du travail. Les services de santé au travail peuvent désormais être agréés, dans les conditions prévues par l'article L. 632-5 du Code de l'éducation, comme organismes extrahospitaliers accueillant en stage les internes inscrits au diplôme d'études spécialisées de médecine du travail ou les étudiants inscrits en deuxième cycle des études médicales¹¹⁸. Sous réserve du respect de certaines conditions¹¹⁹, cet interne peut remplacer un médecin du travail temporairement absent¹²⁰.

¹¹⁴ V. par. n°598.

¹¹⁵ C. trav., art. L. 4622-8.

¹¹⁶ C. trav., art. R. 4623-25.

¹¹⁷ V. par. n°118.

¹¹⁸ C. trav., art. R. 4623-46.

¹¹⁹ C. trav., art. R. 4623-28.

¹²⁰ V. par. n°125 et s.

85. Le personnel infirmier. L'infirmier est présent dans tout type de service de santé au travail. Il y assure ses missions en coopération avec le médecin du travail¹²¹. Dans les services de santé au travail interentreprises, l'infirmier lui apporte en outre son concours lors d'interventions dans une entreprise¹²².

86. L'intervenant en prévention des risques professionnels. L'intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP) est un acteur ayant des compétences techniques ou organisationnelles en matière de santé et de sécurité au travail¹²³. L'intéressé participe, dans un objectif exclusif de prévention, à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail. Dans ce cadre, il assure des missions de diagnostic, de conseil, d'accompagnement et d'appui, et communique les résultats de ses études au médecin du travail¹²⁴. Assurant ses missions dans des conditions garantissant son indépendance, il ne peut subir de discrimination en raison de ses activités de prévention¹²⁵.

87. Assistant de service de santé au travail. Dernier acteur du service de santé au travail interentreprises, l'assistant de service de santé au travail exerce trois missions principales. *Primo*, il apporte une assistance administrative au médecin du travail ainsi qu'aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire dans leur activité. *Secundo*, il participe à l'organisation, à l'administration des projets de prévention et à la promotion de la santé au travail et des actions du service dans les entreprises concernées. *Tertio*, il contribue à repérer les dangers et à identifier les besoins en santé au travail, notamment dans les entreprises de moins de vingt salariés¹²⁶.

B. Service de santé au travail autonome

88. Le médecin du travail n'est pas seul. Si le service de santé au travail autonome ne contient pas, en principe¹²⁷, d'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, le

¹²¹ C. trav., art. R. 4623-34. al 1.

¹²² C. trav., art. R. 4623-34. al 2.

¹²³ C. trav., art. R. 4623-37. al 1.

¹²⁴ C. trav., art. R. 4623-38.

¹²⁵ C. trav., art. R. 4623-37.

¹²⁶ C. trav., art. R. 4623-40.

¹²⁷ En dépit du fait que la loi ne prévoit la mise en place d'équipes pluridisciplinaires de santé au travail que pour les services de santé au travail interentreprises, rien n'empêche l'employeur, de façon volontaire, d'intégrer de telles équipes au sein de services de santé au travail autonomes. Selon nous, une telle décision suppose qu'un

médecin du travail n'en est pas pour autant seul: Il est assisté dans ses missions par le personnel infirmier ainsi que par l'intervenant en prévention des risques professionnels. Au surplus, il mène ses actions en coordination avec l'employeur, le CHSCT (ou à défaut les délégués du personnel) et les salariés compétents en matière de santé au travail (ou les intervenants en prévention des risques professionnels)¹²⁸.

§2 : Formalités et gestion du service

89. La création et le fonctionnement d'un service de santé au travail suppose le respect d'un certain formalisme (I), formalisme qui s'exprime aussi dans sa gestion quotidienne (II).

I. Formalités

90. Création ou renouvellement du service. La création d'un service de santé au travail est soumise à un agrément de l'administration donné pour une période de cinq années par le directeur régional du travail après avis du médecin inspecteur du travail¹²⁹. Le silence gardé pendant plus de quatre mois par l'administration sur une demande ou un renouvellement d'agrément vaut acceptation¹³⁰. Cet agrément ne peut être refusé que pour des motifs tirés de la non-conformité aux prescriptions des règles relatives aux services de santé au travail¹³¹. Partant, le refus d'agrément doit être motivé¹³². Au-delà de l'agrément administratif, lorsque l'employeur opte pour un service de santé au travail interentreprises, il doit consulter le comité d'entreprise sur le choix du service¹³³.

II. Gestion

91. La gestion du service de santé au travail varie en fonction du fait qu'il soit autonome (A) ou interentreprises (B).

accord entre le service de santé au travail et l'intéressé, outre une information et une consultation des instances représentatives du personnel, soit réalisé.

¹²⁸ C. trav., art. L. 4622-4.

¹²⁹ C. trav., art. D. 4622-48.

¹³⁰ C. trav., art. D. 4622-52.

¹³¹ C. trav., art. D. 4622-49. al 1

¹³² C. trav., art. D. 4622-49. al 2.

¹³³ C. trav., art. R. 4622-17.

A. Service de santé au travail autonome

92. Administration patronale, surveillance salariale. Le service de santé au travail autonome est administré par l'employeur sous la surveillance du comité d'entreprise ou, le cas échéant, du comité d'établissement ou du comité central d'entreprise¹³⁴. Ce dernier est en outre consulté sur les questions relatives à l'organisation et au fonctionnement du service¹³⁵.

B. Service de santé au travail interentreprises

93. Administration quasi-patronale. Le service de santé au travail interentreprises est constitué sous la forme d'un organisme à but non lucratif doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière¹³⁶. Il est administré paritairement par un conseil d'administration composé de représentants des employeurs désignés par les entreprises adhérentes et de représentants des salariés des entreprises adhérentes, désignés par les organisations syndicales représentatives au niveau national et interprofessionnel¹³⁷.

Le président du conseil d'administration est élu parmi les représentants des employeurs et en cas de partage des voix dispose d'une voix prépondérante¹³⁸. Le trésorier est quant à lui élu parmi les représentants des salariés¹³⁹.

94. Surveillance salariale. L'organisation et la gestion du service de santé au travail sont placées sous la surveillance soit d'un comité interentreprises constitué par les comités d'entreprise intéressés soit d'une commission de contrôle composée pour un tiers de représentants des employeurs et pour deux tiers de représentants des salariés. Le président de cette commission est élu parmi les représentants des salariés¹⁴⁰.

¹³⁴ C. trav., art. D. 4622-6 ; C. trav., art. D. 4622-9.

¹³⁵ C. trav., art. D. 4622-6.

¹³⁶ C. trav., art. D. 4622-15.

¹³⁷ C. trav., art. L. 4622-11. 1°, 2°.

¹³⁸ C. trav., art. L. 4622-11. al 3.

¹³⁹ C. trav., art. L. 4622-11. al 4.

¹⁴⁰ C. trav., art. L. 4622-12.

95. Un renard dans le poulailler ? La présidence patronale du service de santé au travail constitue la question la plus polémique de la réforme de 2011¹⁴¹. Bien que les auteurs de la proposition de loi aient prévu une présidence patronale couplée à une vice-présidence salariale, le Sénat a adopté un amendement envisageant une présidence tournante entre employeur et salarié. Lors de l'examen du texte, l'Assemblée Nationale a finalement opté pour une présidence patronale sur la base d'une triple justification : la présidence tournante engendrerait des difficultés de mise en œuvre ; l'employeur, qui finance la médecine du travail, doit la diriger ; il pèse sur ce dernier une obligation de sécurité de résultat. Sur le premier point, les promoteurs d'une présidence tournante avancent que celle-ci est déjà présente dans d'autres organismes tels que les conseils de prud'hommes¹⁴². Cet argument nous semble faible en ce que les services de santé au travail doivent mettre en place des politiques de santé au travail s'inscrivant dans le cadre de politiques de santé publique. Partant, une politique stable est indispensable.

Sur les deux autres points, le débat s'avère plus rude. Au-delà de logiques partisans, comment concevoir que la personne dont résulte les risques pour la santé des travailleurs soit la même qui préside l'institution chargée de réduire ces risques ?¹⁴³ La question est gênante. Ce sentiment doit toutefois être tempéré par deux éléments. *Primo*, les services de santé au travail sont désormais soumis au droit des sociétés en matière d'autorisation préalable par le conseil d'administration des conventions passées avec les personnes investies d'un pouvoir de décision dans l'entreprise. Ainsi, toute convention intervenant directement ou par personne interposée entre le service de santé au travail et son président, son directeur ou l'un de ses administrateurs, ou à laquelle une de ces personnes est indirectement intéressée, est soumise à l'autorisation préalable du conseil d'administration¹⁴⁴. Ce souci de transparence est néanmoins limité car les actions patronales ne feront pas nécessairement l'objet d'une convention. *Secundo*, l'organisation et la gestion du service de santé au travail sont placées sous une surveillance salariale¹⁴⁵. Il s'agit là d'un garde-fou essentiel à la possible emprise de l'employeur sur le service de santé au travail.

D'un point de vue pragmatique, qu'il nous soit permis de noter qu'en dépit du fait que la gouvernance du service de santé au travail constitue une question essentielle, les nombreuses

¹⁴¹ V. notamment, M. Véricel, *La loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail* : RDT décembre 2011 ; M. Véricel, *Les décrets du 30 janvier 2012 relatifs aux services de santé au travail* : RDT 2012.

¹⁴² M. Véricel, *La loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail* : RDT décembre 2011, p. 686.

¹⁴³ *Ibid.*

¹⁴⁴ C. trav., art. L. 4622-15.

¹⁴⁵ C. trav., art. L. 4622-12.

voix qui se sont élevées contre la réforme de la médecine du travail auraient pu saluer les avancées qu'elle comporte.

96. Par delà bien et mal. Au gré des choix politiques, qui supposent, par essence, d'établir des priorités, la réforme du 20 juillet 2011 oscille entre avancées et lacunes. Elle transforme pour partie le visage de la médecine du travail et de son principal serviteur en la personne du médecin du travail. Si son visage est transformé, son corps reste identique : l'intéressé dispose d'un statut particulier (Titre 1) intimement lié à ses missions (Titre 2). Cette *summa divisio* nous permettra de répondre aux enjeux du sujet : le statut conféré au médecin du travail lui permet-il d'accomplir ses missions de manière effective ? Dans quelle mesure l'action du médecin du travail favorise-t-elle la prévention de toute atteinte à la santé des travailleurs ?

TITRE 1 – LE STATUT DU MEDECIN DU TRAVAIL

97. Notion de « statut ». Le terme de « statut » doit être compris dans son acception la plus large, c'est-à-dire comme « l'ensemble des règles qui régissent la situation d'un groupe¹⁴⁶ ». La pratique révèle que ce terme est utilisé pour traiter des dispositions concernant la formation, l'embauche, l'exercice et la cessation des fonctions¹⁴⁷, en d'autres termes, du contrat de travail du médecin du travail (Chapitre 1). *Lato sensu*, le statut du médecin du travail englobe aussi l'épineuse question de sa responsabilité (Chapitre 2).

Chapitre 1 – Le contrat de travail

Prolégomènes – La médecine du travail, une institution de l'entreprise

98. La victoire du contrat de travail. Le médecin du travail est lié par un contrat de travail conclu avec l'employeur ou le président du service de santé au travail interentreprises¹⁴⁸. Ce statut contractuel, affirmé en 1946¹⁴⁹, a survécu aux vicissitudes des réformes législatives. Ainsi, la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail entérine, sans surprise, le principe selon lequel le médecin du travail exerce ses fonctions dans le cadre d'un contrat de travail.

99. Lien de subordination *versus* indépendance professionnelle. Loin d'être évident, le lien forgé entre contrat de travail et médecine du travail constitue une qualification artificielle¹⁵⁰. En effet, ces deux notions entrent directement en collision. D'une part, le médecin du travail dispose de l'indépendance professionnelle propre à tout médecin. D'autre part, critère par excellence du contrat de travail, le lien de subordination juridique implique l'exécution du travail sous l'autorité de l'employeur qui a le pouvoir de donner des directives, d'en contrôler l'exécution et de sanctionner les manquements du subordonné¹⁵¹.

100. Un service public ? Face à ce conflit théorique mais surtout pratique, le recours à la notion de service public a été envisagé. Dans un premier temps, l'élaboration de

¹⁴⁶ Y. Fromont, *Le statut des médecins du travail* : Dr. social n°7/8 – Juillet/août 1987 p. 584.

¹⁴⁷ J-C. Javillier, *Le statut des médecins du travail* : Dr. social n°4 – Avril 1980 p. 45.

¹⁴⁸ C. trav., art. R. 4623-4.

¹⁴⁹ L. n°46-2195 du 11 octobre 1946.

¹⁵⁰ Y. Fromont, *Le statut des médecins du travail* : Dr. social n°7/8 – Juillet/août 1987.

¹⁵¹ Cass. soc. 13 novembre 1996 n°94-13.187. Bull. Civ. V n° 386 p. 275.

la loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail conduisit à se poser la question de la mise en place d'un service public de médecine du travail. Le législateur fit preuve de pragmatisme en tenant notamment compte de la pratique des entreprises, qui avaient déjà spontanément mis en place des « services médicaux d'entreprise¹⁵² ». En dépit du fait que la gestion par l'entreprise a rapidement pris l'ascendant, il n'en demeure pas moins que le débat ressurgit de manière sporadique.

101. Dès 1980, la doctrine envisageait la nécessaire reconnaissance d'un service public de médecine du travail¹⁵³. Face à ces débats, la jurisprudence ne manquait pas de rappeler les termes de la loi : les services de santé au travail sont des institutions de droit privé qui rendent des services à leurs adhérents mais n'exercent pas de mission de service public¹⁵⁴. La question eu plus de résonance, en 2006, lors de la parution du rapport sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante, qui préconisait la refonte totale de la médecine du travail en un service public¹⁵⁵. Pour preuve, le Ministre délégué à l'emploi estimait, quelques mois plus tard, « qu'un tel bouleversement n'apparait pas souhaitable¹⁵⁶ », tout comme Hervé Gosselin, conseiller à la chambre sociale de la Cour de cassation¹⁵⁷. Bien que les acteurs de la santé au travail se focalisent désormais sur la mise en œuvre de la loi du 20 juillet 2011¹⁵⁸, le sujet reste au centre des préoccupations politiques¹⁵⁹.

102. L'existence d'un service public de la médecine du travail est-elle possible ? Un service public suppose la réunion de trois critères cumulatifs. *Primo*, l'activité concernée doit être prise en charge par une personne publique (critère organique). Néanmoins, la jurisprudence a progressivement admis qu'un service public puisse être géré par une personne privée¹⁶⁰, en l'occurrence l'employeur ou le service de santé au travail interentreprises.

¹⁵² J. Pélissier, *La médecine du travail : œuvre sociale* : Dr. social 1980 n°4 p. 23.

¹⁵³ Voir le numéro spécial de la revue *Droit social* d'avril 1980 intitulé « *La médecine du travail et le Droit* ».

¹⁵⁴ T. Conflits 24 février 1992, n° 2686.

¹⁵⁵ *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.

¹⁵⁶ G. Larcher, Discours du Ministre délégué à l'emploi au Congrès annuel de la médecine du travail du 24 octobre 2006.

¹⁵⁷ H. Gosselin, *Aptitude et inaptitude : les pistes d'une réforme* : SSL, n°1299, 19 mars 2007.

¹⁵⁸ À titre illustratif, voir « *L'univers de la santé au travail va changer de visage, entretien avec Jean-François Nathon* », conseiller confédéral en charge de la santé et du travail de la CGT, SSL n°1511, 31 octobre 2011.

¹⁵⁹ J-L. Mélenchon (Front de Gauche) envisage « le réinvestissement massif de l'Etat dans la médecine du travail », Discours de Villeurbanne, 7 février 2012.

¹⁶⁰ CE, Ass, 31 juillet 1942 *Monpeurt* ; CE 2 avril 1943, *Bouguen*.

Secundo, dans l'hypothèse où l'activité concernée est gérée par une personne privée, cette dernière doit jouir de prérogatives de puissance publique¹⁶¹. Au cas particulier, il suffit de préciser que le médecin du travail a la possibilité d'imposer divers contrôles et vérifications médicales aux usagers du service de santé au travail¹⁶² pour comprendre qu'une telle condition est remplie.

Tertio, l'activité en question doit poursuivre un but d'intérêt général. Bien qu'élément essentiel et premier de la notion de service public, ce critère est le plus difficile à caractériser car subjectif : il est la conséquence de l'intention des pouvoirs publics¹⁶³. Au regard de la jurisprudence administrative, qui offre une appréciation large de la notion¹⁶⁴, il est aisé d'établir un lien solide entre intérêt général et protection de la santé des travailleurs.

103. Si un service public de médecine du travail est envisageable, encore faut-il qu'un tel mode de gestion soit avantageux. L'argument majeur, régulièrement invoqué par ses promoteurs, est que l'indépendance des médecins du travail serait totale et effective. Au regard des actions menées par le patronat afin d'avoir la mainmise sur les services de santé au travail¹⁶⁵, l'argument ne semble, à première vue, pas infondé. Néanmoins, une analyse plus poussée de ce postulat permet d'émettre une réserve de taille : l'indépendance du médecin du travail n'est pas exclusivement liée à son statut. Le fait que ce professionnel devienne fonctionnaire ne lui offrira pas nécessairement un surcroît d'indépendance¹⁶⁶. De l'autre côté, les inconvénients d'un service public de médecine du travail sont substantiels. Sur le plan social, ce bouleversement risquerait d'éroder la capacité du médecin du travail à convaincre l'employeur¹⁶⁷ ainsi qu'à agir, par sa connaissance de l'entreprise, en faveur de la santé des salariés¹⁶⁸ (en vertu d'un principe de proximité). Sur le plan économique, cette réforme irait à l'encontre des engagements de la France en matière de réduction des déficits publics puisqu'elle induirait un accroissement des dépenses publiques.

¹⁶¹ CE 28 juin 1963 *Narcy*.

¹⁶² P. Cabanes, *Perspectives* : Dr. social n° 4 Avril 1980, p. 34.

¹⁶³ D. Truchet, *Les fonctions de la notion d'intérêt général dans la jurisprudence du Conseil d'Etat*, LGDJ, BDP, t. 125, 1977.

¹⁶⁴ A titre illustratif, le Conseil d'Etat a admis la qualification de service public local pour les activités d'un théâtre municipal (CE 21 janvier 1944 *Léoni*).

¹⁶⁵ P. Marichalar, *La médecine du travail sans les médecins. Une action patronale de longue haleine* (1971-2010): *Politix* 2010. 27.

¹⁶⁶ H. Gosselin, *Aptitude et inaptitude : les pistes d'une réforme* : SSL, n°1299, 19 mars 2007.

¹⁶⁷ *Ibid.*

¹⁶⁸ JOAN, 3 avril 2007, p. 3371.

104. Loin d'être de simples querelles de clocher, ces interrogations ont un impact majeur sur le statut, et donc l'action, des médecins du travail. Si le lien entre contrat de travail et médecine du travail semble solide au plan juridique, il l'est aussi au regard de la conjoncture économique et sociale de notre société (l'indépendance financière d'une Nation, galvaudée par une dette publique exponentielle, est tout aussi fondamentale). Il ne faut pas omettre le fait que le sujet est éminemment politique : la médecine libérale, historiquement protégée dans notre pays, ne souhaite pas voir se développer une quelconque forme de médecine sociale. En tout état de cause, la médecine du travail demeure une « institution grise », aux frontières de l'intérêt général et des intérêts particuliers. De ce fait, le choix d'une médecine de droit privé doit être compensé par une protection accrue du médecin du travail, de la naissance à la cessation de sa relation contractuelle avec l'employeur.

105. La relation contractuelle possède trois temps, à savoir la formation (section 1), l'exécution (section 2) et la rupture (section 3), auxquels le contrat de travail du médecin du travail n'échappe pas. Néanmoins, l'appréciation du contenu de chacune de ces phases permet de comprendre que le contrat de travail du médecin du travail s'éloigne du contrat de travail de droit commun.

Section 1– La formation du contrat de travail

106. Le médecin du travail acquiert cette qualité dès lors qu'il respecte certaines conditions (Sous-section 1). Dans ce cas, un employeur ou service de santé au travail interentreprises a la faculté de recruter ce professionnel (Sous-section 2).

Sous-section 1 - Conditions d'exercice de la profession

107. Si les conditions d'exercice de la médecine du travail concernent essentiellement le respect des voies d'accès à la profession (§1), il ne faut pas omettre l'existence d'incompatibilités entre l'exercice de la médecine du travail et d'autres activités professionnelles (§2).

§1 : L'accès à la profession

108. L'accès à la profession de médecin du travail est ouvert. Il existe deux voies d'accès : bien que la voie royale constitue, pour l'instant, le diplôme en médecine du travail

(I), le législateur a envisagé des voies d'accès supplémentaires (II), dans le but de palier la pénurie croissante de médecins du travail.

I. La voie diplômante

109. La médecine étant un art qui se pratique sur le corps, sa pratique doit être réservée à des personnes dont le savoir est officiellement reconnu¹⁶⁹. La médecine du travail n'échappe pas à cette règle d'or : agissant dans l'ordre médical, social et économique, le médecin du travail se doit d'être compétent, compétence résultant notamment de sa formation¹⁷⁰. Avant tout chose, le médecin du travail doit être autorisé à exercer en France et être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins¹⁷¹.

110. Les décrets d'application de la loi du 20 juillet 2011 ne font pas référence aux diplômes requis mais au fait que le médecin doit « être qualifié en médecine du travail »¹⁷². Cette formulation, volontairement générale, constitue l'une des armes qu'a trouvées le pouvoir réglementaire pour endiguer la pénurie de professionnels. Il sera intéressant de voir la manière dont cette formulation sera appréhendée par les praticiens de la santé au travail comme par le juge, le but étant d'éviter que n'importe qui gère un service de santé au travail. En toute hypothèse, ces termes englobent les diplômes de médecine du travail. Aujourd'hui, trois diplômes permettent d'accéder à la profession de médecin du travail.

111. Diplôme d'études spécialisées. Le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine du travail, ouvrant un accès de droit à la profession de médecin du travail, peut être obtenu de deux manières : soit dans le cadre du concours de droit commun via l'internat, soit dans le cadre d'un concours spécial ouvert aux médecins en exercice au sein de l'Union européenne. La formation en internat, qui s'effectue en quatre années, repose sur deux piliers¹⁷³. D'une part, un socle d'enseignements théoriques (d'une durée d'environ deux cent cinquante heures) comprenant des disciplines généralistes (telles que la compréhension du monde du travail ou le cadre légal de la médecine du travail) et des disciplines médicales (toxicologie, pathologies professionnelles, physiologie). D'autre part, un socle

¹⁶⁹ G. Mémeteau, *Cours de droit médical*, p. 127.

¹⁷⁰ B. Teyssié, *Prolegomènes sur la médecine du travail* : Dr. social 1987 p. 564.

¹⁷¹ C. santé, publ., art. L 4111-1.

¹⁷² D. n°2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail., art. 1. À titre de rappel, ce décret entrera en vigueur à partir du 1^{er} juillet 2012.

¹⁷³ Ann. W de l'arrêté du 22 septembre 2004, JO du 6 octobre 2004.

d'enseignements pratiques, constitué de stages au sein de services hospitaliers pour une durée de quatre semestres, dont au moins un dans un service extra-hospitalier. Sur dernier point, la loi du 20 juillet 2011 conduit à favoriser les stages en milieu extra hospitalier¹⁷⁴.

112. Certificat d'études spécialisées. Créé en 1949¹⁷⁵, le certificat d'études spécialisées (CES) fut rendu obligatoire à partir du 1^{er} janvier 1959¹⁷⁶. Aujourd'hui, ce diplôme relève de l'ancien régime des études médicales¹⁷⁷ mais permet toujours d'exercer la médecine du travail.

113. Diplôme de l'Institut national de médecine agricole (INMA). Dans le secteur agricole, tout médecin souhaitant exercer la médecine du travail doit être titulaire soit des diplômes de droit commun (DES et CES ou équivalent européen), soit du diplôme délivré par l'INMA¹⁷⁸. Ce diplôme, qui se déroule sur deux ans, fonctionne sur la base de trois modules : enseignements théoriques, stage en mutualité sociale agricole et rédaction d'un mémoire¹⁷⁹. Ce dernier, dont le sujet porte exclusivement sur la santé et la sécurité au travail en milieu agricole ou rural, permet notamment de mettre en exergue des enjeux sanitaires dépassant le champ initial de recherche¹⁸⁰.

114. Communication du diplôme. Le médecin du travail doit communiquer ses titres auprès de l'inspection médicale du travail compétente, dans le mois qui suit son entrée en fonction au sein d'un service de santé au travail¹⁸¹. Cette obligation concerne tant les personnes titulaires d'un diplôme en médecine du travail que les médecins passés par les voies alternatives d'accès à la profession.

II. Les voies alternatives

115. La pénurie de médecins du travail est un phénomène préoccupant dont la cause majeure est la baisse des vocations, accrue par le vieillissement des médecins du travail en activité. Face à ce phénomène, l'Etat entend, depuis quelques années, élargir sensiblement

¹⁷⁴ V. par. n°125 et s.

¹⁷⁵ Arr. du 29 mars 1949, JORF du 6 avril 1949 p. 3523.

¹⁷⁶ D. n°57-1175 du 17 octobre 1957., art. 1.

¹⁷⁷ <http://www.conseil-national.medecin.fr/>.

¹⁷⁸ C. rur., art. R. 717-50 al. 1.

¹⁷⁹ <http://www.inma.fr/>.

¹⁸⁰ À titre illustratif, voir le mémoire du Dr. A. De Jésus, « *La maladie du charbon : Zoonose d'actualité en milieu agricole* », 2010, évoquant l'usage possible de bactéries en matière de bioterrorisme.

¹⁸¹ C. trav., art. R. 4623-3.

l'accès à la profession. Cette ambition se traduit par deux mouvements : l'ouverture aux médecins non spécialisés en médecine du travail et l'intégration des internes au sein des services de santé au travail.

A. La qualification ordinale

1. De l'exercice de la médecine du travail...

116. Principe. Avant le décret du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail, les médecins titulaires d'un certificat d'études spéciales de santé publique ou de médecine du travail ainsi que les médecins pouvant justifier de compétences en médecine du travail ou en santé publique pouvaient solliciter leur inscription au tableau comme spécialiste en médecine du travail¹⁸². Le but était de favoriser l'accès à la profession en faisant preuve de pragmatisme : la formulation du texte, qui laissait une grande place à l'interprétation, tout comme aux instances ordinales, en constituaient des illustrations.

117. Conditions. Cette possibilité était doublement conditionnée. D'une part, devait être respectée une procédure d'autorisation ordinale : l'inscription au tableau supposait l'avis favorable de commissions particulières de qualification placées auprès du Conseil national de l'ordre des médecins¹⁸³. D'autre part, cette voie d'accès ne concernait que les médecins ayant obtenu leur doctorat en médecine avant l'entrée en vigueur de la loi du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques¹⁸⁴.

2. ... à l'assistance du médecin du travail

118. Un médecin collaborateur. Suite à la réforme de 2011, cette voie d'accès à la profession n'est plus explicitement mentionnée par les dispositions réglementaires. Deux interprétations étaient possibles : soit le pouvoir réglementaire entendait fermer la voie de la qualification ordinale, soit celui-ci l'avait implicitement intégré dans les termes « être qualifié en médecine du travail¹⁸⁵ ». En réalité, la réponse est plus subtile. La qualification ordinale persiste à travers la notion de « collaborateur médecin » : l'employeur (ou le service de santé au travail) a désormais la faculté de recruter de tels collaborateurs.

¹⁸² D. n°96-188 du 12 mars 1996, renvoyant à l'article 9 alinéa 2 de la loi n°91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales.

¹⁸³ L. n°91-73 du 18 janvier 1991., art 9 al 8.

¹⁸⁴ CE 21 octobre 1998 n°179771 *Syndicat national professionnel des médecins du travail*.

¹⁸⁵ C. trav., art. R. 4623-2 nouveau.

119. Conditions. Les conditions de mise en œuvre de cette voie d'accès sont profondément modifiées. D'une part, le médecin collaborateur n'est plus autonome puisqu'il collabore avec un médecin qualifié en médecine du travail. En effet, sa fonction est d'assister le médecin du travail¹⁸⁶. D'autre part, ce collaborateur s'engage à suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail auprès de l'Ordre des médecins. Ainsi, la qualification ordinale, bien que fortement encadrée, a survécu.

B. La régularisation

120. Première phase. Au départ, le législateur a envisagé le recours au mécanisme de régularisation de manière expérimentale. Ainsi, les personnes titulaires d'un diplôme français d'Etat de docteur en médecine (ou des titres prévus à l'article L. 4131-1 du Code de la santé publique) qui exerçaient, à compter du 2 juillet 1998, dans les services médicaux du travail (aujourd'hui nommés services de santé au travail) qui ne possédaient pas les titres ou diplômes de médecine du travail susmentionnés (CES, DES de médecine du travail ou diplôme de l'INMA), étaient autorisées à poursuivre leur exercice en tant que médecin du travail ou médecin de prévention¹⁸⁷. Cette faculté était aussi admise dans le cadre de la fonction publique d'Etat et territoriale.

121. Conditions. Ce mécanisme était subordonné au respect de deux conditions. D'une part, le médecin intéressé devait suivre un enseignement théorique conforme au programme dispensé au titre du DES de médecine du travail. D'autre part, les médecins exerçant dans les services de santé au travail devaient satisfaire à des épreuves de contrôle de connaissances au plus tard avant la fin de l'année universitaire 2000-2001. Cette échéance était reportée d'un an pour les médecins exerçant dans les services de santé des fonctions publiques susmentionnées.

122. Maintien provisoire du dispositif. Le dispositif de régularisation provisoire prévu en 1998 fut maintenu en 2002¹⁸⁸ pour les médecins en poste à la date du 18 juin 2002. Le régime juridique prévu par la loi de 1998 fut repris en totalité, mais le contrôle des connaissances devait être opéré au plus tard avant la fin de l'année universitaire 2003-2004.

¹⁸⁶ C. trav., art. R. 4623-25.

¹⁸⁷ L. n°98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme., art 28 al 1.

¹⁸⁸ L. n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale., art 198.

C. La reconversion

123. Reconversion temporaire. Initialement, cette méthode d'élargissement de l'accès à la profession de médecin du travail était prévue par la loi du 17 janvier 2002 relative à la modernisation sociale¹⁸⁹. Applicable du 18 janvier 2002 au 18 janvier 2007, elle consistait en la reconversion des personnes titulaires d'un diplôme en médecine (ou d'un autre titre prévu par l'article L. 4131-1 du Code de la santé publique). Ainsi, ces personnes avaient la possibilité d'exercer la médecine du travail à condition d'avoir exercé pendant au moins cinq ans et d'avoir obtenu un titre en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels.

124. Pérennisation du dispositif. En 2003, le diplôme de capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels a été pérennisé¹⁹⁰. Il permet aujourd'hui un accès de droit à la profession de médecin du travail¹⁹¹. D'une durée de deux ans, ce diplôme est accessible à condition d'abandonner son activité médicale antérieure¹⁹². Dans l'optique de rendre cette voie attractive, il est prévu que cet abandon permet de bénéficier d'une indemnité (plafonnée à 5 000 €¹⁹³) dont la charge financière est supportée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)¹⁹⁴.

D. Les internes en médecine du travail

125. Principe. La loi du 20 juillet 2011 offre une nouvelle voie d'accès dérogatoire à l'exercice de la médecine du travail, vivement critiquée par certains acteurs de la santé au travail. Désormais, les services de santé au travail ont la faculté de recruter, à titre temporaire, un interne de la spécialité exerçant sous l'autorité d'un médecin du travail expérimenté¹⁹⁵. Cette technique n'est ni plus ni moins qu'une consécration de la pratique professionnelle dans la mesure où un certain nombre de services de santé au travail faisaient déjà appel à des praticiens n'ayant pas encore obtenu leur diplôme spécialisé.

¹⁸⁹ L. n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale., art 194.

¹⁹⁰ D. n° 2003-958 du 3 octobre 2003 pris pour l'application de l'article L. 241-6-1 du Code du travail et relatif à la mise en place d'un dispositif de reconversion vers la médecine du travail et la médecine de prévention.

¹⁹¹ C. trav., art. R 4326-2.

¹⁹² D. n° 2003-958 du 3 octobre 2003, art. 1 II.

¹⁹³ Arr. du 12 juillet 2004 fixant le montant et les modalités d'attribution de l'indemnité versée dans le cadre du dispositif de reconversion vers la médecine du travail et la médecine de prévention, art 1.

¹⁹⁴ D. n° 2003-958 du 3 octobre 2003., art 5.

¹⁹⁵ L. n°2011-867 du 20 juillet 2011., art 12.

126. Conditions. Cette nouvelle voie d'accès est laissée à l'appréciation des instances ordinales. En effet, le recours à des internes en médecine du travail suppose la délivrance d'une licence de remplacement ainsi qu'une autorisation délivrée par les conseils départementaux compétents de l'ordre des médecins. Dans l'optique où ces conditions sont remplies, les internes inscrits au DES de médecine du travail, comme tout étudiant inscrit en deuxième cycle des études médicales, auront la faculté d'être accueilli en stage au sein d'un service de santé au travail agréé à cet effet¹⁹⁶. Ainsi, il est clair que le pouvoir réglementaire tend à favoriser de tels stages afin de remplir les rangs de services de santé de plus en plus désertés. Cette nouvelle voie d'accès protège, tout du moins en théorie, les internes, dont le statut reste similaire à celui des autres étudiants en médecine¹⁹⁷. A titre comparatif, il est intéressant de noter que les termes utilisés par les dispositions réglementaires sont très proches des nouvelles règles relatives aux collaborateurs médecins : l'ouverture des services de santé au travail à divers profils et compétences est en marche.

127. Conclusion. L'accès à la profession de médecin du travail est une nébuleuse, où le principe d'intelligibilité de la loi souffre. Depuis plusieurs années, le législateur tend à élargir les voies d'accès dans l'unique but de pallier la pénurie de professionnels. Dans une époque où la loi est de plus en plus malmenée au gré des ambitions politiques¹⁹⁸, les réformes successives sur la question font exception puisqu'elles détiennent un fil d'Ariane louable et solide. Cependant, la pratique démontre que le législateur a toujours favorisé les techniques d'accès dérogatoires, au détriment de la voie diplômante : le fait est que cette dernière, qui n'est même plus expressément évoquée par le Code du travail¹⁹⁹, est aujourd'hui l'exception au principe. Ce phénomène a certainement accentué la chute de la valeur du diplôme spécialisé en médecine du travail et, de facto, les vocations, au point que certains professionnels parlent d'une médecine du travail « au rabais²⁰⁰ ». Il est vrai que le principe d'omnivalence du diplôme de docteur en médecine²⁰¹ atteint son paroxysme en matière de santé au travail. Bien que la loi de 2011, en intégrant les internes aux services de

¹⁹⁶ C. trav., art. R. 4623-26.

¹⁹⁷ C. trav., art. R. 4623-27.

¹⁹⁸ E. Dockès, *Le stroboscope législatif* : Dr. Social, n°9/10 2005.

¹⁹⁹ Comme nous l'avons déjà indiqué, il n'est plus fait références au DES et CES de médecine du travail mais au fait que la personne doit être « qualifiée » en médecine du travail.

²⁰⁰ Ordre national des médecins, Conseil national de l'ordre, *La médecine du travail, Conditions d'accès*, février 2006 p. 4.

²⁰¹ Ce principe est prévu par l'article R. 4127-70 du Code de la santé publique qui dispose que « *tout médecin est en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.* »

santé au travail, ait pour mérite de replacer le diplôme au centre de l'accès à la profession, il semble qu'une réforme plus profonde aurait été souhaitable. En effet, l'attractivité de la voie diplômante constitue sans doute la meilleure réponse à la pénurie de professionnels. Le législateur, dans une quête de solutions opérationnelles, a quelque peu abusé des pansements temporaires ou dérogatoires. L'enfer est, dit-on, pavé de bonnes intentions...

§2 : Les incompatibilités

128. Tout médecin ne peut exercer une autre activité que si un tel cumul est compatible avec son indépendance, sa dignité professionnelle et n'est pas susceptible de lui permettre de tirer profit de ses prescriptions ou de ses conseils médicaux²⁰². De ce principe général, se dégagent deux catégories d'incompatibilités: celles liées aux activités du médecin du travail au sein d'une entreprise ou d'un service de santé au travail interentreprises (I) et en dehors de l'entreprise (II).

I. Incompatibilités intra-entreprise

129. Les fonctions du médecin du travail (en entreprise comme en service interentreprises) sont exclusives de toute autre fonction dans les établissements dont il a la charge et dans les services interentreprises dont il est salarié²⁰³. La pratique montre qu'il n'est pas rare que les entreprises s'interrogent sur la possibilité, pour le médecin du travail affecté à celles-ci, d'y exercer une autre activité médicale (telle que la médecine générale) en faveur des salariés. Le fait est que, sauf cas d'urgence, tout médecin assurant un service de médecine préventive pour le compte d'une collectivité n'a pas la faculté de donner des soins curatifs²⁰⁴. En d'autres termes, le médecin du travail ne peut, dans le cadre de ses fonctions, réaliser des consultations en tant que médecin généraliste (ou toute autre spécialité) au sein de l'entreprise.

II. Incompatibilités extra-entreprise

130. Si le cumul d'activités professionnelles n'est, en soi, pas prohibé, certains garde-fous régulent la liberté professionnelle du médecin du travail, au nom de son

²⁰² C. santé. publ., art. R. 4127-26.

²⁰³ C. trav., art., R. 4623-14.

²⁰⁴ C. santé. publ., art. R. 4127-99.

indépendance professionnelle, dont le corollaire est la santé des travailleurs. Ainsi, se dégagent deux limites majeures.

A. Limite médicale

131. L'article L. 4623-2 du Code du travail dispose que les conditions dans lesquelles les fonctions de médecin du travail sont incompatibles avec l'exercice de certaines autres activités médicales sont prévues par décret. Ce décret n'ayant jamais vu le jour, le vide juridique a progressivement été comblé.

D'une part, la fonction de médecin du travail est interdite aux médecins spécialistes²⁰⁵. Cette restriction n'empêche pas un professionnel titulaire des diplômes requis d'exercer la médecine du travail et la médecine générale dès lors que leurs exercices respectifs sont séparés. En effet, la loi se contente d'affirmer que le médecin du travail est un médecin autant que possible employé à temps complet qui ne pratique pas la médecine de clientèle courante²⁰⁶. Le juge offre une lecture exégétique de cette règle, en considérant que le licenciement d'un médecin du travail à temps partiel, pratiquant par ailleurs la médecine de clientèle courante, au motif que d'autres médecins du travail candidats au poste ne pratiquent pas la clientèle privée, est infondé²⁰⁷.

D'autre part, le médecin du travail ne peut exercer la médecine de contrôle²⁰⁸ (contrôle patronal de l'absentéisme des salariés ou contrôle opéré par la Sécurité sociale) pour d'éventuels conflits d'intérêts évidents.

B. Limite extra-médicale

132. Résiduelle, la limite extra-médicale tient au fait que les fonctions de médecin du travail sont incompatibles avec certaines activités commerciales (telle que la fonction de président directeur général d'une société commerciale²⁰⁹).

133. Conclusion. La pratique démontre qu'un nombre substantiel de médecins du travail cumulent les activités médicales. Les raisons principales sont l'augmentation des revenus et le désir de ne pas se cantonner à une médecine exclusivement préventive. En outre,

²⁰⁵ CE 3 novembre 1967, n°67.822.

²⁰⁶ C., trav., art. L. 4623-3.

²⁰⁷ CE 29 juillet 1983, n°24.533.

²⁰⁸ Circ. Min. n°34 du 20 juin 1969.

²⁰⁹ Cass. soc. 9 décembre 1964, n°64-40.069.

la multiplication des embauches de médecins du travail à temps partiel accentue ce phénomène. De tels cumuls (comme le manque de disponibilité envers les patients) engendrent des risques non négligeables dont le résultat est la « fragilisation » de la santé des travailleurs.

Sous-section 2 - Recrutement

134. Le recrutement du médecin du travail suppose le respect de deux étapes : la conclusion de son contrat de travail (§1), qui doit ensuite être validé via une procédure de nomination obligatoire (§2).

§1 : Formalités et contenu du contrat de travail

135. Le contrat de travail, bien que partiellement détaché du droit civil, suppose le consentement des deux parties. Or, le contrat de travail du médecin du travail écarte ce principe : la décision d'embaucher ce dernier ne résulte pas du libre arbitre de l'employeur car celui-ci est contraint par des dispositions d'ordre public destinées à protéger la santé des salariés²¹⁰. De ce postulat se dégage une ligne directrice : le contrat de travail du médecin du travail est, ici encore, spécifique. Ce particularisme se traduit par le fait qu'il doit être rédigé par écrit (I) et respecter les prescriptions du Code de déontologie médicale (II).

I. Contrat écrit

136. Obligation d'un écrit. Si la législation européenne favorise l'établissement d'un contrat de travail écrit²¹¹, le droit commun du contrat de travail français n'impose rien. Par dérogation, le contrat de travail du médecin du travail doit en toute hypothèse être rédigé par écrit²¹².

137. Conséquences de l'absence d'écrit. Puisque l'obligation d'établir un contrat de travail écrit constitue une formalité substantielle, son inobservation peut engendrer des sanctions disciplinaires, diligentées par le Conseil de l'ordre, à l'encontre du médecin concerné²¹³. Néanmoins, l'absence d'écrit ne prive pas le médecin du travail, même lorsque la

²¹⁰ Y. Fromont, *Le statut des médecins du travail* : Dr. social n°7/8 – Juillet/août 1987 p. 585.

²¹¹ Dir. n° 91/533/CEE du 14 octobre 1991, art. 3.

²¹² C. santé. publ., art. R. 4127-83.

²¹³ C. santé. publ., art. L. 4113-10.

méconnaissance de cette obligation lui est imputable, des garanties prévues en matière de licenciement²¹⁴. Au surplus, toute personne physique ou morale qui refuse de rédiger par écrit le contrat de travail est passible de sanctions pénales²¹⁵.

II. Contrat déontologique

138. Le contrat de travail du médecin du travail doit respecter les prescriptions du Code de déontologie médicale²¹⁶. De ce principe résulte un contrôle opéré par les instances ordinales compétentes (A) ainsi qu'un encadrement de la rémunération du médecin du travail (B).

A. Contrôle ordinal

139. Le contrôle ordinal s'effectue en amont (1) et en aval (2).

1. Contrôle en amont

140. Le Conseil de l'Ordre a su habilement user de son pouvoir règlementaire. Ainsi, ce dernier a rédigé des clauses contractuelles types dont les prescriptions s'imposent aux signataires ; clauses dont la nature règlementaire a été reconnue par la jurisprudence²¹⁷. Il est intéressant de noter que le juge administratif a régulé l'impérialisme du Conseil de l'Ordre sur le statut du médecin du travail. En effet, celui-ci a déclaré certaines des clauses contractuelles prévues par les contrats types illégales du fait qu'elles porteraient atteinte à la liberté contractuelle des médecins et excéderaient les pouvoirs dévolus au Conseil de l'Ordre. Il en résulte que les clauses contractuelles prévues par le Conseil de l'Ordre peuvent faire l'objet de recours en excès de pouvoir devant les juridictions administratives.

2. Contrôle en aval

141. Contrairement au premier, ce contrôle est relativement restreint : le projet de contrat (ou de son renouvellement) doit être communiqué au Conseil départemental de l'Ordre, même si la collaboration envisagée ne constitue qu'une partie de l'activité

²¹⁴ CE, 22 décembre 1967, n°60.042.

²¹⁵ C. trav., art. R. 4745-2.

²¹⁶ C. trav., art. R 4623-4.

²¹⁷ CE 13 mai 1987, n°13751.

professionnelle du médecin²¹⁸. En pratique, le contrôle ordinal est poussé : dès lors que les parties prétendent respecter les dispositions du Code de déontologie médicale sans préciser les mesures prises afin de les respecter, le Conseil de l'Ordre est fondé à donner un avis défavorable au projet de collaboration²¹⁹. Néanmoins, le contrôle opéré souffre de limites substantielles : l'absence de communication du contrat de travail à l'instance ordinaire compétente n'entraîne pas la nullité du contrat²²⁰ et, dans l'hypothèse où le contrat est communiqué, le Conseil de l'Ordre n'a pour seule mission que de vérifier s'il n'est pas contraire au Code de déontologie médicale. De ce fait, cette instance n'a pas la faculté d'approuver ou non ledit contrat²²¹. En vertu du droit ordinal, les décisions du Conseil départemental de l'ordre sont susceptibles de recours (au niveau régional puis, le cas échéant, au niveau national).

B. Rémunération

142. La rémunération du médecin du travail est fixée librement par les parties au contrat, sous réserve du respect des dispositions du Code de déontologie médicale. Ainsi, un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui aurait pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins²²². En vertu des principes déontologiques, le ministre du Travail a précisé que l'individualisation de la rémunération doit être limitée. Ainsi, une telle pratique suppose la consultation préalable d'un comité d'entreprise ou de la commission de contrôle (dans les services de santé au travail interentreprises)²²³. Ces régulations de la liberté contractuelle sont contrôlées par le Conseil de l'Ordre.

§2 : Nomination

143. Le décret d'application de la loi du 20 juillet 2011 fusionne les procédures de nomination et d'affectation dans un même paragraphe. Il est donc permis d'affirmer que l'affectation du médecin du travail (I) constitue désormais une étape de sa nomination (II).

²¹⁸ CE 16 décembre 1960, Rec. Lebon p. 713.

²¹⁹ CE 9 juin 1967, n°68.156.

²²⁰ Cass. soc. 24 mai 1960, n°58-11.104.

²²¹ CE, 3 juillet 1970 n°78.636.

²²² C. santé. publ., art. R. 4127-97.

²²³ Rép. Min. n°34070 du 22 janvier 1996, JO Ass.nat. 8 avril 1996 p. 1949.

I. Procédure de nomination

144. Accord préalable. La nécessaire indépendance du médecin du travail dans l'exercice de ses fonctions implique la mise en place d'une procédure de nomination. Ainsi, le médecin du travail ne peut être nommé qu'avec l'accord soit du comité d'entreprise (le cas échéant du comité d'établissement), soit du comité interentreprises ou de la commission de contrôle du service interentreprises²²⁴. En toute hypothèse, la nomination du médecin du travail doit intervenir, au plus tard, avant la fin de la période d'essai de ce dernier²²⁵.

Pour prendre cette décision, l'organisme de contrôle habilité par la loi se voit communiquer deux types d'informations. D'une part, l'effectif des salariés suivis. D'autre part, soit le secteur auquel le médecin est affecté s'agissant des services de santé au travail ou d'établissement ; soit la liste des établissements ou entreprises surveillés dans les services de santé au travail interentreprises, de groupe, d'une même unité économique et sociale (UES) ou encore commun à plusieurs établissements²²⁶.

Néanmoins, l'employeur n'est pas tenu de communiquer à l'organe de contrôle les dossiers des candidatures écartées²²⁷. En d'autres termes, l'employeur est seul maître du choix du médecin du travail. Ce principe, émanation du pouvoir de direction de l'employeur, n'empêche pas l'organisme de contrôle de proposer un candidat à l'employeur.

145. Modalités de vote. La décision de l'organisme de contrôle est prise à bulletins secrets, à la majorité de ses membres, régulièrement convoqués, présents ou représentés. Chaque membre ne peut disposer du pouvoir que d'un seul autre membre²²⁸.

146. Absence d'accord. L'absence d'accord, caractérisée même en cas de partage égal des voix²²⁹, conduit à une procédure alternative de nomination. Ainsi, celle-ci intervient sur autorisation de l'inspecteur du travail prise après avis du médecin-inspecteur du travail²³⁰. La décision de l'inspecteur du travail se substitue, de droit, à celle initialement prise par l'organisme de contrôle compétent. De ce fait, l'irrégularité de la décision prise par un organisme de contrôle est inopposable²³¹. La décision de l'inspecteur du travail peut faire

²²⁴ C., trav., art. R 4623-5.

²²⁵ C. trav., art. R 4623-8.

²²⁶ C. trav., art. R 4623-7.

²²⁷ CE 20 avril 1984, n°33691.

²²⁸ C. trav., art., R 4623-6.

²²⁹ Cass. soc. 19 mai 1969, n°67-14.807.

²³⁰ C. trav., art. R4623-8.

²³¹ CE 12 octobre 1990, n°91.532.

l'objet d'un recours hiérarchique auprès du Ministre du Travail ainsi que d'un recours en excès de pouvoir devant le juge administratif dans les conditions prévues par le droit du contentieux administratif.

147. Non respect de la procédure. Les sanctions du non respect de la procédure de nomination du médecin du travail, bien que lourdes, sont logiques au regard de l'intérêt de la règle protégée. D'une part, le contrat de travail du médecin du travail est nul. D'autre part, l'employeur encourt les sanctions pénales pécuniaires relatives à la médecine du travail²³² et, si l'organisme de contrôle compétent est le comité d'entreprise (ou le cas échéant le comité d'établissement), les sanctions prévues en matière de délit d'entrave.

II. Procédure d'affectation

148. L'affectation du médecin du travail constitue une période charnière, aux frontières de la formation et de l'exécution de son contrat de travail. Le décret du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail offre deux éléments : d'une part, l'extension de la procédure de nomination du médecin du travail à son affectation (A) ; d'autre part, l'éviction des dispositions relatives à la charge de travail de ce dernier (B).

A. Extension de la procédure de nomination à l'affectation

149. Nouveauté de taille, l'affectation du médecin du travail est désormais soumise à la même procédure obligatoire que celle prévue lors de la consultation²³³. A notre sens, l'accroissement des obligations en la matière n'a qu'une seule explication : le pouvoir réglementaire tend à asseoir l'une des lignes directrices de la réforme de 2011, à savoir l'accroissement de la protection du médecin du travail, notamment par un formalisme poussé, qui, au demeurant, rapproche sensiblement le statut du médecin du travail à celui des représentants du personnel.

150. Obligation d'information. Suite à la nomination du médecin du travail, ce dernier doit être informé des conditions dans lesquelles il va exercer son activité. Ainsi, dans les services de santé au travail interentreprises, le médecin du travail se voit attribuer une liste d'entreprises et d'établissements qui indique les effectifs des travailleurs concernés ainsi que

²³² C. trav., art. R4745-1 et s.

²³³ C. trav., art. R. 4623-5.

les risques professionnels auxquels ceux-ci sont exposés²³⁴. Dans les services autonomes de santé au travail employant plusieurs médecins, chacun d'entre eux est affecté à un secteur déterminé, défini par l'employeur et dont l'effectif lui est communiqué²³⁵. En d'autres termes, quel que soit le mode d'organisation du service de santé, le critère de répartition des tâches entre médecins est logiquement organique.

B. Suppression de la notion de charge de travail

151. Exit. Les anciennes dispositions réglementaires, applicables jusqu'au 1^{er} juillet 2011, prévoyaient un encadrement strict de la charge de travail du médecin du travail. En effet, le gouvernement offrait des plafonds par lesquels il entendait réguler la charge de travail du médecin, dans l'objectif de permettre à ce dernier d'agir efficacement en faveur de la santé des travailleurs. La disparition de ces dispositions est certainement due au contexte de pénurie de professionnels : le législateur écarte toute règle tendant à restreindre l'activité des médecins en exercice.

152. Trois plafonds. Dans les services de santé au travail interentreprises, outre la prise en compte de la règle dite du « tiers temps » (selon laquelle le médecin du travail doit consacrer le tiers de son temps à l'action en milieu de travail²³⁶), la charge de travail du médecin du travail exerçant à temps plein était déterminée sur la base de trois plafonds, dont aucun ne devait être dépassé²³⁷. Premièrement, chaque médecin ne pouvait être chargé de plus de 450 entreprises ou établissements. Chaque entreprise ou établissement était comptabilisé, peu important sa taille²³⁸. Deuxièmement, l'effectif dont un médecin a la charge ne pouvait dépasser le plafond de 3300 salariés. Dans les services de santé au travail d'entreprise (ou d'établissement), seul ce plafond était applicable²³⁹. Troisièmement, le médecin ne pouvait réaliser plus de 3200 examens médicaux par an. En pratique, il fallait tenir compte de l'activité de surveillance médicale renforcée dans la mesure où celle-ci génère davantage d'examens. Au surplus, lorsque le médecin exerçait son activité à temps partiel, ces trois plafonds étaient calculés à due proportion de son temps de travail²⁴⁰.

²³⁴ C. trav., art. R. 4623-10.

²³⁵ C. trav., art. R. 4623-11.

²³⁶ C. trav., art. R. 4624-4.

²³⁷ Circ. DRT n°3 du 7 avril 2005.

²³⁸ *Ibid.*

²³⁹ C. trav., art. R. 4623-11. ancien.

²⁴⁰ C. trav., art. R. 4623-9 ancien, C. trav., art. R. 4623-10. ancien.

Section 2 – L'exécution du contrat de travail

153. La difficile conciliation de l'indépendance professionnelle et du lien de subordination juridique, à laquelle nous avons déjà fait référence, s'exprime pleinement lors de l'exécution du contrat de travail du médecin du travail. Pour garantir l'indépendance professionnelle du médecin du travail, la règle de droit aménage les relations contractuelles et éloigne un peu plus le médecin du travail des contrées du droit commun. En effet, le Droit s'attache à encadrer tant les conditions d'exercice (Sous-section 1) que les hypothèses de modification de la situation du médecin du travail (Sous-section 2).

Sous-section 1 – Conditions d'exercice

154. Le médecin du travail est un salarié à deux visages, oscillant entre le droit commun et le droit exorbitant. Titulaire d'un contrat de travail, il bénéficie, comme tout autre salarié, des dispositions protectrices du droit social (§ 1). Néanmoins, l'exercice de l'art médical n'étant pas une prestation de travail comme les autres, le médecin du travail se doit de l'exercer à l'aune de principes déontologiques fondamentaux (§ 2).

§1 : Le médecin du travail, un salarié ordinaire

155. Puisqu'il est titulaire d'un contrat de travail, le médecin du travail se voit appliquer l'ensemble du droit du travail²⁴¹ et peut agir devant la juridiction prud'homale. Ainsi, loin des principes de la médecine libérale, le médecin du travail bénéficie de jours de congés payés ou encore est soumis au droit de la durée du travail. Comme tout autre salarié, le médecin du travail est soumis à des dispositions conventionnelles (I) et au régime général de sécurité sociale (II).

I. Convention collective

156. Le statut conventionnel du médecin du travail varie en fonction du fait qu'il soit salarié d'un service de santé au travail autonome (A) ou interentreprises (B).

²⁴¹ Rép. Min. JO Ass. Nat. 11 février 1950, p. 1174.

A. Service de santé au travail autonome

157. Lorsque le médecin du travail exerce sa profession au sein du service de santé au travail d'une entreprise, son contrat de travail est soumis aux conventions et accords collectifs de branche et d'entreprise (voire d'établissement) applicables au sein de cette entreprise. En d'autres termes, le médecin du travail bénéficie des mêmes dispositions conventionnelles que les autres salariés de l'entreprise et éventuellement du principe de faveur.

B. Service de santé au travail interentreprises

158. Lorsque le médecin du travail exerce au sein d'un service de santé au travail interentreprises, il bénéficie des dispositions de la convention collective du personnel des services interentreprises de médecine du travail du 20 juillet 1976, étendue par arrêté du 18 octobre 1976.

II. Protection sociale

159. Affiliation au régime général. Puisqu'il est titulaire d'un contrat de travail, le médecin du travail est nécessairement assujéti au régime général de la Sécurité Sociale. Dans l'hypothèse où un médecin cumule l'exercice de la médecine du travail et la pratique d'une clientèle privée, il doit être assujéti au régime général, peu important la part des revenus issue de son activité non salariée²⁴². Ainsi, s'opère un cumul d'assujétissement (régime général et régime des professions libérales). En outre, le médecin du travail relève, toujours en vertu de son contrat de travail, du régime de retraite complémentaire des salariés cadres (AGIRC)²⁴³.

160. Assurance chômage. Loin de l'exercice libéral de la médecine, le médecin du travail est assujéti au régime d'assurance chômage en cas de chômage total. De ce fait, ce dernier cotise comme tout autre salarié et bénéficie le cas échéant d'allocations de chômage.

²⁴² Cass. Soc. 13 mars 1980, n°78-15.391, Bull. Civ. V n°257.

²⁴³ Cass. Soc. 3 mai 1989, n°86-16.654, Bull. Civ. V n°338 p. 205.

§ 2 : Le médecin du travail, un salarié singulier

161. La singularité du contrat de travail du médecin du travail prime. Un solide triptyque juridique en atteste : le médecin du travail est devenu, au fil des réformes, un véritable « gestionnaire » (I), indépendant professionnellement (II) et tenu par le secret médical (III).

I. Un médecin salarié...et «gestionnaire »

162. Le médecin du travail doit assurer personnellement l'ensemble de ses fonctions²⁴⁴ et, dans la mesure du possible, être employé à temps complet²⁴⁵. Si le deuxième postulat demeure, le premier est aujourd'hui, dans le contexte de la pluridisciplinarité, de pure forme. En tout état de cause, lorsque l'emploi d'un médecin à temps complet est nécessaire, il ne peut être fait appel à plusieurs médecins employés à temps partiel. Par exception, la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) compétente peut accorder des dérogations après avis du médecin inspecteur du travail²⁴⁶.

163. Un subordonné subordonnant. Le médecin du travail n'est pas, dans l'exercice de ses fonctions, un simple exécutant. En effet, les réformes successives tendent à faire du médecin du travail un véritable gestionnaire des services de santé au travail. Ce constat a été consacré par la reconnaissance de la pluridisciplinarité des services de santé au travail, à travers laquelle le médecin a la faculté de confier certaines de ses activités, sous sa responsabilité (dans le cadre de protocoles écrits), au personnel du service de santé au travail, sous réserve du respect des compétences de chacun²⁴⁷. Ainsi, en dehors de l'indépendance professionnelle, le médecin du travail dispose de plus en plus de la faculté de donner des directives à d'autres subordonnés.

²⁴⁴ C. trav., art. R. 4623-14.

²⁴⁵ C. trav., art. L. 4623-3.

²⁴⁶ C. trav., art. R. 4623-9.

²⁴⁷ C. trav., art. R. 4623-14. al 2.

II. L'indépendance professionnelle

A. Consécration du principe

164. Un principe à valeur législative. L'indépendance professionnelle constitue indéniablement la qualité cardinale du médecin du travail. Celle-ci a été, au fil des réformes, progressivement renforcée, au point qu'on puisse parler d'une reconnaissance exponentielle. Initialement, le Code de déontologie médicale affirme que l'exercice salarié de la médecine n'a aucune conséquence sur l'obligation pour le médecin d'agir en toute indépendance²⁴⁸. La règle a ensuite été intégrée, par voie réglementaire, au Code du travail²⁴⁹. Enfin, la loi du 20 juillet 2011 consacre ce principe d'indépendance au niveau législatif: le médecin du travail assure ses missions dans les conditions d'indépendance professionnelle définies et garanties par la loi²⁵⁰. Certes, cette règle n'est pas nouvelle. Il n'en demeure pas moins que sa consécration n'est pas anodine. Dans le contexte de mise en avant de la pluridisciplinarité des services de santé au travail, la mesure n'est pas seulement symbolique. Elle constitue un véritable garde-fou face au pouvoir de direction de l'employeur, souvent impérialiste dans le domaine de la santé au travail. S'il est permis de douter du fait que la valeur législative du principe soit reconsidérée par les entreprises, il sera intéressant de surveiller l'appréciation opérée par le juge dans les rares décisions où la question est débattue.

B. Contenu du principe

165. Un rempart. Si l'indépendance professionnelle du médecin du travail concerne l'ensemble des acteurs des relations de travail, l'employeur constitue le premier acteur concerné. Le pouvoir de direction de l'employeur entre directement en collision avec la liberté d'action du médecin du travail. Néanmoins, le principe d'indépendance professionnelle (1) n'est pas absolu (2) : une dichotomie est établie entre deux sphères.

1. Indépendance médicale

166. L'indépendance professionnelle s'exprime dans l'activité médicale du médecin du travail : « *le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit*²⁵¹ ». Le principe, consacré récemment par la loi, est solide.

²⁴⁸ C. santé. publ., art. R. 4127-95.

²⁴⁹ D. n°2004-760 du 28 juillet 2004.

²⁵⁰ L. n°2011-867 du 20 juillet 2011., art 1.

²⁵¹ C. santé. publ., art. R4217-10.

Il a été protégé avec vigilance par la jurisprudence dont l'idée-force est de repousser toute ingérence de l'employeur dans le domaine médical²⁵². A cet effet, la chambre criminelle de la Cour de cassation a clairement rappelé que la subordination juridique du médecin du travail, si elle existe sur le plan administratif, ne peut s'étendre à l'activité médicale du praticien²⁵³. Ainsi, est abusif le licenciement d'un médecin du travail au motif que ce dernier prescrivait trop d'inaptitudes au travail²⁵⁴. D'un point de vue matériel, l'indépendance professionnelle se matérialise par des prérogatives (de puissance publique ?²⁵⁵) offertes au médecin du travail, contre lesquelles l'employeur ne peut s'opposer (libre accès aux lieux de travail, examens médicaux).

2. Dépendance administrative

167. Subordination. Si l'indépendance professionnelle constitue le principe cardinal du statut du médecin du travail, elle n'est pourtant pas absolue. Le lien de subordination juridique bénéficie d'un terrain d'expression sur le plan administratif et hiérarchique. L'employeur a ainsi la faculté d'imposer des horaires de travail prédéterminés²⁵⁶ ou encore de prévoir une rémunération forfaitaire²⁵⁷ en faveur du médecin du travail. Enfin et surtout, le pouvoir disciplinaire ne s'arrête pas aux portes du service de santé au travail : l'employeur ne peut agir sur le terrain disciplinaire qu'en raison de considérations administratives ou hiérarchiques²⁵⁸.

168. Conclusion. L'indépendance professionnelle n'est pas absolue en ce qu'elle offre une frontière entre activité administrative et médicale. Frontière plaisante en théorie. Sa mise en pratique nous laisse perplexe. En toute hypothèse, la notion d'indépendance ne pas doit être galvaudée. Trop souvent, indépendance rime avec combat contre l'employeur : c'est une erreur fatale. Son contenu n'est ni plus ni moins que la faculté pour le médecin du travail d'agir dans l'intérêt exclusif de la santé des travailleurs.

D'un côté, si le médecin du travail souhaite prendre part aux décisions de l'entreprise, il ne peut s'opposer de façon manichéenne à l'employeur²⁵⁹. D'un autre, si l'employeur,

²⁵² Y. Fromont, *Le statut du médecin du travail* : Dr. social n°7/8 juillet/août 1987 p. 587.

²⁵³ Cass. crim 15 octobre 1985, n°83-92.133. Bull. Crim. 1985 n° 317.

²⁵⁴ Cass. soc. 10 oct. 1979, n°78-12.275. Bull. Civ. V n°703.

²⁵⁵ P. Cabanes, *Perspectives* : Dr. social n°4 avril 1980 p. 34.

²⁵⁶ Cass. soc. 31 mai 1965, Dr. social 1965 p. 512.

²⁵⁷ Cass. soc. 4 février 1971, Bull. Civ. 1971, V, n°80.

²⁵⁸ Cass. soc. 28 juin 1989, Juris Data n°1989-002604.

²⁵⁹ B. Teyssié, *Prolégomènes sur la médecine du travail* : Dr. social n°7/8 Juillet/août p. 564.

aujourd'hui si soucieux de l'image véhiculée par son entreprise²⁶⁰, ne souhaite pas être sanctionné, il lui incombe de faciliter l'action du médecin du travail.

L'idée-force est donc simple : *in medio stat virtus*.

III. Le secret médical

169. Le secret professionnel n'est pas une obligation propre au médecin du travail. Cependant, au regard de ses missions, cette obligation, dont la traduction est le secret médical, est essentielle.

A. Principe

170. Médecin du travail. Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin²⁶¹. Plus précisément, le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat n'enlève rien à cette obligation²⁶². En pratique, les difficultés se cristallisent principalement sur le dossier médical, qui est couvert par le secret médical²⁶³.

171. Personnel médical. Le secret médical s'étend aux personnes assistant le médecin du travail dans l'exercice de ses fonctions : celles-ci doivent être instruites de leurs obligations en la matière et s'y conformer²⁶⁴. La mise en place de la pluridisciplinarité des services de santé au travail fait que cette règle va gagner en consistance. La difficulté résidera dans le respect effectif du secret médical. Le médecin du travail qui deviendra, dans le cadre de la pluridisciplinarité, un « gestionnaire », devra, outre ses nouvelles fonctions, veiller au respect des dispositions déontologiques par l'ensemble de son personnel.

B. Limites

172. Nonobstant le fait que le secret médical est un principe majeur de l'exercice de la médecine, la situation du médecin du travail, subordonné, en restreint le champ d'application.

²⁶⁰ Le développement de la notion de « responsabilité sociale des entreprises » (RSE) en est un témoignage.

²⁶¹ C. santé. publ., art. R. 4127-4.

²⁶² C. santé. publ., art. R. 4127-95.

²⁶³ Cass. soc. 10 juillet 2002, n°00-40. 209. Bull. Civ. V n° 251 p. 245.

²⁶⁴ C. santé. publ., art. R. 4127-72.

1. Le secret médical face à l'employeur

173. Le lien de subordination juridique qui pèse sur les épaules du médecin du travail a des conséquences diverses. L'une d'entre elles est que l'intéressé a des comptes à rendre à son employeur. La pratique démontre l'existence de violations du secret médical, où l'employeur, cherchant pas tout moyen à obtenir des informations sur les salariés, use de procédés illégaux (écoutes téléphoniques, ouverture de courrier). En dehors de ces hypothèses – marginales pour certains, fréquentes pour d'autres -, le secret médical est limité.

174. Limite jurisprudentielle. Le médecin du travail a pour obligation de renseigner l'employeur et de le conseiller en lui fournissant des éléments de fait nécessaires selon la nature de la décision à prendre²⁶⁵. Néanmoins, le dossier médical d'un salarié ne peut en aucun cas être communiqué à l'employeur²⁶⁶. A la lecture de cette limite jurisprudentielle, la conciliation entre secret médical et information de l'employeur semble difficile à réaliser.

175. Limites légales. Plusieurs prescriptions légales tendent à effriter la force obligatoire du secret professionnel, mais seulement pour des motifs légitimes et supérieurs. D'une part, le médecin du travail doit déclarer toute maladie ou symptôme d'imprégnation toxique à caractère professionnel, compris dans une liste établie par arrêté ministériel, qu'il constate dans l'exercice de son activité. Cette obligation s'applique aussi lorsque la pathologie en question n'intègre pas cette liste réglementaire mais que le médecin du travail estime qu'elle revêt un caractère professionnel²⁶⁷. Il ne s'agit pas d'une prérogative du médecin mais d'une obligation : le médecin ne peut se soustraire à cette obligation de déclaration en invoquant le secret professionnel²⁶⁸. D'autre part, dès lors qu'il décèle une maladie transmissible (figurant sur une liste établie par voie décrétole), le médecin du travail doit transmettre les données individuelles sur la question aux autorités sanitaires compétentes²⁶⁹.

2. Le secret médical face à la médecine curative

176. L'action du médecin du travail est exclusivement préventive. Ainsi, lorsque la situation du patient nécessite des soins curatifs, sa prise en charge par un confrère est inévitable. Comment concilier secret médical et nécessité de transférer les informations

²⁶⁵ Cass. crim., 6 juin 1972, n°70-90.271. Bull. Crim. N°190 p. 481.

²⁶⁶ Cass. soc. 10 juillet 2002, n°00-40.209. Bull. Civ. V n°251 p. 245.

²⁶⁷ C. séc. soc., art. L. 461-6.

²⁶⁸ CE., 2 juin 1953.

²⁶⁹ C. santé. publ., art. L. 3113-1.

relative à l'état de santé du patient ? Au regard du droit au respect de sa vie privée²⁷⁰, le salarié peut légitimement craindre que la transmission d'informations sensibles sur son état de santé ait un impact sur son activité professionnelle. Aussi le dossier médical du patient-salarié peut être communiqué à un autre médecin seulement si le premier en a eu l'initiative et qu'il a déterminé lui-même l'identité de ce médecin²⁷¹. Selon l'Ordre national des médecins, le consentement du patient-salarié doit être exprès, renouvelé, libre et éclairé du salarié²⁷². Ainsi, la transmission du dossier médical de la médecine préventive vers la médecine curative s'avère encore plus « verrouillée ».

Sous-section 2 – Changement d'affectation et remplacement

177. Lors de l'exécution de son contrat de travail, le médecin du travail peut voir sa situation modifiée pour deux raisons : un changement d'affectation (§1) et son remplacement (§2).

§1 : Le changement d'affectation

178. Suite à l'entrée en vigueur de la loi du 20 juillet 2011, la procédure de nomination du médecin du travail s'applique désormais à son changement d'affectation²⁷³.

179. Services de santé au travail autonomes. Dans les services autonomes de santé au travail, la procédure prévue à l'article R. 4623-5 du Code du travail est applicable à deux conditions. D'une part, il doit être envisagé un changement de secteur ou d'entreprise du groupe suivi par le médecin du travail. D'autre part, ce changement ne peut être contesté que par le médecin du travail ou le comité d'entreprise concerné²⁷⁴. La faculté de contestation qui était offerte aux délégués du personnel (certes à défaut d'existence du comité d'entreprise) est effacée.

180. Services de santé au travail interentreprises. Dans les services de santé au travail interentreprises, deux situations sont envisageables.

²⁷⁰ L'article 9 du Code civil dispose que « chacun a droit au respect de sa vie privée ».

²⁷¹ C. trav., art. L. 4624-2.

²⁷² Ordre national des médecins, Conseil national de l'ordre, *La réforme de la santé au travail passée au crible de la déontologie médicale* : Rapport adopté le 25 juin 2010.

²⁷³ C. trav., art. R. 4623-5.

²⁷⁴ C. trav., art. R. 4623-12. 1°.

En cas de changement d'affectation du médecin au sein d'une entreprise ou d'un établissement, la procédure d'autorisation préalable est applicable dès lors que le changement d'affectation est contesté soit par l'employeur soit par le comité d'entreprise concerné.

En cas de changement d'affectation de secteur du médecin du travail, cette procédure est applicable dès lors que le changement d'affectation est contesté par le comité interentreprises, la commission de contrôle du service ou son conseil d'administration²⁷⁵.

181. Absence d'accord. Dans la continuité des règles applicables en matière de nomination, à défaut d'accord des instances compétentes en vertu de l'article R. 4623-5 du Code du travail, tout changement de secteur ou d'affectation du médecin du travail intervient sur autorisation de l'inspecteur du travail délivrée après avis du médecin inspecteur du travail²⁷⁶. Cette règle s'inscrit dans le sillon de la jurisprudence relative aux salariés protégés, aux termes de laquelle toute opposition d'un salarié à la révision de ses conditions de travail nécessite l'autorisation préalable de l'inspecteur du travail avant un éventuel licenciement²⁷⁷.

182. Document annuel. L'employeur a pour obligation d'établir un document annuel faisant état de tout changement d'affectation du médecin du travail, ce document étant tenu à la disposition du directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ainsi que du médecin inspecteur du travail²⁷⁸.

§2 : Le remplacement

183. S'agissant du remplacement du médecin du travail, deux hypothèses sont envisageables: le remplacement de droit (I) et le remplacement facultatif (II).

I. Remplacement de droit

184. Remplacement obligatoire. Dans l'hypothèse où l'absence du médecin du travail est supérieure à trois mois, l'employeur ou le service autonome de santé au travail doit le remplacer.²⁷⁹. Cette règle, déjà affirmée par les anciennes dispositions réglementaires,

²⁷⁵ C. trav., art. R. 4623-12. 2°.

²⁷⁶ C. trav., art. R. 4623-13. al 1.

²⁷⁷ Cass. soc. 21 novembre 2006, n°04-47.068. Bull. Civ. V. n° 350 p. 338.

²⁷⁸ C. trav., art. R. 4623-13. al 2.

²⁷⁹ C. trav., art. R. 4623-15. al 2.

résulte de la nature même des fonctions du médecin du travail, à savoir la nécessaire continuité de la protection de la santé des travailleurs.

185. Type de contrat. Le remplacement du médecin du travail ne peut en aucun cas être réalisé sur la base d'un contrat de travail temporaire²⁸⁰. Ainsi, lorsque l'absence du médecin est temporaire, il convient de le remplacer via un contrat de travail à durée déterminée.

186. Procédure de nomination. La procédure de nomination du médecin du travail est applicable à son remplaçant²⁸¹. Au regard de la récente extension de cette procédure à l'affectation et au changement d'affectation du médecin du travail, il est permis de se demander si celle-ci concerne le médecin remplaçant. La logique du texte, qui est d'assurer la protection du médecin de la formation à l'exécution de son contrat de travail, pencherait pour une réponse favorable.

II. Remplacement facultatif

187. Consécration de la pratique. Si les anciennes dispositions ne prévoyaient que le remplacement de droit²⁸², la pratique des remplacements facultatifs était assise²⁸³. Désormais, le Droit prévoit la faculté de remplacer le médecin du travail absent pour une durée inférieure ou égale à trois mois²⁸⁴. Dans une telle hypothèse, il peut être fait appel à un médecin du travail, un collaborateur médecin ou à un interne en médecine du travail²⁸⁵. De ce texte, une lecture *a contrario* est possible : lorsque le remplacement du médecin est de droit, il ne peut être fait appel qu'à un médecin du travail.

188. Dans cette situation de remplacement, le recours à un médecin collaborateur ou à un interne en médecine du travail est particulier puisque ces acteurs ne sont plus considérés comme des membres de l'équipe pluridisciplinaire mais comme de véritables médecins du travail. S'agissant des internes en médecine du travail, deux points apparaissent. D'une part, le recours à ceux-ci suppose l'autorisation du conseil départemental de l'ordre des

²⁸⁰ C. trav., art. L. 1251-10.

²⁸¹ Circ DRT n°3 du 7 avril 2005.

²⁸² C. trav., art. R. 4623-17 ancien.

²⁸³ Circ DRT n°3 du 7 avril 2005.

²⁸⁴ C. trav., art. R. 4623-15. al 1.

²⁸⁵ C. trav., art. R. 4623-15. al 3.

médecins. D'autre part, au-delà du simple remplacement, un interne peut être autorisé à exercer la médecine du travail dans l'attente de la prise de fonction d'un médecin du travail²⁸⁶.

189. Le pouvoir réglementaire a ainsi tenté de concilier l'obligation de recourir à des professionnels compétents et la nécessité d'une protection continue de la santé des travailleurs. Toujours est-il que cette mesure, qui fait primer le second enjeu, ne manquera pas de faire parler d'elle. Il est vrai qu'il est permis de s'interroger sur la capacité, même pour quelques mois, d'un interne à gérer un service de santé au travail dans sa globalité.

Pour limiter ce propos, au-delà des simples questions médicales, l'exercice de la médecine du travail (plus que toute autre spécialité) s'inscrit dans le cadre de rapports sociaux, pour lesquels seule la pratique professionnelle est utile.

Section 3 – La rupture du contrat de travail

190. La rupture du contrat de travail du médecin du travail n'échappe pas à l'encadrement poussé de la loi. Il est d'ailleurs possible d'opérer un parallèle entre la consécration progressive de l'indépendance professionnelle et la rupture du contrat de travail du médecin du travail. Initialement, le licenciement du médecin du travail était soumis aux mêmes règles que sa nomination. La loi du 17 janvier 2002 a ensuite offert une procédure spécifique au licenciement. Avec la réforme du 20 juillet 2011, le statut protecteur des représentants du personnel est étendu au médecin du travail : le licenciement (Sous-section 1) et d'autres modes de rupture du contrat de travail (Sous-section 2) sont désormais encadrés.

Sous-section 1 – Le licenciement

191. Le licenciement du médecin du travail est minutieusement contrôlé, aussi bien par la loi que par le juge, qu'il s'agisse de la forme (§1) ou du fond (§2).

Introduction : champ d'application de la protection

192. Point de départ. La protection du médecin du travail s'applique à compter de la date à laquelle le médecin a été engagé, peu important que les instances de contrôle

²⁸⁶ C. trav., art. R. 4623-28.

compétentes n'aient pas encore donné leur accord sur sa nomination²⁸⁷. Cette solution est logique en ce que le statut protecteur du médecin du travail, d'ordre public, n'a pas à dépendre de la tenue d'une réunion²⁸⁸.

193. Période d'essai. Initialement, la jurisprudence considérait que la rupture du contrat de travail du médecin du travail pendant la période d'essai était exclue du champ du statut protecteur²⁸⁹. Aujourd'hui, la Cour adopte une position contraire²⁹⁰. En pratique, ce revirement pose des difficultés. Sur quelle base le contrôle du médecin du travail s'appuie-t-il ? Son contrôle a-t-il la même intensité qu'en cas de licenciement ?²⁹¹

194. Démission. Bien que le statut protecteur du médecin du travail ait été fortement étendu, la démission - à supposer qu'elle soit claire et non équivoque - n'est pas encadrée. Le droit commun de la démission étant applicable au médecin du travail, ce dernier a la faculté de démontrer que sa démission était en réalité une prise d'acte de la rupture de son contrat de travail ayant les effets d'un licenciement sans cause réelle et sérieuse. Dans une telle hypothèse, le médecin du travail pourrait solliciter le prononcé des sanctions civiles et pénales afférentes au non respect de son statut protecteur.

195. Procédure d'ordre public. La procédure de licenciement du médecin du travail est d'ordre public. Il ne peut être dérogé à cette procédure par voie contractuelle ou conventionnelle²⁹², ni même en cas de faute lourde imputable au salarié²⁹³. Au surplus, peu importe à qui est imputable la situation ayant motivé la rupture du contrat ; l'employeur doit, en toute hypothèse, appliquer la procédure²⁹⁴.

²⁸⁷ Cass. soc. 29 octobre 2010, n°08-70.412, Inédit.

²⁸⁸ A. Martinon, *Salariés protégés – point de départ de la protection du médecin du travail* : JCP S n°5 1er février 2011, p. 40.

²⁸⁹ Cass. soc. 6 juin 1985, n°82-42.598.

²⁹⁰ Cass. soc. 26 octobre 2005, n°03-44. 585. Bull. Civ. V n° 306 p. 266.

²⁹¹ M. Hautefort, *Salariés protégés – La protection joue même pendant la période d'essai* : JSL n°178 29 novembre 2005, p. 8.

²⁹² Cass. crim. 2 février 1982. Bull. crim. 1982, n°38.

²⁹³ Cass. soc. 6 juillet 2011, n°10-13. 805, Publié au bulletin.

²⁹⁴ Cass. crim. 2 octobre 1985. Bull. crim. n°295.

§1 : Procédure de licenciement

196. La procédure de licenciement du médecin du travail comporte deux étapes : la consultation de l'instance de contrôle compétente ²⁹⁵(I) et l'autorisation de l'inspecteur du travail²⁹⁶ (II), sous peine de sanctions (III).

I. Consultation de l'instance de contrôle compétente

197. La consultation de l'instance de contrôle compétente répond à une chronologie rigoureuse. Dans un premier temps, l'employeur doit procéder à un entretien préalable au licenciement du médecin du travail²⁹⁷. Ensuite, l'instance compétente doit auditionner le médecin du travail. Auparavant, le juge considérait que nonobstant le fait que le médecin du travail devait être en mesure de présenter ses observations, sa convocation devant l'instance compétente n'était pas obligatoire²⁹⁸. Cette consultation est réalisée, selon la nature du service de santé au travail, par le comité d'entreprise, le comité interentreprises ou la commission de contrôle ainsi que le conseil d'administration²⁹⁹. Comme pour la nomination du médecin du travail, l'instance de contrôle compétente doit se prononcer par un vote à bulletin secret, à la majorité de ses membres, régulièrement convoqués, présents ou représentés. Chaque membre ne peut disposer que du pouvoir d'un seul autre membre³⁰⁰. Dans l'hypothèse où le médecin du travail a été mis à pied, la consultation doit avoir lieu dans un délai de dix jours à compter de cette mesure³⁰¹.

II. Autorisation de l'inspecteur du travail

198. L'autorisation de l'inspecteur du travail respecte une procédure en trois temps : l'employeur demande l'autorisation à l'inspecteur du travail (A), qui réalise un contrôle (B) afin d'opérer un choix (C).

²⁹⁵ C. trav., art. L. 4623-4.

²⁹⁶ C. trav., art. L. 4623-5.

²⁹⁷ C. trav., art. R. 4623-18.

²⁹⁸ Cass. soc. 9 décembre 1964 : Dr. Soc. 1965. p. 316, obs. J. Savatier.

²⁹⁹ C. trav., art. R. 4623-18.

³⁰⁰ C. trav., art. R. 4623-19.

³⁰¹ C. trav., art. R. 4623-20. al. 4.

A. Demande d'autorisation

199. Délais. Le licenciement du médecin du travail ne peut intervenir qu'après autorisation de l'inspecteur du travail dont dépend le service de santé au travail, lui-même statuant après avis du médecin-inspecteur du travail. La demande d'autorisation est adressée par lettre recommandée avec avis de réception dans les quinze jours suivant la délibération de l'instance de contrôle compétente. En cas de mise à pied, ce délai est réduit à quarante-huit heures³⁰².

200. Contenu. Le contenu de la demande d'autorisation est double : elle doit énoncer les motifs du licenciement et être accompagnée du procès verbal issu de la consultation de l'instance de contrôle compétente. Dans l'hypothèse où la demande d'autorisation est incomplète (en d'autres termes, que l'un de ses deux éléments n'est pas présent), l'inspecteur du travail en informe l'employeur³⁰³.

B. Contrôle de l'inspecteur du travail

201. Enquête contradictoire. Après avoir recueilli l'avis du médecin-inspecteur du travail³⁰⁴, l'inspecteur du travail procède à une enquête contradictoire au cours de laquelle le médecin du travail peut, sur sa demande, se faire assister par une personne de son choix appartenant au personnel de service de santé au travail ou de l'entreprise³⁰⁵.

202. Objectif. Le contrôle opéré par l'inspecteur du travail n'a qu'un objectif : vérifier que la mesure de licenciement n'est pas liée aux fonctions du médecin du travail. Il ne s'agit pas d'une simple faculté mais bien d'une obligation à la charge de l'inspecteur du travail³⁰⁶. Dès lors qu'un tel lien existe, l'intéressé a pour obligation de refuser l'autorisation de licenciement³⁰⁷. Cette rigueur, tant règlementaire que jurisprudentielle, est justifiée par le fait que la protection dont bénéficie le médecin du travail est d'ordre public, le risque étant l'existence de divergences d'appréciation entre les différentes inspections du travail.

³⁰² C. trav., art. R. 4623-20.

³⁰³ Circ. DRT n°3 du 7 avril 2005.

³⁰⁴ C. trav., art. L. 4623-5.

³⁰⁵ C. trav., art. R. 4623-21. al. 1.

³⁰⁶ CE 5 février 1988, n°54534.

³⁰⁷ CE 6 mai 1996, n°162343.

C. Décision de l'inspecteur du travail

1. Forme et contenu

203. Motivation. La décision de l'inspecteur, qui ne saurait être arbitraire, est nécessairement motivée³⁰⁸. En d'autres termes, elle doit indiquer les considérations de droit et de fait sur lesquelles elle s'appuie. Cette exigence se traduit aussi dans l'obligation pour l'inspecteur du travail de préciser les délais de recours devant le tribunal administratif compétent³⁰⁹.

204. Délais. En principe, l'inspecteur du travail doit statuer dans un délai de quinze jours à compter de la réception de la demande d'autorisation présentée par l'employeur. Néanmoins, ce délai de droit commun est modifié dans deux hypothèses. Lorsque le médecin du travail a fait l'objet d'une mise à pied, le délai est réduit à huit jours. *A contrario*, si les nécessités de l'enquête le justifient, l'inspecteur du travail a la faculté de prolonger son délai de réponse³¹⁰. L'excessive largesse de cette formulation offre une faculté quasi-discrétionnaire pour l'inspecteur du travail de prolonger le délai de droit commun. Enfin, sa décision est notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux personnes intéressées, c'est-à-dire à l'employeur, au médecin du travail et à l'instance de contrôle compétente³¹¹.

205. Recours. Deux recours sont envisageables. Premièrement, le médecin du travail et l'employeur peuvent former un recours hiérarchique, dans un délai de deux mois, devant le Ministre compétent, celui-ci ayant la faculté d'annuler ou de réformer la décision de l'inspecteur du travail. Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur ce recours vaut décision de rejet³¹². Deuxièmement, en tant qu'acte unilatéral faisant grief, la décision de l'inspecteur du travail peut aussi faire l'objet d'un recours contentieux (recours pour excès de pouvoir). La pratique contentieuse fait qu'un recours hiérarchique est formé avant un éventuel recours contentieux, ce dernier pouvant être introduit tant après la décision de l'inspecteur du travail que celle du Ministre compétent.

³⁰⁸ C. trav., art. R4623-22.

³⁰⁹ Circ. DRT n°3 du 7 avril 2005.

³¹⁰ C. trav., art. R. 4623-21. al. 2.

³¹¹ C. trav., art. R. 4623-22.

³¹² C. trav., art. R. 4623-24.

2. Annulation

206. L'annulation, sur recours hiérarchique ou contentieux, de la décision de l'inspecteur du travail autorisant le licenciement du médecin du travail emporte les mêmes conséquences que celles prévues par le statut protecteur des représentants du personnel³¹³ : réintégration (a) et indemnisation (b).

a. Réintégration

207. La réintégration du médecin du travail ne peut être réalisée qu'à la demande de l'intéressé dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision d'annulation³¹⁴. Le délai est apprécié strictement par la jurisprudence et ce quel que soit le motif de la décision d'annulation³¹⁵. La réintégration du médecin du travail n'est pas laissée au libre arbitre de l'employeur. Si ce dernier la refuse, le conseil de prud'hommes, statuant en référé, peut ordonner sous astreinte la réintégration de l'intéressé³¹⁶.

b. Indemnisation

208. Liberté de choix du médecin. Le législateur a récemment fait preuve de finesse dans la mesure où il a effacé le renvoi qui était fait aux dispositions relatives à l'indemnisation des représentants du personnel pour les intégrer directement dans la partie relative à la protection du médecin du travail³¹⁷. C'est par ces petites attentions que l'intelligibilité de la loi ressuscitera. Ainsi, le médecin du travail a droit, à sa demande, au paiement d'une indemnité correspondant à la totalité du préjudice subi au cours de la période écoulée entre son licenciement et sa réintégration. Le délai de deux mois prévu en matière de réintégration est applicable. Dans l'hypothèse où le médecin du travail ne demande pas sa réintégration, le préjudice s'apprécie au regard de la période allant de son licenciement à l'expiration du délai susmentionné³¹⁸.

³¹³ C. trav., art. L. 4623-6 renvoyant à l'article L. 2422-4 du Code du travail.

³¹⁴ C. trav., art. L. 4623-6.

³¹⁵ Cass. soc., 23 juin 1999, n° 97-41.825. Bull. Civ. V n° 295 p. 213.

³¹⁶ Cass. soc. 26 novembre 1997, n°95-44.578. Bull. Civ. V n°407 p. 291. Cette jurisprudence, applicable à tout salarié protégé, concernait au cas particulier un salarié titulaire d'un mandat de délégué du personnel.

³¹⁷ En effet, avant la recodification du Code du travail opérée en 2008, la loi se contentait de renvoyer à l'ancien article L. 425-3 du Code du travail propre au statut protecteur des représentants du personnel.

³¹⁸ C. trav., art. L. 4623-7 al 1 et 2.

209. Montant de l'indemnisation. En application de la jurisprudence relative au statut protecteur des représentants du personnel, la somme allouée doit réparer tant le préjudice matériel – c'est-à-dire la perte de salaire³¹⁹ - que moral – même s'il est très réduit³²⁰ – du médecin du travail. Enfin, en tant que complément de salaire, cette somme est soumise à cotisations sociales³²¹.

III. Non respect de la procédure

210. Il ne faut pas confondre annulation de l'autorisation de licenciement et absence d'autorisation. Dans cette seconde hypothèse, la procédure n'a même pas été engagée. Les sanctions sont naturellement plus lourdes.

211. Sanctions civiles. Sur la question des sanctions civiles, le Code du travail est étonnamment muet. Deux éléments laissent penser que la jurisprudence relative au statut protecteur des représentants du personnel est applicable : d'une part, le renvoi aux dispositions relatives au statut protecteur des représentants du personnel en matière de réintégration ; d'autre part, l'extension du statut protecteur du médecin du travail via la loi du 20 juillet 2011. Dans cette optique, outre son droit à réintégration (ou à indemnisation lorsqu'il ne souhaite pas être réintégré), le médecin du travail peut voir la mesure de licenciement dont il a été victime déclarée nulle³²². D'ailleurs, la jurisprudence a déjà considéré que le licenciement du médecin du travail sans l'accord préalable de l'organisme de contrôle est nul³²³.

212. Sanctions pénales. Le non respect des règles relatives au statut protecteur du médecin du travail est puni de l'amende prévue pour les contraventions de cinquième classe. Les sanctions civiles semblent donc plus dissuasives que la loi pénale.

³¹⁹ Cass. soc. 28 février 1989, n°85-46.322. Bull. Civ. V n° 144 p 88.

³²⁰ Cass. soc. 11 mai 1999, n°97-41.821. Inédit.

³²¹ C. trav., art. L. 4623-7. al 3.

³²² Cass. soc. 4 juillet 1989, n°87-45.198. Bull. Civ. V n° 498 p. 302.

³²³ Cass. soc. 12 mai 1965. Bull. Civ. IV, n°374.

§2 : Motif de licenciement

213. En vertu du droit commun, le licenciement du médecin du travail suppose l'existence d'une cause réelle et sérieuse³²⁴. De ce principe découle un contrôle tant du motif personnel (I) qu'économique (II) du licenciement.

I. Licenciement pour motif personnel

214. Prévalence du motif disciplinaire. Une analyse exhaustive de la jurisprudence démontre que le licenciement du médecin du travail se cristallise majoritairement sur le motif personnel et plus particulièrement sur le motif disciplinaire. Il n'en demeure pas moins que le médecin du travail peut être licencié pour insuffisance professionnelle ou encore pour perte de diplôme. Sur le premier point, la jurisprudence n'est pas étouffée, sans doute en raison du fait que l'employeur s'inquiète plus du « proactivisme » du médecin du travail que de sa passivité³²⁵.

215. Appréciation de la faute. Comme pour tout salarié, le licenciement pour motif disciplinaire du médecin du travail suppose l'existence d'une faute commise dans l'exercice de ses fonctions³²⁶. En cas de faute grave imputable au médecin du travail, l'employeur peut prononcer la mise à pied de ce dernier dans l'attente de l'autorisation de licenciement. Si cette autorisation est refusée, la mise à pied est annulée et ses effets sont supprimés de plein droit³²⁷. Pour déterminer si le fait litigieux est constitutif d'une faute, le juge, de la même façon que l'inspection du travail, recherche si la mesure de licenciement est liée ou non à l'exercice de ses fonctions par le médecin³²⁸. Autrement dit, la frontière est brumeuse. Néanmoins, deux lignes directrices permettent d'y voir plus clair. D'une part, dès lors que le licenciement affecte l'indépendance technique du médecin du travail, celui-ci sera déclaré abusif. Il en va ainsi lorsque l'employeur fait preuve d'ingérence dans l'activité du médecin du travail³²⁹ ou considère qu'il déclare trop d'inaptitudes médicales³³⁰. D'autre part,

³²⁴ C. trav., art. L. 1232-1 ; C. trav., art. L. 1233-2.

³²⁵ Cette remarque, volontairement subversive, est à tempérer. En effet, certaines entreprises déplorent le fait que les médecins du travail, qui seraient trop centrés sur les visites médicales, ne soient pas assez impliqués dans leurs missions relatives à l'action sur le milieu de travail.

³²⁶ Cass. soc. 5 octobre 1978, n°77-40.295. Bull. Civ. V n°643 p. 480.

³²⁷ C. trav., art. L. 4623-5. al 2.

³²⁸ CE, 6 mai 1996, n°162343.

³²⁹ Cass. soc. 10 octobre 1979, n°78-12.275. Bull. Civ. V n°703.

³³⁰ Cass. soc. 23 février 1966, n°64-40.665.

toute latitude n'est pas laissée au médecin du travail : au regard de l'importance de la mission qui lui est dévolue, il doit accomplir sa prestation de travail (de bonne foi³³¹). Ainsi, commet une faute grave le médecin du travail qui, ne pouvant obtenir un changement de secrétaire, refuse d'examiner les salariés convoqués, dans la mesure où les examens pouvaient avoir lieu sans secrétaire³³². *Idem* lorsque le médecin du travail adopte une attitude agressive envers le personnel administratif du service et que certains salariés refusent de passer les visites médicales en sa présence³³³ ou encore refuse de participer aux réunions de service et exerce son activité de façon totalement isolée³³⁴.

II. Licenciement pour motif économique

216. Contrôle du motif économique. La jurisprudence relative au licenciement pour motif économique du médecin du travail, bien que plus marginale, traduit le contrôle poussé de la Cour de cassation quant au contenu du motif économique : il appartient à l'inspecteur du travail et, le cas échéant, au ministre compétent, de rechercher sous le contrôle du juge, si la situation de l'entreprise ou du service interentreprises justifie le licenciement du médecin, en tenant compte notamment, si l'employeur invoque des difficultés économiques, de la nécessité des réductions d'effectifs envisagées³³⁵. La mesure de licenciement peut tout autant résulter de la suppression d'un service médical autonome³³⁶.

217. Obligation de reclassement. L'obligation de reclassement à la charge de l'employeur est applicable au licenciement pour motif économique du médecin du travail³³⁷. A défaut du respect préalable de cette obligation, le licenciement est privé de cause réelle et sérieuse³³⁸.

Sous-section 2 – L'extension du statut protecteur

218. L'extension du statut protecteur du médecin du travail s'est effectuée par le biais de multiples outils juridiques. La loi constitue tout de même l'outil majeur : l'extension

³³¹ C. trav., art. L. 1222-1.

³³² Cass. soc. 28 juin 1989, n°86-42.542. Inédit.

³³³ Cass. soc. 14 mars 1990, n°89-40.518. Inédit.

³³⁴ CE, 21 décembre 2001, n°224605.

³³⁵ CAA Bordeaux, 19 octobre 2006, n°05-969, n°06-193.

³³⁶ CE, 5 février 1988, n°54534.

³³⁷ CAA Bordeaux, 19 octobre 2006, n°05-969, n°06-193.

³³⁸ Cass. soc. 19 novembre 2008, n°07-44.416. Inédit.

du statut protecteur du médecin du travail est ainsi l'une des plus grandes avancées de la réforme du 20 juillet 2011. Désormais, à l'instar de la protection accordée aux représentants du personnel, le médecin du travail est protégé en cas de rupture de son contrat de travail à durée déterminée (§1), de rupture conventionnelle (§2) et de transfert partiel (§3). Il ne faut pas négliger l'action de la jurisprudence, notamment en matière de mise à la retraite du médecin du travail (§4).

§1 : Rupture du contrat de travail à durée déterminée

219. L'extension du statut protecteur du médecin du travail à la rupture de son contrat de travail à durée déterminée concerne quatre situations pour lesquelles sont appliquées, soit la procédure de droit commun (I), soit une procédure dérogatoire (II).

I. Procédure de droit commun

220. L'ensemble des règles mentionnées en matière de licenciement sont applicables (procédure de licenciement, recours administratif relatif à la décision de l'inspecteur du travail) dans trois hypothèses : lors de la rupture du contrat de travail à durée déterminée avant l'échéance du terme en raison d'une faute grave, en cas d'inaptitude médicale et à l'arrivée du terme lorsque l'employeur n'envisage pas de renouveler un contrat comportant une clause de renouvellement³³⁹. Dans ces situations, l'employeur a pour obligation de consulter l'organisme de contrôle compétent en vertu des règles relatives au licenciement du médecin du travail³⁴⁰. Après cette consultation, la rupture du contrat suppose l'autorisation de l'inspecteur du travail dont dépend le service de santé au travail après avis du médecin inspecteur du travail³⁴¹.

221. CDD et faute grave. En vertu des règles relatives à la rupture du contrat à durée indéterminée du médecin du travail, lorsque la rupture résulte d'une faute grave imputable au médecin, l'employeur a la faculté de prononcer la mise à pied immédiate de l'intéressé dans l'attente de la décision de l'inspecteur du travail. Si la rupture du contrat à durée déterminée n'est pas autorisée, la mise à pied est annulée et ses effets sont supprimés de plein droit³⁴².

³³⁹ C. trav., art. L. 4623-5-1.

³⁴⁰ C. trav., art. R. 4623-18.

³⁴¹ C. trav., art. L. 4623-5-1.

³⁴² C. trav., art. L. 4623-5.

II. Procédure dérogatoire

222. Arrivée à terme du CDD. Lors de l'arrivée du terme du contrat de travail à durée déterminée, apparaissent deux spécificités. Sur le fond, l'inspecteur du travail a pour obligation de vérifier si cette rupture n'est pas en lien avec l'exercice des missions de médecin du travail et ne constitue pas une mesure discriminatoire³⁴³. En outre, le médecin inspecteur du travail ainsi que l'organisme de contrôle théoriquement compétent n'ont pas à être consultés³⁴⁴. Sur la forme, saisi un mois avant l'arrivée du terme du contrat³⁴⁵, l'inspecteur du travail doit statuer avant la date du terme du contrat³⁴⁶.

§2 : Rupture conventionnelle

223. La rupture conventionnelle³⁴⁷ du contrat de travail du médecin du travail est désormais soumise à la procédure prévue en cas de licenciement : outre la consultation de l'organe de contrôle compétent³⁴⁸, l'employeur doit obtenir l'autorisation de l'inspecteur du travail, ce dernier statuant après avis du médecin-inspecteur du travail³⁴⁹. Par cette précision, la loi du 20 juillet 2011³⁵⁰ ne fait qu'entériner la position récemment adoptée par l'administration³⁵¹. Ce principe n'est d'ailleurs que l'émanation de la règle selon laquelle le statut protecteur du médecin du travail est d'ordre public. Il ne peut donc être écarté par voie conventionnelle.

§3 : Transfert partiel

224. Procédure allégée. Contrairement à la procédure de droit commun, l'employeur n'a pas à consulter l'organe de contrôle théoriquement compétent³⁵². Le transfert d'un médecin du travail compris dans un transfert partiel de service de santé au travail, par

³⁴³ C. trav., art. L. 4623-5-2. al 1.

³⁴⁴ C. trav., art. R. 4623-18.

³⁴⁵ C. trav., art. L. 4623-5-2. al 2.

³⁴⁶ C. trav., art. L. 4623-5-2. al 3.

³⁴⁷ La rupture conventionnelle se matérialise par une convention par laquelle le salarié et l'employeur décident de rompre le contrat de travail d'un commun accord.

³⁴⁸ C. trav., art. R. 4623-18.

³⁴⁹ C. trav., art. L. 1237-15. al 2.

³⁵⁰ L. du 20 juillet 2011., art. 6.

³⁵¹ Circ. DGT 2009-04 du 17 mars 2009.

³⁵² C. trav., art. R. 4623-23.

application de l'article L. 1224-1 du Code du travail³⁵³, ne peut intervenir qu'après autorisation de l'inspecteur dont dépend le service de santé au travail, après avis du médecin inspecteur du travail³⁵⁴. L'usage par le législateur du terme « partiel » nous semble difficile à comprendre. Lorsque la pratique révélera cette maladresse, l'administration éclaircira certainement la situation. Toujours est-il que la demande d'autorisation de transfert doit être adressée à l'inspecteur du travail par lettre recommandée avec avis de réception quinze jours avant la date arrêtée pour le transfert.

225. Contrôle de l'inspecteur du travail. L'inspecteur du travail doit s'assurer que le transfert n'est pas en lien avec l'exercice des missions du médecin du travail et ne constitue pas une mesure discriminatoire³⁵⁵. Par cette règle, le législateur entend empêcher tout transfert constituant une sanction « déguisée ».

§4 : Mise à la retraite

226. Contrairement aux hypothèses de rupture du contrat de travail précédemment évoquées, la mise à la retraite du médecin du travail n'est pas envisagée par la loi. Dès 1982, la chambre criminelle de la Cour de cassation a admis que le statut protecteur dont bénéficie le médecin du travail s'applique à sa mise à la retraite³⁵⁶. Ce principe fut ultérieurement entériné par l'administration³⁵⁷.

Conclusion

227. Un contrat particulier. Le contrat de travail du médecin du travail, de sa formation à sa rupture, revêt des particularités certaines, qui l'éloignent nettement du droit commun des relations de travail. Les nombreux débats, tant doctrinaux que parlementaires, sur la reconnaissance de la médecine du travail en tant que service public en est une illustration marquante. Pourquoi un tel particularisme ? La nature de la tâche du médecin du travail, protéger la santé des travailleurs, ne constitue pas une prestation comme une autre.

³⁵³ Cet article dispose que « *lorsque survient une modification dans la situation juridique de l'employeur, notamment par succession, vente, fusion, transformation du fonds, mise en société de l'entreprise, tous les contrats de travail en cours au jour de la modification subsistent entre le nouvel employeur et le personnel de l'entreprise* ».

³⁵⁴ C. trav., art. L. 4623-5-3.

³⁵⁵ C. trav., art. L. 4623-5-3.

³⁵⁶ Cass. crim. 2 février 1982, n°81-91.352. Bull. Crim n°38.

³⁵⁷ Circ. DRT n°3 du 7 avril 2005.

228. Un particularisme croissant. Les réformes engagées depuis des années démontrent une indéniable cohérence, qui se traduit par un accroissement progressif de la protection du médecin du travail. Cette protection se matérialise principalement par l'indépendance professionnelle et la protection de la rupture de la relation de travail. Dernière réforme en date, la loi du 20 juillet 2011 n'échappe pas à ce constat : d'un côté, l'indépendance professionnelle du médecin du travail a été consacrée par le législateur ; d'un autre, le statut protecteur du médecin du travail a été fortement élargi. Si le renforcement de la protection du médecin du travail constitue une nette avancée, il convient de la replacer dans son contexte : la mise en place de la pluridisciplinarité des services de santé au travail.

229. Pluridisciplinarité : quelles conséquences ? Les liens tissés entre pluridisciplinarité et son acteur central - le médecin du travail - ne peuvent à cette heure être exposés de manière exhaustive. En effet, l'application de la loi du 20 juillet 2011 et de ses décrets d'application en date du 30 janvier 2012 permettra d'éclaircir la situation. Néanmoins, un phénomène est d'ores et déjà visible : le renforcement de la protection du médecin du travail ne peut éluder le fait que les autres acteurs (personnel infirmier, collaborateur médecin, assistant de service de santé au travail...) du service de santé au travail ne sont pas protégés. Aussi, apparaît la question suivante : le renforcement de la protection du médecin du travail n'est-il pas artificiel? La question est délicate, voire passionnelle³⁵⁸. Les deux positions sont légitimes. Du côté de l'entreprise, faire bénéficier l'ensemble du personnel du service de santé au travail d'un statut protecteur limiterait sans doute excessivement le pouvoir de direction de l'employeur. Du côté des salariés, les craintes de pressions patronales à l'encontre d'un personnel de santé « vulnérable » - touchant indirectement l'action du médecin du travail - se font entendre. Le problème semble insoluble. Bien qu'un statut protecteur bénéficiant à l'ensemble du personnel du service de santé au travail soit difficilement praticable, l'absence totale de protection constitue une faille de taille dans la protection de la santé des travailleurs. Une troisième voie n'aurait-elle pas été souhaitable³⁵⁹ ?

³⁵⁸ 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. 682.

³⁵⁹ Sur cette question, V. obs. au par. n°634 et s.

Chapitre 2 – La responsabilité

230. Essor de la responsabilité médicale. La responsabilité médicale a été envisagée tardivement par le juge. En 1835, la Cour de cassation reconnaissait pour la première fois la responsabilité d'un médecin ayant commis de graves fautes dans l'exercice de sa profession³⁶⁰. Il faudra attendre un siècle pour que la responsabilité médicale soit pleinement reconnue et systématisée. L'arrêt *Mercier*³⁶¹ reconnaissait alors la responsabilité de tout médecin du fait de ses actes et ce sur un fondement contractuel. Sur cette base jurisprudentielle, la France a assisté, dès les années 1950, à une inflation notable du contentieux médical³⁶². Ce constat ne s'est pas cantonné au territoire français : en Belgique notamment, certains auteurs ont noté « une croissance sans pareil » du droit de la responsabilité médicale, se matérialisant par une hausse du contentieux³⁶³.

231. L'exception : la médecine du travail. La médecine du travail, une fois encore, est à contre-courant. L'essor de la responsabilité médicale ne s'est pas répercuté en cette matière puisque le contentieux est modeste³⁶⁴. Le caractère préventif de cette médecine tend à limiter le nombre de faits fautifs et il est de toute manière difficile d'établir un lien causal entre un préjudice et un acte préventif. La faiblesse du contentieux n'enlève rien à l'importance du sujet, qui, au fil des réformes, s'avère de plus en plus épineux.

232. Une question épineuse. Deux facteurs d'inégale importance expliquent le fait que la responsabilité du médecin du travail est une question de plus en plus opaque. A titre principal, le particularisme du statut du médecin du travail complexifie indéniablement le régime de la responsabilité du médecin du travail : l'intéressé, salarié de droit privé, agit pour le compte de son employeur. Or, ce dernier est lui-même responsable de la santé tant physique que mentale de ses salariés, responsabilité matérialisée par une obligation de sécurité de résultat³⁶⁵. De ce fait, les liens tissés entre contrat de travail et responsabilité écartent, pour partie, le droit commun de la responsabilité. Nous verrons que ce constat s'avère néanmoins plus prégnant en matière civile que pénale. En effet, si le contrat de travail

³⁶⁰ Cass. req., 18 juin 1835 « *Thouret-Noroy* », S 1835, 1, 401.

³⁶¹ Cass. Civ., 20 mai 1936, *D.1936*, p. 88.

³⁶² D. Thouvenin, *La responsabilité médicale* : Flammarion, 1995.

³⁶³ A. Prims, T. Vansweevelt, M. Van Lil, *Ontwikkeling van het gezondheidsrecht in België, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 1989, p. 212-127.

³⁶⁴ A. Jammeaud, *Médecine du travail et responsabilité civile* : Droit social n°4 avril 1980 p. 77.

³⁶⁵ Cass. soc. 17 février 2010 n° 08-44.298 . Inédit.

constitue un rempart solide à l'application du droit commun de la responsabilité civile (Section 1), la responsabilité pénale (Section 2) ne connaît pas de barrières.

A titre complémentaire, la mise en place de la pluridisciplinarité des services de santé au travail conduit à la création de nouvelles relations entre les protagonistes de ces services, posant *de facto* de nouvelles hypothèses de responsabilité. A titre illustratif, la loi du 20 juillet 2011 offre la possibilité au médecin du travail de confier certaines de ses activités, sous sa responsabilité (dans le cadre de protocoles écrits), au personnel du service de santé au travail, sous réserve du respect des compétences de chacun. Comment agencer les responsabilités de chacun ?

Section 1 – De la responsabilité civile

233. La responsabilité civile du médecin du travail peut être engagée de deux manières : au regard du droit commun de la responsabilité médicale (Sous-section 1) et du Code de déontologie médicale (Sous-section 2).

Sous-section 1 – Responsabilité de droit commun

234. Le médecin du travail étant le conseiller de l'employeur (Sous-section 1) comme des salariés (Sous-section 2), sa responsabilité civile peut être engagée par ces deux protagonistes.

§1 : Responsabilité à l'égard de l'employeur

235. Identification de l'employeur. La responsabilité du médecin du travail à l'égard de l'employeur dépend directement de la nature juridique du service de santé au travail. Au sein des services de santé au travail autonomes, l'employeur du médecin du travail est le chef de l'entreprise dans laquelle ce dernier réalise sa prestation de travail (I). Au sein des services de santé au travail interentreprises, l'employeur du médecin du travail est distinct de l'employeur des salariés bénéficiaires de son action (II).

I. Service de santé au travail autonome

236. Nature de la responsabilité. L'employeur et le médecin du travail sont liés par un contrat de travail. La nature de la responsabilité du médecin du travail est dès lors exclusivement contractuelle.

237. Conditions d'engagement de la responsabilité. Comme pour tout autre médecin, la responsabilité civile du médecin du travail suppose la réunion de trois conditions. L'existence d'une faute imputable au médecin du travail, d'un préjudice pour son employeur et d'un lien de causalité entre ce préjudice et la faute³⁶⁶.

238. Faute...lourde. C'est sur le terrain de caractérisation de la faute que l'ambiguïté du statut du médecin du travail surgit. En droit commun de la responsabilité médicale, une faute simple suffit³⁶⁷. Or, le contrat de travail du médecin du travail fait obstacle aux règles de droit commun : l'employeur ne peut engager la responsabilité civile pécuniaire du salarié qu'en cas de faute lourde³⁶⁸. Autrement dit, l'employeur doit démontrer l'intention de nuire du médecin du travail³⁶⁹.

239. Préjudice. La responsabilité du médecin ne peut être engagée qu'à la condition que l'employeur fasse état d'un préjudice réparable. Ce préjudice peut notamment résulter d'une carence du médecin dans la réalisation des visites médicales obligatoires prévues par le Code du travail.

240. Lien de causalité. La reconnaissance de la responsabilité du médecin du travail suppose la caractérisation d'un lien de causalité entre la faute imputable à ce dernier et le préjudice dont son employeur est victime. Cette condition, bien qu'essentielle, est pourtant incertaine. La jurisprudence oscille ainsi entre deux théories (causalité adéquate ou équivalence des conditions³⁷⁰) au point que certains auteurs ont pu considérer que le juge statuait en la matière « par sentiments »³⁷¹. Le médecin du travail n'échappe pas à ces atermoiements jurisprudentiels. Selon nous, le caractère préventif de cette spécialité médicale, qui rend d'autant plus difficile la caractérisation d'un lien entre une faute et un préjudice, ainsi que la nécessité d'une faute lourde, conduirait à privilégier la théorie de l'équivalence des conditions, sous peine d'une quasi « immunité civile » du médecin du travail à l'égard de

³⁶⁶ C. civ., art. 1382.

³⁶⁷ L'article L. 1142-1-I du Code de la santé publique prévoit que les professionnels de santé "ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic et de soins qu'en cas de faute ».

³⁶⁸ Cass. soc., 11 avr. 1996, n° 92-42.847. Bull. Civ. V n° 152 p. 107.

³⁶⁹ Cass. soc., 9 nov. 2009, n° 08-40.112, Inédit.

³⁷⁰ Ces deux notions constituent des constructions doctrinales sur lesquelles la jurisprudence s'appuie pour établir ou écarter l'existence d'un lien de causalité. La première tend à dégager, parmi les différents facteurs du dommage, celui qui en est la cause efficiente. La seconde, au contraire, place sur un même plan toutes les circonstances ayant concouru à produire le dommage.

³⁷¹ P. Esmein, *Le nez de Cléopâtre ou les affres de la causalité* : D. 1964, chron. p. 205.

son employeur³⁷². Néanmoins, la jurisprudence de la chambre sociale de la Cour de cassation, qui tend à restreindre le champ de la faute lourde, affirme une volonté plus globale de limitation de la responsabilité civile du salarié à l'égard de l'employeur. Cela ferait alors primer la théorie de la causalité adéquate.

II. Service de santé au travail interentreprises

241. Action récursoire. La faute du médecin du travail peut engager la responsabilité civile du service de santé au travail interentreprises dont il est salarié. Dans l'hypothèse où la responsabilité civile du service est reconnue, ce service dispose d'une action récursoire à l'encontre de son médecin salarié³⁷³. Ici encore, le contrat de travail fait obstacle à l'application du droit commun de la responsabilité civile, une faute lourde du médecin du travail étant nécessaire. Au surplus, la caractérisation d'un préjudice et d'un lien de causalité entre celui-ci et la faute du médecin est indispensable.

242. Conclusion. Le contrat de travail du médecin du travail restreint de manière certaine la faculté de l'employeur d'engager la responsabilité civile de son médecin salarié : en dehors de toute intention de nuire, aucune action n'est possible. De ce fait, le moyen le plus efficace pour l'employeur de tendre à ce que le médecin réponde de ses actes est un outil offert par le droit du travail lui-même : le droit disciplinaire. Dans ce cadre, la sanction pécuniaire est totalement prohibée et l'intérêt de la responsabilité civile fort réduit. Ici encore, le statut du médecin du travail, salarié de droit privé, fait débat.

§2 : Responsabilité à l'égard des salariés

I. Conditions

243. Nature de la responsabilité. Sur le plan médical, le patient-salarié n'est ni plus ni moins que le patient du médecin du travail. Aucun contrat ne liant ces deux personnes, la responsabilité du médecin du travail semble être délictuelle.

244. Droit commun de la responsabilité médicale. Lorsque le médecin du travail voit sa responsabilité civile engagée par un patient-salarié, le droit commun de la

³⁷² Ce propos acquiert plus de force lorsque l'on tient compte du fait que la charge de la preuve du lien de causalité incombe, en vertu de l'article 1315 du Code civil, à l'employeur.

³⁷³ Cass. civ 1^{re}. 13 novembre 2002 n° 1577. Bull. Civ. I. n° 263 p. 205.

responsabilité médicale est applicable³⁷⁴. La condamnation du médecin du travail suppose alors la réunion de l'éternel triptyque: une faute imputable au médecin du travail³⁷⁵, un préjudice subi par le patient-salarié et un lien de causalité entre ces deux éléments³⁷⁶.

II. Hypothèses

245. Responsabilité de l'employeur. Dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, pèse sur l'employeur une obligation de sécurité de résultat à l'égard de ses salariés³⁷⁷. Cette idée-force se répercute indéniablement sur la responsabilité du médecin du travail à l'égard du salarié, qui est alors réduite. Cependant, la responsabilité du médecin du travail à l'égard des salariés dont il a la charge n'est pas inexistante. Le contentieux en la matière concerne tant les actes préventifs (A) que curatifs (B).

A. Responsabilité et médecine préventive

246. Multiplicité des risques. Les missions du médecin du travail étant de plus en plus importantes, sa responsabilité devrait être croissante. Même s'il n'existe que peu de contentieux sur ces questions, de multiples situations peuvent conduire à la responsabilité du médecin du travail : absence de déclaration des maladies contagieuses, défaut de signalement d'une maladie professionnelle, défaut de convocation des salariés aux visites médicales obligatoires ou encore une erreur dans l'appréciation de l'aptitude du salarié. Sur cette dernière question, le patient-salarié a la faculté de demander réparation du préjudice lié à cet avis d'inaptitude s'il établit la négligence, l'imprudence ou la maladresse du médecin du travail dans l'élaboration de cet avis³⁷⁸. Une telle action serait alors envisageable dans l'hypothèse où le médecin du travail n'a pas étudié le poste et les conditions de travail du salarié.

247. Pratique. En pratique, la majorité du contentieux porte sur le fait que le médecin du travail, lors d'un examen médical, ne détecte pas une affectation grave dont souffre le patient-salarié. La jurisprudence a établi une frontière permettant de déterminer les hypothèses dans lesquelles le médecin du travail est responsable ou non : le juge doit

³⁷⁴ Ici encore, la responsabilité du médecin du travail en raison des fautes ou omissions du personnel du service de santé au travail peut jouer.

³⁷⁵ Contrairement à la responsabilité civile du médecin à l'égard de son employeur, une faute simple suffit.

³⁷⁶ C. civ., art. 1382.

³⁷⁷ Cass. soc. 17 février 2010 n° 08-44.298, Inédit.

³⁷⁸ CA Montpellier, 7 décembre 1999.

rechercher si le médecin a la faculté de déceler un problème médical dans le cadre de ses prérogatives (c'est-à-dire lors des visites médicales).

L'appréciation opérée par le juge est très casuistique. Ainsi, il a été jugé qu'il ne peut être reproché à un médecin du travail de ne pas avoir procédé à une radiographie pulmonaire d'une salariée, qui lui aurait permis de déceler son cancer pulmonaire³⁷⁹. *A contrario*, dès lors que le médecin du travail prend connaissance d'une pathologie grave pour le salarié mais s'abstient de demander des examens complémentaires et de l'en informer, celui-ci commet une négligence engageant sa responsabilité : deux médecins du travail en possession d'une radiographie thoracique évoquant la possibilité d'une tuberculose pulmonaire et n'ayant pas réalisé les examens médicaux complémentaires nécessaires ont ainsi été jugés responsables. Les juges avaient aussi tenu compte du fait que le salarié en cause avait été maintenu à son poste de travail alors même que cela aggravait son état de santé³⁸⁰. Même raisonnement lorsque le médecin du travail renvoie à ses occupations professionnelles sans examen préalable un employé donnant des signes d'impotence à la suite d'une chute et se borne à suivre la suggestion du médecin traitant, en omettant d'envoyer le blessé pour examen à l'hôpital auquel il ne l'a adressé que tardivement, après plusieurs consultations alors que le malade présentait des symptômes alarmants³⁸¹.

B. Responsabilité et médecine curative

248. Soins urgents et exceptionnels. Le rôle du médecin du travail étant exclusivement préventif, toute pratique curative de sa part n'est envisageable qu'en cas d'urgence. Dans cette situation, la responsabilité du médecin du travail semble bien plus aisée à établir dans la mesure où le salarié s'appuiera sur un acte positif et non une simple omission ou négligence. Une fois encore, le régime juridique de la responsabilité médicale trouvera pleine application³⁸².

249. Vaccinations. Dans certaines conditions, le médecin du travail peut être amené à réaliser des vaccinations, tantôt obligatoires tantôt facultatives. Sans préjudice des actions qui pourraient être exercées conformément au droit commun, la réparation intégrale des préjudices directement imputables à une vaccination obligatoire est assurée par

³⁷⁹TGI Grenoble, 19 novembre 1998. JurisData : 1998-973592.

³⁸⁰Cass. soc., 8 décembre 1960, n°58-10.171. JurisData : 1960-001149.

³⁸¹CA Paris 29 mai 1961, D. 1961-J-497.

³⁸²Le salarié devra prouver que le médecin du travail a commis une faute médicale, qu'il a subi un préjudice et qu'il existe un lien de causalité entre la faute et ce préjudice.

l'ONIAM³⁸³³⁸⁴. Néanmoins, jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a payée, cet office est, s'il y a lieu, subrogé dans les droits et actions de la victime contre les responsables du dommage³⁸⁵. Ainsi, l'ONIAM a la faculté d'engager la responsabilité du médecin du travail dès lors qu'il prouve que ce dernier a commis une faute³⁸⁶. Dans l'hypothèse d'une vaccination facultative, il semble que la responsabilité civile du médecin du travail pourra être engagée directement par le salarié lésé en vertu du droit commun de la responsabilité médicale.

Sous-section 2 - Responsabilité déontologique

250. Force juridique du Code de déontologie médicale. La profession médicale étant la première à s'être dotée d'un code de déontologie, la responsabilité qui en découle est loin d'être résiduelle. Ce postulat est conforté par le fait que le Code de déontologie médicale a récemment été intégré à la partie réglementaire du Code de la santé publique³⁸⁷, ce qui ne laisse place à aucun doute quant à la force coercitive de cette norme. Une telle codification n'est pas anodine dans la mesure où bon nombre de codes de déontologies propres à d'autres professions ne détiennent aucune force juridique³⁸⁸. Ainsi, le non-respect de ses dispositions est sanctionné par les formations disciplinaires du Conseil de l'Ordre³⁸⁹.

§1 : Procédure

251. La procédure déontologique peut impliquer trois temps : le recours en première instance (I), le recours en appel (II) et le pourvoi en cassation (III).

I. Première instance

252. Chambre disciplinaire de première instance. La responsabilité déontologique du médecin du travail doit être engagée devant la chambre disciplinaire de

³⁸³ Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

³⁸⁴ C. santé. publ., art. L 3111-9. al 1.

³⁸⁵ C. santé. publ., art. L 3111-9. al 6.

³⁸⁶ C. Teyssier-Cotte, *Vaccination et responsabilité judiciaire du médecin du travail*, Arch. Mal. Prof., 1993, 54, pp. 641-647.

³⁸⁷ D. n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du Code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce Code.

³⁸⁸ V. exemple du Code de déontologie des psychologues du 22 mars 1996.

³⁸⁹ V. C. santé publ., art. L. 4124-1 à L. 4124-14.

première instance du Conseil régional de l'Ordre des médecins. En pratique, la saisine est opérée par l'intermédiaire du conseil départemental de l'Ordre compétent. Cette chambre doit statuer dans les six mois du dépôt de la plainte. A défaut, le président de la chambre disciplinaire nationale peut transmettre à une autre chambre disciplinaire de première instance³⁹⁰.

253. Compétence territoriale. La chambre disciplinaire compétente est celle dans le ressort de laquelle le praticien ou la société professionnelle poursuivi est inscrit au tableau de l'Ordre à la date où la juridiction est saisie³⁹¹. En d'autres termes, peu importe la localisation du service de santé au travail où exerce le médecin du travail.

254. Personnes susceptibles de former le recours. La loi mentionne, limitativement, les personnes susceptibles d'engager la responsabilité déontologique de tout médecin. Trois catégories de compétences sont ainsi admises. Premièrement, une compétence ordinale : le conseil national ou le conseil départemental³⁹², agissant de sa propre initiative ou à la suite de plaintes, formées notamment par les patients, les médecins-conseils chefs ou responsables du service du contrôle médical placé auprès d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale ou encore les organismes locaux d'assurance maladie obligatoires. Deuxièmement, une compétence administrative : le ministre chargé de la santé, le préfet de département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le procureur de la République du tribunal de grande instance dans le ressort duquel le praticien est inscrit au tableau. Troisièmement, une compétence professionnelle : une organisation syndicale ou une association de praticiens peut saisir les juridictions ordinales³⁹³. En pratique, la majorité des recours en matière de médecine du travail est formée par des médecins, plus particulièrement sur la base du principe de confraternité : le médecin du travail ayant une mission exclusivement préventive, il ne peut prodiguer de soins au patient-salarié. Il doit donc adresser le patient-salarié qu'il a reconnu malade au médecin traitant ou à tout autre médecin désigné par le salarié³⁹⁴, au risque de la prononciation d'une sanction ordinale³⁹⁵.

³⁹⁰C. santé. publ., art. L. 4124-1

³⁹¹C. santé. publ., art. R. 4124-1.

³⁹² Compétent au regard du critère territorial mentionnée au par. n°253.

³⁹³C. santé. publ., art. R. 4124-1.

³⁹⁴C. santé. publ., art. R. 4127-99.

³⁹⁵ Conseil national de l'ordre, 17 déc. 1980.

255. Conséquences. En dehors de ces trois hypothèses, aucune autre personne ne peut engager la responsabilité du médecin du travail devant l'Ordre des médecins. Ainsi, le patient-salarié ne peut engager la responsabilité du médecin du travail que par l'intermédiaire d'une plainte déposée au conseil départemental de l'Ordre, qui devra transmettre cette demande au conseil régional. En revanche, l'employeur ne peut, *a priori*, pas saisir les juridictions ordinaires. Sur ce dernier point, une appréciation *ad litteram* des dispositions réglementaires permettrait peut-être d'ouvrir une brèche: l'article R. 4124-1 du Code de santé publique mentionne le terme « syndicat », qui peut très bien renvoyer à une organisation patronale. Aussi, l'idée selon laquelle un employeur, par l'intermédiaire de l'organisation patronale à laquelle il adhère, forme un recours devant le Conseil de l'Ordre ne semble pas saugrenue.

256. Personnes susceptibles de subir le recours. Le premier concerné est évidemment le médecin du travail, mais la plainte peut aussi viser un étudiant en médecine³⁹⁶. Dans le contexte de pénurie de médecins du travail, où la loi du 20 juillet 2011 envisage le recours croissant à des internes en médecine au sein des services de santé au travail, la responsabilité déontologique d'étudiants pourrait augmenter.

257. Enquête facultative. La chambre disciplinaire compétente a la faculté, d'office ou à la demande des parties, d'ordonner une enquête sur les faits dont la constatation lui paraît utile à l'instruction de l'affaire³⁹⁷.

II. Appel

258. Chambre disciplinaire nationale. La chambre disciplinaire nationale, qui siège auprès du Conseil national de l'Ordre, connaît en appel des décisions rendues par les chambres disciplinaires de première instance³⁹⁸. Le délai d'appel est de trente jours à compter de la notification rendue en première instance³⁹⁹. Les termes employés par la loi ne sont pas anodins : la chambre disciplinaire de première instance n'est pas le Conseil régional de

³⁹⁶ Dans ce cas, l'article R. 4124-1 du Code de la santé publique prévoit que le conseil départemental ayant qualité pour saisir la chambre disciplinaire est le conseil au tableau auquel est inscrit le praticien auprès duquel a été effectué le remplacement ou l'assistantat.

³⁹⁷ C. santé. publ., art. L. 4124-3. al 1.

³⁹⁸ C. santé. publ., art. L. 4122-3. I.

³⁹⁹ C. santé. publ., art. R. 4126-44. al 1.

l'Ordre et la chambre disciplinaire nationale ne fait que siéger « auprès » de l'Ordre. En d'autres termes, la juridiction ordinale sort de l'Ordre⁴⁰⁰.

259. Personnes susceptibles de former le recours. Peuvent faire appel, outre l'auteur de la plainte et le professionnel sanctionné, le ministre chargé de la santé, le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé, le procureur de la République, le conseil départemental et le conseil national de l'ordre intéressé⁴⁰¹.

III. Cassation

260. Compétence du Conseil d'Etat. L 4122-3. Les décisions rendues par la chambre disciplinaire nationale sont susceptibles de recours devant le Conseil d'Etat⁴⁰². Ce recours est ouvert aux personnes qui ont la qualité de partie dans l'instance ayant donné lieu à la décision attaquée⁴⁰³. Cette règle de compétence s'inscrit dans le sillon de la compétence générale du Conseil d'Etat pour connaître des recours en annulation dirigés contre les décisions d'organismes collégiaux à compétence nationale.

§2 : Faute déontologique

261. Notion. Les termes de l'article L. 4121-2 du Code de la santé publique⁴⁰⁴ ont permis au juge d'adopter une lecture exégétique de la notion. Ainsi, la faute déontologique peut être caractérisée de deux manières. *Stricto sensu*, lorsqu'est caractérisée une violation d'une règle du Code de déontologie médicale. *Lato sensu*, la faute peut être reconnue nonobstant le fait que le comportement reproché n'est pas contraire à une disposition expresse du Code de déontologie, dès l'instant où il heurte la morale médicale⁴⁰⁵. C'est ainsi que la jurisprudence a reconnu la responsabilité déontologique d'un médecin en s'appuyant, en dehors de la lettre du Code de déontologie médicale, sur les « principes déontologiques fondamentaux » s'imposant au médecin dans les rapports avec son patient⁴⁰⁶.

⁴⁰⁰ G. Mémeteau, *Cours de droit médical*, 4^e édition, p. 177.

⁴⁰¹ C. santé. publ., art. L. 4122-3.

⁴⁰² C. santé. publ., art. L. 4122-5. V.

⁴⁰³ CE, 30 juill. 1949, Faucon, Rec. Lebon. 409.

⁴⁰⁴ Cet article dispose que "*l'ordre des médecins (...) veille au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine (...) et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le Code de déontologie prévu à l'article L. 4127-1*".

⁴⁰⁵ CE, 20 févr. 1953 : S. 1953, 3, p. 77.

⁴⁰⁶ CE ass., 2 juill. 1993, Milhaud : D. 1994, jurispr. p. 74, note J. Peyrical,

262. Absence d'autorité de la chose jugée de la décision ordinale. L'exercice d'une action ordinale contre le médecin du travail n'a aucune incidence sur les autres actions en responsabilité civile ou pénale pouvant parallèlement être exercées contre lui⁴⁰⁷. De ce fait, la décision de la juridiction ordinale est dépourvue de toute autorité de chose jugée à l'égard du juge pénal ou civil⁴⁰⁸. Néanmoins, la pratique judiciaire révèle que la norme déontologique est prise en compte par le juge civil dans l'appréciation d'une prétendue faute imputable au praticien.

263. Sanctions. Les sanctions pouvant être prononcées contre tout médecin ne respectant pas la déontologie médicale sont multiples : avertissement, blâme, interdiction temporaire ou permanente (avec ou sans sursis) d'exercice ou encore radiation du tableau de l'Ordre⁴⁰⁹.

264. Conclusion. La responsabilité civile du médecin du travail n'est, en pratique, que très peu évoquée dans les prétoires. Si, d'un point de vue académique, la loi du 20 juillet 2011 réactualise certains points, tel que l'ordonnancement des responsabilités entre les différents acteurs d'un service de santé au travail, la jurisprudence sur notre question reste ancienne, peu renouvelée. L'obligation de sécurité de résultat en matière de santé et sécurité au travail pesant sur l'employeur, la responsabilité civile du médecin du travail reste marginale. Lorsque la responsabilité civile du médecin du travail est engagée par un patient-salarié, le droit commun de la responsabilité médicale détient une place majeure. Lorsque la responsabilité civile du médecin du travail est engagée par son propre employeur, le champ d'action est fortement restreint par le contrat de travail liant les parties au litige, dont découle la nécessité d'une faute lourde imputable au médecin.

Le risque étant inhérent à l'activité médicale, le médecin du travail a la faculté – et même l'intérêt - de souscrire une assurance civile professionnelle⁴¹⁰. Cette assurance est néanmoins circonscrite. Le médecin du travail, comme tout autre justiciable, ne peut couvrir sa responsabilité pénale.

⁴⁰⁷ C. santé publ., art. L. 4126-5.

⁴⁰⁸ Cass. 1re, civ. 16 mai 2006, n° 03-16.253 : JurisData n° 2006-033513.

⁴⁰⁹ C. santé. publ., art. L. 4124-6.

⁴¹⁰ L'article 8 de l'annexe à la convention collective des services de santé au travail interentreprises du 20 juillet 1976, abrogée à compter du 30 juin 1986, prévoyait que « les médecins du travail doivent s'assurer à leurs frais, en ce qui concerne leurs responsabilités professionnelles, à un organisme d'assurance notoirement solvable ». En pratique, les modèles de contrats de travail émis par l'Ordre national des médecins contiennent des clauses relatives à l'assurance professionnelle du médecin du travail.

Section 2 – De la responsabilité pénale

265. Un contentieux résiduel. Si la responsabilité civile a pour but de réparer pécuniairement le dommage causé par le médecin du travail, la responsabilité pénale tend à réprimer un comportement. Le contentieux judiciaire est sans appel : la responsabilité pénale du médecin du travail n'est que très rarement engagée. Quelle en est la raison ? A notre sens, il faut tenir compte du manichéisme du droit pénal du travail qui tend à faire peser la sanction pénale sur l'employeur. Les lumières judiciaires étant centrées sur l'employeur (ou son représentant), le médecin du travail est dans l'ombre.

266. Responsabilité personnelle. Contrairement au droit de la responsabilité civile, la responsabilité pénale est, en principe, purement personnelle⁴¹¹ : la responsabilité du médecin du travail ne peut être engagée s'il n'a pas commis une faute personnelle⁴¹². Par conséquent, la responsabilité pénale du médecin du travail ne peut être engagée du fait des actes commis par le personnel du service de santé au travail dont il a la charge.

La responsabilité pénale du médecin du travail n'échappe donc pas au droit pénal général : elle est engagée dès lors que sont caractérisés un élément légal, un élément matériel et un élément intentionnel.

267. Élément légal. « *Nullum crimen, nulla poena sine lege* » : une action ou une abstention ne peut être sanctionnée par le juge pénal que lorsque le législateur l'a visée dans un texte et interdite sous la menace d'une peine⁴¹³. Aussi appelé « principe de légalité des délits et des peines », ce principe à valeur constitutionnelle⁴¹⁴ est précisé par le Code pénal⁴¹⁵.

268. Élément matériel. L'élément matériel se caractérise par l'accomplissement d'un acte fautif positif (action) ou négatif (omission). La médecine du travail, préventive par nature, conduit à ce que la responsabilité pénale du médecin du travail s'oriente plus vers les actes fautifs négatifs.

⁴¹¹ Ce propos est à tempérer, spécialement en droit pénal du travail, où la responsabilité pénale de l'employeur est fréquemment retenue alors même qu'il n'est pas personnellement l'auteur de l'infraction pénale.

⁴¹² C. pén., art. 121-1.

⁴¹³ B. Bouloc, *Droit pénal général*, Dalloz 20^e édition, p. 101.

⁴¹⁴ L'article 5 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen du 26 août 1789 dispose que « *tout ce qui n'est pas défendu par la loi ne peut être empêché, et nul ne peut être contraint de faire ce qu'elle n'ordonne pas* ».

⁴¹⁵ L'article 111-3 du Code pénal dispose que « *nul ne peut être puni d'une peine non prévue par la loi ou par le règlement* ».

269. Élément intentionnel. L'acte fautif susceptible d'une sanction du fait de la loi doit être, en principe, l'œuvre de la volonté de son auteur⁴¹⁶. Il existe néanmoins des infractions non intentionnelles, telles que l'imprudence ou la négligence, pour lesquelles seule l'existence d'une faute est requise.

270. Comme tout autre justiciable, le médecin du travail est susceptible d'être incriminé pour une multitude de raisons. Dans un souci d'intelligibilité, il convient de se focaliser sur les principales infractions directement liées à l'exercice de sa profession.

Sous-section 1 : Préjudice matériel

271. Le préjudice matériel peut résulter de l'imprudence, de la négligence du médecin du travail (§1) ou encore de la non assistance à personne en péril (§2).

§1 : Imprudence et négligence

272. Principe. Par dérogation à la règle selon laquelle l'intention de l'auteur doit être démontrée, toute personne peut être reconnue coupable d'un délit pénal en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales, compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait⁴¹⁷. Les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer⁴¹⁸.

273. Sanctions. Les sanctions prévues sur la base de cette incrimination pénale dépendent de la gravité du préjudice dont est victime le patient-salarié. La peine est contraventionnelle lorsque les agissements du médecin du travail engendrent soit une

⁴¹⁶ C. pén., art. 121-3. al 1.

⁴¹⁷ C. pén., art. 121-3. al 2.

⁴¹⁸ C. pén., art. 121-3. al 3.

incapacité de travail d'une durée inférieure ou égale à trois mois⁴¹⁹, soit des blessures n'occasionnant aucune incapacité totale de travail⁴²⁰. La peine est délictuelle lorsque le patient-salarié est victime d'une incapacité totale de travail d'une durée supérieure à trois mois ou est décédé⁴²¹.

274. Illustrations. A titre illustratif, la responsabilité pénale du médecin du travail pourra être engagée en cas de délivrance d'un avis d'inaptitude à un patient-salarié sans avoir effectué d'examen médical ou encore lorsque la surveillance médicale renforcée de certains salariés n'a pas été mise en place. Il faudra alors démontrer que cet acte a eu pour conséquence directe la mort du patient-salarié, son incapacité totale de travail ou des simples blessures.

§2 : Non assistance à personne en péril

275. Principe. Le médecin du travail peut voir sa responsabilité pénale engagée pour non assistance à personne en péril dans deux situations. Premièrement, lorsqu'il s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. Deuxièmement, alors qu'il peut empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne, il s'abstient volontairement de le faire. Dans ces deux hypothèses, le médecin du travail encourt une peine de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende⁴²².

276. Traductions. Les hypothèses d'application de cette disposition légale sont multiples. Celle-ci renvoie avant tout à la situation d'un salarié victime d'un accident de travail dont la gravité est telle que le médecin du travail, bien qu'il ait connaissance de la situation, n'agit pas. Plus marginale mais tout aussi possible est la situation dans laquelle le médecin du travail ne prodigue aucun soin à un salarié blessé suite à une rixe qui s'est déroulée au sein de l'entreprise alors qu'il avait connaissance de l'état de santé de celui-ci. Sa

⁴¹⁹ L'article R. 625-2 du Code pénal prévoit à ce titre que l'auteur de l'infraction est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 5^e classe.

⁴²⁰ L'article R. 622-1 du Code pénal prévoit à ce titre que l'auteur de l'infraction est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 2^e classe.

⁴²¹ Dans ces hypothèses, le médecin du travail est respectivement passible des peines de trois ans d'emprisonnement et de 45 euros d'amende ou de deux ans d'emprisonnement et de 30000 euros d'amende.

⁴²² C. pén., art. 223-6.

responsabilité serait écartée dans l'hypothèse où la rixe n'aurait pas cessé et que son action engendrerait un risque pour sa propre sécurité.

Sous-section 2 : Préjudice moral

277. Au regard de la nature des missions du médecin du travail, ce dernier peut notamment se rendre coupable d'une violation du secret professionnel (§1) ainsi que de la réalisation de faux (§2).

§1 : Secret professionnel

278. **Le secret professionnel.** « *Le secret professionnel ne représente qu'un petit chapitre dans l'ensemble de la déontologie médicale, mais il est un symbole : le symbole du respect que le médecin doit avoir pour son malade*⁴²³. » Si le secret professionnel du médecin renvoie directement au secret médical (I), l'exercice de la médecine du travail fait apparaître un autre aspect : le secret de fabrication (II).

I. Secret médical

A. Principe

279. **Un principe intelligible.** Le secret médical n'est pas défini par la loi pénale. Même si le Code de déontologie médicale ne constitue pas une source pénale, il offre une large étendue de la notion puisque le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris⁴²⁴. Au surplus, le fait que le médecin du travail soit lié dans son exercice professionnel par un contrat de travail ne l'exonère en rien du respect de ce principe⁴²⁵. La jurisprudence pénale a elle aussi précisé la notion, en la renforçant : le secret professionnel s'impose aux médecins de manière absolue et il n'appartient à personne de les en affranchir⁴²⁶. Ainsi, la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende⁴²⁷.

⁴²³ R. Villey, *Histoire du secret médical*, Ed. Seghers, 1986, p. 163.

⁴²⁴ C. santé. publ., art. R. 4217-4.

⁴²⁵ C. santé. publ., art. R. 4217-95.

⁴²⁶ Cass. crim. 8 mai 1947, Bull. Crim n°124.

⁴²⁷ C. pén., art. 226-13.

280. Secret médical et pluridisciplinarité. Le Code de déontologie médicale affirme que « *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*⁴²⁸ ». Cette disposition réglementaire crée une responsabilité à la charge du médecin du travail. Si la responsabilité du fait des préposés est admise en matière civile, le droit pénal exclut toute responsabilité du fait d'autrui, sauf disposition contraire⁴²⁹. En d'autres termes, en cas de violation du secret médical par un membre du personnel du service de santé au travail, le médecin du travail est irresponsable pénalement, peu important les règles déontologiques de la profession. En revanche, la responsabilité pénale de ce membre du personnel peut être engagée.

281. Une pratique délicate. La mission du médecin du travail, tant conseiller du chef d'entreprise que des salariés, conduit à une difficile conciliation entre des intérêts opposés. En effet, la chambre criminelle de la Cour de cassation précise que le médecin du travail a pour obligation de renseigner l'employeur et de le conseiller en lui fournissant des éléments de fait nécessaires selon la nature de la décision à prendre⁴³⁰. Comment délimiter la frontière entre la violation du secret professionnel et l'obligation d'information de l'employeur ? Si certaines hypothèses sont simples, d'autres semblent insolubles. Ainsi, en matière d'inaptitude, le médecin du travail doit concilier l'obligation d'informer l'employeur avec la protection de ses constatations médicales, tant en matière de diagnostic que de traitement⁴³¹.

B. Exceptions

282. L'article 226-13 du Code pénal n'est pas applicable dans deux situations : en raison d'une disposition au libellé général ainsi que dans des hypothèses particulières. Dans ces hypothèses, la rupture du secret médical par le médecin du travail ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

⁴²⁸ C. santé. publ., art. R. 4217-72.

⁴²⁹ L'article 121-1 du Code pénal dispose en effet que « *nul n'est responsable pénalement que de son propre fait* ».

⁴³⁰ Cass. crim., 6 juin 1972, n°70-90.271. Bull. Crim. n°190 p. 481.

⁴³¹ Rép. David 1^{er} août 1994 : JOAN p. 3943 n° 14420.

283. Exception générale. Le médecin du travail a l'obligation de rompre le secret médical lorsque la loi impose ou autorise la révélation de l'information⁴³². Il en est notamment ainsi en matière de maladies transmissibles ou maladies professionnelles⁴³³.

284. Exceptions particulières. Outre l'hypothèse d'exception générale, deux situations expressément mentionnées par la loi pénale sont applicables au médecin du travail. Premièrement, le médecin du travail a la faculté, avec l'accord du patient-salarié, de porter à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises⁴³⁴. Lorsque le patient-salarié est mineur ou n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique⁴³⁵, l'accord de la personne n'est plus nécessaire. Deuxièmement, ne viole pas le secret médical le médecin du travail qui porte à la connaissance du préfet (à Paris, l'autorité compétente est le préfet de police) le caractère dangereux pour lui-même ou pour autrui⁴³⁶ du patient-salarié qui le consulte et dont il sait qu'il détient une arme ou qu'il a manifesté son intention d'en acquérir une⁴³⁷.

II. Secret de fabrication

285. Dans le cadre de ses missions, le médecin du travail, plus que tout autre salarié, est susceptible de prendre connaissance de secrets de fabrique appartenant à l'entreprise. Ce constat se justifie par les multiples visites médicales réalisées par celui-ci, durant lesquelles un patient-salarié peut lui dévoiler des informations confidentielles mais aussi et surtout dans le cadre de sa mission d'action sur le milieu de travail, par laquelle il peut prendre connaissance d'informations sensibles de l'entreprise.

⁴³² C. pén., art. 226-14. al 1.

⁴³³ V. par. n°175.

⁴³⁴ Le patient-salarié peut ainsi faire état au médecin du travail du harcèlement moral ou sexuel dont il est victime au sein de l'entreprise.

⁴³⁵ Dans l'entreprise, il peut notamment s'agir des travailleurs saisonniers mineurs ou des travailleurs handicapés.

⁴³⁶ L'appréciation du caractère dangereux d'un patient-salarié par le médecin du travail peut essentiellement avoir lieu lors d'une visite médicale, au cours de laquelle ce dernier décèlerait notamment des troubles psychiques ou neuropsychiques.

⁴³⁷ C. pén., art. 226-14.

286. Au regard des termes employés par la loi⁴³⁸, la responsabilité pénale du médecin du travail en la matière est directement liée à son statut, c'est-à-dire le contrat de travail le liant à un service de santé au travail. En pratique, la révélation d'un secret de fabrication semble plus ouverte dans un service de santé au travail autonome, où le médecin du travail est plus intégré à l'entreprise bénéficiaire et peut donc plus facilement obtenir des données sensibles.

287. Sanctions. Le fait pour le médecin du travail comme pour tout salarié de révéler ou de tenter de révéler un secret de fabrication est puni d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de 30000 euros. Le juge a également la faculté de prononcer, à titre de peine complémentaire, pour une durée de cinq ans au plus, l'interdiction des droits civiques, civils et de famille prévue par l'article 131-26 du Code pénal⁴³⁹.

§2 : Faux

288. Le nombre d'employeurs reprochant à certains médecins du travail de réaliser des certificats de complaisance en faveur de patients-salariés est loin d'être négligeable. Or, à notre connaissance, l'accusation de réalisation de faux à l'encontre du médecin du travail est une question délaissée tant par la jurisprudence que la doctrine. Il nous semble donc utile de démontrer qu'une telle pratique, aussi marginale soit-elle, intègre la qualification de faux au sens de la loi pénale.

289. Élément légal. Le fait d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende⁴⁴⁰. Cette infraction étant indépendante de la notion de faux de droit commun⁴⁴¹, certaines spécificités apparaissent.

290. Élément intentionnel. S'agissant de l'élément intentionnel de l'infraction de faux certificat, aucune disposition spécifique n'est prévue par la loi ou la jurisprudence. Au

⁴³⁸ C. trav., art. L. 1227-1. al 1.

⁴³⁹ C. trav., art. L. 1227-1. al 2.

⁴⁴⁰ C. pén., art. 441-7.

⁴⁴¹ Selon l'article 441-1 alinéa 1^{er} du Code pénal, « constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques ».

regard du droit commun, le médecin du travail doit avoir conscience du fait qu'il réalise un faux.

291. Élément matériel. La chambre criminelle de la Cour de cassation a été amenée à pallier la concision du législateur quant à l'article 441-7 du Code pénal. Ainsi, pour être qualifié de faux, le certificat doit être établi en faveur d'un tiers⁴⁴² et comporter la signature authentique de son auteur⁴⁴³. Au cas particulier du médecin du travail, l'avis d'inaptitude est bien signé par ce dernier et réalisé en faveur d'un tiers, en la personne du patient-salarié. Si la caractérisation d'un préjudice n'est pas nécessaire⁴⁴⁴, son existence peut avoir pour effet d'aggraver les sanctions encourues.

292. Aggravation des sanctions. Lorsque le faux certificat a pour but de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui, les peines s'élèvent à trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende⁴⁴⁵. La caractérisation d'un préjudice n'est donc pas suffisante. Il faut prouver que le médecin du travail a l'intention de porter préjudice à l'employeur, ce qui semble difficile. En tout état de cause, le préjudice pour ce dernier peut être double : d'une part matériel, puisqu'en cas d'inaptitude l'intéressé supporte notamment une obligation de reclassement du salarié déclaré inapte ; d'autre part moral, l'employeur risquant de voir son image détériorée par un taux d'inaptitude important dans son entreprise⁴⁴⁶. L'ancien article 441-8 du Code pénal, abrogé par l'article 152 de la loi n°2011-525 du 17 mai 2011, prévoyait des sanctions encore plus lourdes lorsque l'acte était commis par un médecin⁴⁴⁷.

⁴⁴² Cass. crim., 7 février 1962. Bull. crim. 1962, n°84.

⁴⁴³ Cass. crim., 15 mars 2000. Bull. crim. 2000, n 117.

⁴⁴⁴ Cass. crim., 15 janvier 1990. Bull. crim. 1990, n°23.

⁴⁴⁵ C. pén., art. 441-7. al. 2.

⁴⁴⁶ La jurisprudence a ainsi admis comme préjudice moral éventuel le fait de porter atteinte à la réputation professionnelle d'une personne (Cass. crim., 13 octobre 1999. Bull. crim. 1999, n°218).

⁴⁴⁷ Cet article prévoyait qu' « Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30000 euros d'amende le fait, par une personne agissant dans l'exercice de sa profession, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, promesses, dons, présents ou avantages quelconques pour établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts. Est puni des mêmes peines le fait de céder aux sollicitations prévues à l'alinéa précédent ou d'user de voies de fait ou de menaces ou de proposer, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents ou des avantages quelconques pour obtenir d'une personne agissant dans l'exercice de sa profession qu'elle établisse une attestation ou un certificat faisant état de faits inexacts. La peine est portée à cinq ans d'emprisonnement et à 75000 euros d'amende lorsque la personne visée aux deux premiers alinéas exerce une profession médicale ou de santé et que l'attestation faisant état de faits inexacts dissimule ou certifie faussement l'existence d'une maladie, d'une infirmité ou d'un état de grossesse, ou fournit des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou d'une infirmité ou sur la cause d'un décès ».

Conclusion

294. Droit commun de la responsabilité. Malgré les multiples réformes de la médecine du travail, la loi n'offre aucune précision sur la question de la responsabilité du médecin du travail, qu'elle soit civile ou pénale. La consécration de la pluridisciplinarité des services de santé au travail nous semble donc incomplète : créer des relations juridiques nouvelles (notamment entre les internes en médecin du travail et le médecin du travail) pour adapter le Droit à la pratique des relations de travail constitue une avancée. Encore faut-il en prévoir les conséquences.

295. Un droit inappliqué. Tant en matière civile que pénale, la jurisprudence relative à la responsabilité du médecin du travail est pauvre, voire inexistante. Cela résulte certainement des préjugés contemporains du droit pénal du travail, focalisé sur l'employeur et non sur ses préposés. Pourtant, le médecin du travail ne bénéficie-t-il pas d'une indépendance professionnelle en matière médicale ? « Un grand pouvoir implique de grandes responsabilités⁴⁴⁸ ». Il devrait donc assumer pleinement cette indépendance sur le plan de sa responsabilité⁴⁴⁹. La réforme du 20 juillet 2011, qui renforce l'action du médecin du travail, modifiera-t-elle ce constat ? A notre sens, aucun changement n'est à prévoir car la règle de Droit ne change pas les mentalités.

⁴⁴⁸ S. Lee, *The amazing Spiderman*, vol. 1, mars 1963 : Ed. Marvel Universe, coll. Comic books, USA.

⁴⁴⁹ La question fut évoquée lors du drame de l'amiante. Sur cette question, V. 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.

TITRE 2 – L’ACTION DU MEDECIN DU TRAVAIL

Introduction – Le cadre d’action du médecin du travail

296. La nouveauté : pluridisciplinarité. L’action du médecin du travail dépend directement de la forme du service de santé au travail au sein duquel il exerce. Dans les services de santé au travail autonomes, les médecins du travail agissent en coordination avec les autres intervenants de la santé au travail⁴⁵⁰. Dans les services de santé au travail interentreprises, est mise en place une équipe pluridisciplinaire dont l’animation et la coordination est dévolue au médecin du travail⁴⁵¹. En pratique, la grande majorité des services de santé au travail sont de type interentreprises. Aussi, l’avènement la pluridisciplinarité, qui modifie les prérogatives de certains acteurs et en intronise d’autres⁴⁵², a des répercussions sur l’action du médecin du travail. Toutefois, si changement il y a, aucun bouleversement n’est à prévoir.

297. La constance : action préventive et duale. L’action du médecin du travail, exclusivement préventive, 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 santé⁴⁵³. Aussi, l’action du médecin du travail s’articule autour de deux axes complémentaires : la facette individuelle, se matérialisant par la surveillance médicale des salariés (Chapitre 1) et la facette collective, se concrétisant par l’action en milieu de travail (Chapitre 2).

⁴⁵⁰ C. trav., art. L 4622-4.

⁴⁵¹ C. trav., art. L 4622-8.

⁴⁵² V. par. n°80 et s.

⁴⁵³ C. trav., art. L 4622-3.

Chapitre 1 – La surveillance médicale des salariés

298. Epine dorsale. La pratique révèle que la surveillance médicale des salariés constitue l'épine dorsale de l'action du médecin du travail. Il s'agit en effet du domaine dans lequel le médecin du travail s'investit le plus, au détriment de l'action sur le milieu de travail. Le suivi médical de l'état de santé des salariés est réalisé par le biais d'outils médicaux (Section 1), dont la finalité est la détermination de l'aptitude ou non du salarié à son poste de travail (Section 2).

Section 1 – Les moyens de la surveillance

299. Les moyens de la surveillance médicale des salariés diffèrent en fonction du poste de travail du salarié. Lorsque ce dernier n'a pas de conséquences médicales particulières, le salarié bénéficie des moyens de surveillance de droit commun (Sous-section 1). *A contrario*, plusieurs catégories de salariés bénéficient d'une surveillance médicale spéciale (Sous-section 2). En toute hypothèse, les moyens de la surveillance sont similaires. Seules les modalités d'application varient.

Sous-section 1 – La surveillance médicale de droit commun

300. La surveillance médicale de droit commun se matérialise par deux outils complémentaires à la disposition du médecin du travail et de son équipe : les visites médicales (§1) ainsi que les documents et vaccinations (§2).

§1 : La visite médicale

301. Les examens médicaux réalisés par le médecin du travail se caractérisent par leur multiplicité. Les visites médicales d'embauche (I), périodiques (II), complémentaires (III), de reprise (IV) ou de préreprise (V) sont autant de moyens offerts au médecin du travail pour accomplir sa mission. Enfin, la question du non respect de ces visites se pose (VI).

Introduction : l'encadrement de la visite médicale

302. Par encadrement des visites médicales il faut entendre un tronc de règles communes à l'ensemble des visites médicales. Ces règles concernent tant le déroulement (A) que la périodicité des visites (B).

A. Le déroulement

1. Temps

303. Temps de travail. Le temps nécessité par les visites médicales, y compris les visites complémentaires, est, soit pris sur les heures de travail du salarié sans qu'aucune retenue de salaire puisse être opérée, soit rémunéré comme temps de travail normal lorsque ces examens ne peuvent avoir lieu pendant les heures de travail⁴⁵⁴. Ce même temps est pris en compte dans le calcul de la durée du travail⁴⁵⁵ (particulièrement en matière d'heures supplémentaires et de durées maximales de travail).

304. Temps de trajet. Les temps et les frais de transport nécessités par les visites médicales sont entièrement pris en charge par l'employeur⁴⁵⁶. Ainsi, la jurisprudence a-t-elle admis qu'il appartient aux juges du fond de rechercher si le salarié a effectivement subi la visite médicale litigieuse, peu important que ce dernier ne justifie pas des frais afférents à cette visite⁴⁵⁷.

2. Lieux

305. Principe. Dans les établissements industriels de deux cents salariés et plus ainsi que dans les autres établissements de cinq cents salariés et plus, les examens médicaux sont réalisés dans l'établissement où le salarié concerné réalise sa prestation de travail⁴⁵⁸.

306. Dérogations. Ce principe de territorialité souffre de deux types de dérogations. D'une part, une voie dérogatoire à caractère général : après avis du médecin inspecteur du travail, l'inspecteur du travail compétent a la faculté d'accorder des dérogations relatives au lieu où la visite médicale est réalisée⁴⁵⁹. D'autre part, des dérogations *ad hoc*, propres à la spécificité de certaines professions : il en est ainsi notamment pour les VRP qui ont la possibilité, avec l'accord de leur employeur, de passer les visites médicales dans le service interentreprises de santé au travail le plus proche de leur domicile⁴⁶⁰ ou encore pour

⁴⁵⁴ C. trav., art. R. 4624-28. al 1.

⁴⁵⁵ Note DRT du 2 juin 1997, p. 470.

⁴⁵⁶ C. trav., art. R. 4624-28. al 2.

⁴⁵⁷ Cass. soc. 4 juin 2008, n° 06-45.819, Inédit.

⁴⁵⁸ C. trav., art. R. 4624-29. al 1.

⁴⁵⁹ C. trav., art. R. 4624-29. al 2.

⁴⁶⁰ Rép. Bizet : JOAN 8 septembre 1980, p. 3893.

les salariés à employeurs multiples, qui effectuent les visites médicales sous la responsabilité du principal employeur, la fiche d'aptitude constituant un justificatif auprès des autres employeurs⁴⁶¹.

3. Conditions matérielles

307. Encadrement. Dans un souci d'homogénéisation des conditions matérielles et sanitaires des services de santé au travail, le pouvoir réglementaire prévoit un encadrement des caractéristiques auxquelles répondent les centres d'exams médicaux (matériel minimum, équipement), en fonction de l'importance du service de santé au travail⁴⁶². Cette ambition a été concrétisée par l'arrêté du 12 janvier 1984 relatif aux locaux et à l'équipement des services médicaux du travail⁴⁶³, qui distingue leurs obligations à raison de la nature du service de santé au travail et des effectifs de l'établissement concerné⁴⁶⁴.

B. La périodicité

308. Ordre public absolu. Si l'encadrement du déroulement des visites médicales ne constitue pas un élément nouveau, le pouvoir réglementaire a récemment prévu de nouvelles dispositions communes relatives à la périodicité de l'ensemble des visites médicales réalisées par le médecin du travail. Ainsi, à l'issue d'un délai de dix-huit mois à compter de la promulgation de la loi du 20 juillet 2011, les clauses des conventions ou accords collectifs de travail comportant des obligations en matière de visites médicales différentes de celles prévues par les dispositions légales et réglementaires seront réputées caduques. Cette mesure phare tend à endiguer les effets de la pénurie de médecins du travail : puisque ces derniers, faute d'être assez nombreux, ne parviennent pas à réaliser les visites prévues par le Code du travail, celles prévues par voie conventionnelle sont en effet superficielles, voire néfastes⁴⁶⁵.

⁴⁶¹ Rép. Bizet : AN 8 septembre 1980, p. 3893.

⁴⁶² C. trav., art., R. 4624-30.

⁴⁶³ Les termes « *services médicaux du travail* » renvoient aujourd'hui à la notion de service de santé au travail.

⁴⁶⁴ Voir par. n°73 et s.

⁴⁶⁵ Elles sont néfastes en ce qu'elles entretiennent la faiblesse de l'action en milieu de travail.

I. Visite médicale d'embauche

309. La visite médicale d'embauche est perçue par la loi comme par la jurisprudence comme une garantie fondamentale de la santé du travailleur. De ce fait, sa force obligatoire est étendue (A) et son objet renouvelé (B).

A. Une visite obligatoire

310. L'employeur qui recrute un salarié doit organiser un examen médical d'embauche⁴⁶⁶. Le caractère obligatoire de cette visite est déterminé à trois niveaux.

1. *Ratione personae*

311. Principe. Cette obligation s'applique à toutes les entreprises ainsi qu'à l'ensemble des salariés recrutés. Ainsi, sont notamment concernés les salariés sous contrat de travail à durée déterminée, les jeunes embauchés pour un travail saisonnier⁴⁶⁷ (sous certaines conditions spécifiques⁴⁶⁸), les apprentis⁴⁶⁹ ou les stagiaires⁴⁷⁰.

312. Exception. Un nouvel examen médical d'embauche n'est pas obligatoire lorsque trois conditions cumulatives sont réunies. Premièrement, le salarié doit être appelé à occuper un emploi identique présentant les mêmes risques d'exposition⁴⁷¹. Deuxièmement, le médecin du travail doit être en possession de la fiche d'aptitude de ce salarié⁴⁷². Enfin, aucune inaptitude ne doit avoir été reconnue lors du dernier examen médical intervenu au cours soit des vingt-quatre mois précédents lorsque le salarié est à nouveau embauché par le même employeur, soit des douze derniers mois lorsque le salarié change d'entreprise⁴⁷³. Auparavant, ces durées s'élevaient respectivement à douze et six mois. Ainsi, dès le stade de la visite médicale d'embauche, le fil d'Ariane de la réforme du 20 juillet 2011 est perceptible : la réduction du nombre de visites médicales à l'aune de la pénurie de professionnels.

⁴⁶⁶ C. trav., art. R. 4624-10.

⁴⁶⁷ Rép. Min. JO Sénat du 24 février 1983, p. 332.

⁴⁶⁸ Voir par. n°428 et s.

⁴⁶⁹ En vertu de l'article R. 6222-40-1 du Code du travail, l'apprenti bénéficie d'une visite médicale d'embauche au plus tard dans les deux mois qui suivent son embauche.

⁴⁷⁰ Cass. crim., 4 janvier, 1983 : *D.* 1983, 256, note H. Seillan, Inédit.

⁴⁷¹ Sur ce point, il est intéressant de noter que le décret d'application de la loi du 20 juillet 2011 a précisé la notion d'emploi identique en y ajoutant les termes « mêmes risques d'exposition ».

⁴⁷² Sur la fiche d'aptitude, V. par. n°365 et s.

⁴⁷³ C. trav., art. R. 4624-12.

313. Exceptions à l'exception. Cette exception à l'obligation de réaliser une visite médicale d'embauche souffre elle-même de limitations. Aussi, la visite médicale d'embauche est obligatoire dans deux situations. D'une part, lorsque le médecin du travail estime que la visite médicale est nécessaire ou que le salarié intéressé en fait la demande, celle-ci est obligatoire, peu important le fait les conditions dérogatoires prévues à l'article R. 4624-12 du Code du travail soient réunies. D'autre part, la dispense d'examen médical d'embauche n'est pas applicable aux salariés bénéficiant d'une surveillance médicale intéressant certaines professions ou certains modes de travail⁴⁷⁴ ainsi qu'aux salariés relevant d'une surveillance médicale renforcée⁴⁷⁵.

314. Cas particulier : la pluralité d'employeurs. En cas de pluralité d'employeurs, ces derniers ont la faculté de ne réaliser qu'un seul examen médical d'embauche. Pour ce faire, deux voies sont ouvertes : soit les employeurs ont conclu un accord sur la question, soit ils sont couverts par un accord collectif de branche prévoyant notamment les modalités de répartition de la charge financière de la surveillance médicale⁴⁷⁶. À défaut d'apporter la preuve que le salarié a subi cet examen médical sous la responsabilité d'un autre employeur, un employeur ne peut s'exonérer de son obligation⁴⁷⁷. Jusqu'au 1^{er} juillet 2012, seule la première voie est envisagée par le pouvoir réglementaire, sous réserve que les employeurs concernés prévoient notamment les modalités de répartition de la charge de la surveillance médicale⁴⁷⁸.

2. *Ratione materiae*

315. *Stricto sensu.* La jurisprudence de la Cour de cassation apprécie de manière stricte le respect ou non de l'obligation pour l'employeur de réaliser la visite médicale d'embauche. Ainsi, il appartient à l'employeur de prendre les dispositions nécessaires pour soumettre le salarié à cette visite, dans le délai légal, en sorte que la carence de l'association interentreprises de la médecine du travail, ne libère pas l'employeur de son obligation⁴⁷⁹.

⁴⁷⁴ L'article R. 4624-13 renvoie aux dispositions de l'article L. 4111-6 3° du Code du travail.

⁴⁷⁵ En application de l'article R. 4624-18 du Code du travail.

⁴⁷⁶ C. trav., art., R. 4624-14.

⁴⁷⁷ CA Paris, 11e ch. A, 19 mars 1991: JurisData n°1991-021907.

⁴⁷⁸ C. trav., art. R. 4624-14. ancien.

⁴⁷⁹ Cass. soc. 28 mars 2001, n°99-41.626, Inédit.

Le simple fait de faire convoquer le salarié à la visite médicale ne suffit pas donc pas à remplir l'obligation, la défection du salarié ne pouvant être invoquée comme cas de force majeure car la visite d'embauche est une condition préalable au contrat de travail⁴⁸⁰.

3. *Ratione temporis*

316. Principe. La visite médicale d'embauche n'est pas obligatoirement réalisée à l'embauche : elle a lieu avant l'embauche ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai⁴⁸¹. De ce fait, l'employeur est fautif lorsque la visite médicale d'embauche d'un salarié a été effectuée bien après la période d'essai⁴⁸².

317. Exceptions : du ciel aux roulottes. Le pouvoir réglementaire envisage deux hypothèses dérogatoires. *Primo*, les salariés soumis à une surveillance médicale renforcée et les navigants professionnels de l'aéronautique civile⁴⁸³ doivent subir cet examen médical avant leur embauche⁴⁸⁴. *Secundo*, lorsqu'une entreprise foraine envisage d'embaucher un salarié lors de son passage dans une localité éloignée d'un centre d'examen du service de santé au travail auquel elle est affiliée, l'examen d'embauche peut avoir lieu lors du prochain passage dans une localité où fonctionne un de ces centres⁴⁸⁵. Si le salarié embauché est âgé de moins de dix-huit ans, il doit être muni d'une attestation d'aptitude à la profession exercée, remise après examen médical passé dans un service médical de main d'œuvre et conservée par l'employeur⁴⁸⁶.

B. Un objet renouvelé

1. L'objet initial : l'aptitude du salarié

318. De jure. L'objectif premier de la visite médicale d'embauche s'apprécie à travers le prisme de l'employeur : dans quelle mesure le salarié peut-il, au regard de sa santé, intégrer l'entreprise ? Cette idée-force se matérialisait par trois finalités. D'une part, s'assurer que le salarié est médicalement apte au poste de travail auquel l'employeur envisage de

⁴⁸⁰ Cass. crim., 4 mai 1976 : Jurispr. soc. UIMM n°365, p. 277.

⁴⁸¹ C. trav., art. R. 4624-10.

⁴⁸² CA Paris, 11e ch., sect. B, 9 mars 1990 : JurisData n°1990-026017.

⁴⁸³ Sont visés les professionnels mentionnés par l'article L. 6511-1 du Code des transports, c'est-à-dire le commandant, les pilotes, les mécaniciens et toute personne assurant la conduite d'un aéronef.

⁴⁸⁴ C. trav., art. R. 4624-10.

⁴⁸⁵ C. trav., art. R. 4624-15. al 1.

⁴⁸⁶ C. trav., art. R. 4624-15. al 2.

l'affecter. Dans l'affirmative, le médecin du travail réalise le dossier médical ainsi que la fiche d'aptitude du salarié concerné⁴⁸⁷. D'autre part, de proposer d'éventuelles adaptations au poste ou l'affectation à d'autres postes de travail. Enfin, rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs⁴⁸⁸. Sur ce point, la question du virus du SIDA s'est posée : au regard de la charte du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, le dépistage du virus du SIDA n'est, sauf motif légitime, pas justifié.

319. De facto. En dehors des finalités prévues par le Code du travail, l'employeur est tenté de conférer à la visite médicale d'embauche d'autres orientations. Ce constat se cristallise tout particulièrement en matière de dépistage de l'usage de produits illicites, d'alcool ou de médicaments psychotropes. Face au développement pratique de la question, le CCNE⁴⁸⁹ a précisé sa position dans un avis n°114 en date du 19 mai 2011 : une généralisation de cette pratique serait contraire au respect des libertés individuelles. Néanmoins, une telle pratique est envisageable pour les postes de sûreté et de sécurité, du fait de l'existence de dangers encourus par les tiers. Un tel dispositif devra en toute hypothèse être prévu dans le règlement intérieur de l'entreprise ainsi que dans les contrats de travail des salariés concernés.

2. L'objet nouveau : la prévention

320. La loi du 20 juillet 2011, par l'intermédiaire de son décret d'application du 30 janvier 2012, entend offrir une nouvelle finalité à la visite médicale d'embauche : informer le salarié sur sa santé lors de l'exécution de sa prestation de travail. Cet objectif, qui s'agrège à l'objet initial de la visite médicale d'embauche, se divise en deux points. La visite médicale d'embauche a désormais pour fonction d'informer le salarié des risques des expositions au poste de travail et du suivi médical nécessaire ainsi que de le sensibiliser aux moyens de prévention à mettre en œuvre⁴⁹⁰. Cette nouveauté constitue l'une des traductions des ambitions du législateur de 2011, à savoir le renforcement de la prévention en matière de santé et sécurité au travail. Elle intègre en outre une autre donnée essentielle : la responsabilisation du salarié, premier acteur de sa propre sécurité⁴⁹¹.

⁴⁸⁷ V. par. n°355 et s.

⁴⁸⁸ C. trav., art. R. 4624-11. 1°. 2°. 3°.

⁴⁸⁹ Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.

⁴⁹⁰ C. trav., art. R. 4624-11. 4°. 5°.

⁴⁹¹ C. trav., art. L. 4122-1.

II. Visite médicale périodique

321. Tout au long de sa carrière dans l'entreprise, le salarié bénéficie de visites médicales périodiques⁴⁹². Celles-ci sont encadrées tant dans leur périodicité (A) que leur objet (B).

A. Périodicité

322. Libéralisation. En principe, le salarié bénéficie d'une visite médicale périodique au moins tous les vingt-quatre mois. Néanmoins, à compter du 1^{er} juillet 2012, l'agrément du service de santé au travail compétent peut prévoir une périodicité excédant vingt-quatre mois lorsque sont réunies deux conditions. Premièrement, cette dérogation doit maintenir un suivi adéquat de la santé du salarié. Deuxièmement, doivent être mis en place des entretiens infirmiers et des actions pluridisciplinaires annuelles, ces dernières devant tenir compte d'éventuelles recommandations de bonnes pratiques⁴⁹³.

323. Périodicité évincée. Indépendamment des règles de périodicité susmentionnées, le salarié bénéficie d'un examen médical périodique à sa demande ou à celle de son employeur. Lorsque la demande est formulée par le premier, aucune sanction disciplinaire ne peut en découler⁴⁹⁴. Des abus imputables au salarié peuvent être constatés lorsque celui-ci use trop fréquemment de ce droit. Toujours est-il que dans l'hypothèse où la visite médicale n'a donné lieu à aucune réserve de la part du médecin du travail, le refus du salarié d'exécuter son travail constitue une faute grave, peu important l'avis du médecin traitant⁴⁹⁵.

B. Objet

324. Les examens médicaux périodiques revêtent deux finalités : s'assurer du maintien de l'aptitude médicale du salarié au poste de travail occupé et l'informer sur les conséquences médicales des expositions au poste de travail et du suivi médical nécessaire⁴⁹⁶. A l'issue de la visite, le médecin du travail complète la fiche d'aptitude et le dossier médical

⁴⁹² C. trav., art. R. 4624-16 et s.

⁴⁹³ C. trav., art., R. 4624-16.

⁴⁹⁴ C. trav., art., R. 4624-17.

⁴⁹⁵ Cass. soc. 9 octobre 2001, n°98-46.144. Bull. Civ. V, n°313. p. 251.

⁴⁹⁶ C. trav., art., R. 4624-17.

du salarié. C'est souvent lors de ce type d'examen médical que le médecin du travail opte pour des examens complémentaires.

III. Visite médicale complémentaire

325. La prescription, par le médecin du travail, de visites médicales complémentaires n'est prévue que dans des hypothèses particulières (A). Lorsque ce dernier estime que de telles visites sont nécessaires, celles-ci sont encadrées dans leur contenu (B).

A. Hypothèses

326. Triptyque. Si la prescription d'examens médicaux complémentaires relève exclusivement de l'initiative du médecin du travail, ce dernier ne peut les envisager que dans trois situations : pour la détermination de l'aptitude médicale du salarié au poste de travail, notamment en matière de dépistage des affections comportant une contre-indication à ce poste ; pour le dépistage d'une maladie professionnelle ou à caractère professionnel susceptible de résulter de l'activité professionnelle du salarié⁴⁹⁷ ; et enfin pour le dépistage des maladies dangereuses pour l'entourage du salarié⁴⁹⁸.

B. Conséquences

327. Financement par l'employeur. Lorsque le médecin du travail prescrit un examen médical complémentaire en faveur d'un salarié, cet examen est à la charge soit de l'employeur lorsque celui-ci dispose d'un service autonome de santé au travail soit du service de santé au travail interentreprises⁴⁹⁹. Ainsi, même dans cette seconde hypothèse, la charge financière de l'examen complémentaire repose sur l'employeur à travers le paiement d'une cotisation au service de santé au travail. Les examens doivent, en toute hypothèse, être réalisés dans des conditions garantissant le respect de leur anonymat⁵⁰⁰.

⁴⁹⁷ Force est de constater que les termes employés par le décret du 30 janvier 2012 sont imprécis. L'ancien article R. 4624-25 du Code du travail optait en effet pour les termes suivants : « *au dépistage des maladies à caractère professionnel prévues à l'article L. 461-6 du Code de la sécurité sociale et des maladies professionnelles non concernées par les dispositions réglementaires prises en application du 3° de l'article L. 4111-6 du Code du travail* ». En d'autres termes, le pouvoir réglementaire a souhaité élargir les hypothèses dans lesquelles le recours à des examens médicaux complémentaires est admis. Il aurait néanmoins été préférable, dans un souci d'intelligibilité de la loi, que la distinction opérée entre les maladies professionnelles reconnues par le Code de la sécurité sociale et les autres types de maladies liées à l'activité du salarié soit mieux précisée.

⁴⁹⁸ C. trav., art. R. 4624-25.

⁴⁹⁹ C. trav., art. R. 4624-26. al 1.

⁵⁰⁰ C. trav., art. R. 4624-17. al 2.

328. Choix de l'organisme médical. Le choix de l'organisme chargé de pratiquer les examens relève de l'appréciation du médecin du travail. Ce postulat appelle deux questions. La première est financière : puisque le coût financier repose sur l'employeur ou le service de santé au travail, ces acteurs pourraient, à notre sens, veiller à ce que les prix proposés ne soient pas excessifs. En effet, le médecin du travail, tenu d'une obligation de loyauté, devrait s'attacher à réduire les coûts de son employeur sans pour autant négliger la qualité de la prestation offerte par le prestataire extérieure. La seconde est médicale : si le Code du travail offre toute latitude au médecin du travail pour choisir l'organisme chargé de réaliser l'examen médicale complémentaire, il n'en demeure pas moins que l'administration a précisé que dès que cela est possible, les examens doivent être confiés à des organismes spécialisés en médecine du travail, qui sont particulièrement compétents et spécialement équipés pour cela⁵⁰¹. Néanmoins, le caractère incitatif et l'ancienneté du propos conduisent à reconnaître sa faible valeur coercitive.

329. Désaccord. En cas de désaccord entre l'employeur et le médecin du travail sur la nature et la fréquence des examens complémentaires, le litige est tranché par le médecin inspecteur du travail. Le médecin inspecteur du travail exerçant son action en appui à l'inspection du travail, sa décision peut, à notre sens, être contestée *via* un recours hiérarchique, voire un recours contentieux⁵⁰².

IV. Visite de préreprise

330. Consécration. La visite médicale de préreprise est la visite effectuée par le médecin du travail avant la fin de l'arrêt de travail d'un salarié. Initialement intégrée aux dispositions relatives à la visite de reprise, elle est désormais reconnue comme visite médicale à part entière par le décret n°2012-135 du 30 janvier 2012. En outre, si la réalisation d'une visite médicale de préreprise était laissée à la libre appréciation de certains acteurs⁵⁰³, elle est désormais obligatoire dans certaines conditions.

⁵⁰¹ Circ. Min. n°34 du 20 juin 1969.

⁵⁰² Dans le respect du droit du contentieux administratif.

⁵⁰³ C. trav., art. R., 4624-23 ancien.

A. Conditions

1. *Ratione materiae*

331. Auparavant, la visite médicale avait pour but de faciliter la recherche de mesures nécessaires lorsqu'une modification de l'aptitude au travail du salarié était prévisible⁵⁰⁴. Désormais, elle revêt une mission plus générale : favoriser le maintien dans l'emploi des salariés en arrêt de travail⁵⁰⁵.

2. *Ratione personae*

332. La visite médicale 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 salarié⁵⁰⁶. L'employeur ne peut donc pas être l'initiateur de la visite de préreprise.

3. *Ratione temporis*

333. La visite médicale de préreprise n'est obligatoire que pour les salariés en arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois⁵⁰⁷. Au surplus, les termes de l'article R. 4624-20 du Code du travail laissent entendre que lorsque la durée de l'arrêt de travail est inférieure à trois mois, aucune visite de préreprise n'est envisageable. Dans cette hypothèse, le salarié a la possibilité de demander une visite médicale auprès du médecin du travail en vertu de l'article R. 4624-17 du Code du travail, sans que celle-ci puisse toutefois être qualifiée de visite de préreprise.

B. Contenu

334. Recommandations. Au cours de la visite médicale de préreprise, le médecin du travail a la faculté de recommander des aménagements et adaptations du poste de travail, des préconisations de reclassement ou encore des formations professionnelles à organiser en vue de faciliter le reclassement du salarié ou sa réorientation professionnelle. Le cas échéant, le médecin du travail doit s'appuyer sur le service social du travail du service de santé au travail dans lequel il exerce son activité⁵⁰⁸.

⁵⁰⁴ C. trav., art. R., 4624-23 ancien.

⁵⁰⁵ C. trav., art. R., 4624-20.

⁵⁰⁶ C. trav., art. R., 4624-20.

⁵⁰⁷ C. trav., art. R., 4624-20.

⁵⁰⁸ C. trav., art. R., 4624-21. al 5.

335. Information de l'employeur. Sauf opposition du salarié, le médecin du travail doit informer l'employeur et le médecin conseil de ses recommandations afin que toutes les mesures soient mises en œuvre en vue de favoriser le maintien dans l'emploi du salarié⁵⁰⁹. Aucune précision n'est faite sur les modalités de cette information. La logique voudrait qu'un écrit fasse état de la position du médecin du travail dans l'optique d'un contentieux futur.

V. Visite de reprise

336. Le retour. Lorsque l'arrêt de travail du salarié arrive à terme, l'intéressé réintègre normalement son poste de travail. Sous certaines conditions, ce retour dans l'entreprise nécessite l'accomplissement d'une visite médicale de reprise.

337. Une visite obligatoire. Dès lors que les conditions de réalisation de la visite médicale de reprise sont remplies, celle-ci est impérative et ce même lorsque le salarié est classé en invalidité⁵¹⁰. Ainsi, l'employeur est en droit de refuser la reprise du travail à un salarié refusant de se soumettre à cette visite médicale⁵¹¹. Lorsque ce refus est réitéré, le salarié peut être licencié pour faute grave⁵¹².

A. Hypothèses

1. Droit positif

338. Prescriptions non conditionnées. La visite médicale de reprise n'est réalisée par le médecin du travail que dans des situations limitativement énumérées. Premièrement, sont envisagées des hypothèses où la visite médicale de reprise est obligatoire, peu important la durée de l'absence du salarié. Tel est le cas après un congé maternité ou une absence pour maladie professionnelle⁵¹³.

339. Prescriptions conditionnées. D'autres situations subordonnent l'action du médecin du travail à une condition de durée d'arrêt de travail. Il en est ainsi après une absence

⁵⁰⁹ C. trav., art. R., 4624-21. al 6.

⁵¹⁰ Cass. soc. 12 octobre 1999, n°97-40.835. Bull. Civ. V n° 376 p. 276.

⁵¹¹ Cass. soc. 26 mai 1983 : Jurispr. soc UIMM 1983. 346.

⁵¹² Cass. soc. 29 novembre 2006, n°04-47302. Bull. Civ. V n° 361 p. 347.

⁵¹³ C. trav., art., R. 4624-22. 1°. 2°.

d'au moins trente jours, pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel⁵¹⁴.

340. Prescription facultative. 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. Par suite, il apprécie de façon discrétionnaire l'opportunité d'un nouvel examen médical. En concertation avec l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, il préconise en outre des mesures de prévention des risques professionnels⁵¹⁵.

2. Droits envolés

341. Réductions du nombre de visites. Avant la réforme du 20 juillet 2011, les hypothèses de prescription d'une visite médicale de reprise étaient plus nombreuses et moins conditionnées. Plus nombreuses puisque le pouvoir réglementaire admettait, outre les hypothèses susmentionnées, la réalisation d'une visite médicale de reprise en cas d'« absences répétées pour raisons de santé »⁵¹⁶. Ces termes, particulièrement larges, laissaient un large pouvoir d'appréciation au médecin du travail ainsi qu'au juge. Ce dernier appréciait avec rigueur les textes : en présence d'arrêts de travail répétés suivis de reprise du travail, l'employeur manquait à son obligation de sécurité de résultat en n'assurant pas au salarié le bénéfice d'un examen médical de reprise⁵¹⁷. Moins conditionnées car les visites médicales de reprises pour cause d'accident du travail et cause de maladie ou accident non professionnel étaient respectivement subordonnées à des arrêts de travail d'au moins huit jours et vingt et un jours⁵¹⁸. Là encore, la volonté de réduire le nombre de visites médicales est palpable.

B. Objet

342. Triptyque. La visite médicale de reprise revêt plusieurs objectifs, certains étant propres à celle-ci, d'autres liés à la visite médicale de préreprise. Premièrement, la visite médicale de reprise a pour finalité de délivrer l'avis d'inaptitude médicale du salarié à reprendre son poste ou éventuellement de préconiser l'aménagement, l'adaptation du poste ou le reclassement du salarié⁵¹⁹. En outre, la réforme de 2011 entend renforcer le lien entre visite

⁵¹⁴ C. trav., art., R. 4624-22. 3°.

⁵¹⁵ C. trav., art., R. 4624-24.

⁵¹⁶ C. trav., art. R. 4624-21. 5° ancien.

⁵¹⁷ Cass. soc. 1^{er} février 2012, n°10-26.385. Inédit.

⁵¹⁸ C. trav., art. R. 4624-21. 3° 4°.

⁵¹⁹ C. trav., art. R. 4624-23. al 1° et 2°.

médicale de reprise et visite médicale de préreprise afin de favoriser les mesures préventives et le recours à la seconde. Ainsi, lors de la visite médicale de reprise, le médecin du travail doit examiner les propositions d'aménagement, d'adaptation du poste ou de reclassement faites par l'employeur à la suite des préconisations émises par le premier lors de la visite médicale de préreprise⁵²⁰.

C. Modalités

343. Initiative n'est pas organisation. Dès que l'employeur a connaissance de la date de la fin de l'arrêt de travail du salarié, il saisit le service de santé au travail compétent qui organise la visite médicale de reprise dans un délai de huit jours à compter de la reprise du travail par le salarié⁵²¹. L'initiative de la visite médicale de reprise étant expressément dévolue à l'employeur, la jurisprudence selon laquelle elle peut être sollicitée par le salarié soit auprès de l'employeur soit auprès du médecin du travail en avertissant l'employeur de cette demande⁵²² est elle obsolète ? Aucune réponse tranchée ne semble possible.

En toute hypothèse, la formulation de l'article R. 4624-21, applicable à compter du 1^{er} juillet 2012, réduit sensiblement la responsabilité de l'employeur : sous l'empire de l'ancienne législation, en cas de convocation tardive du salarié auprès du médecin du travail, le salarié était en droit de demander l'octroi de dommages et intérêts lorsque la négligence patronale l'avait privé de salaire pendant cette période⁵²³. Désormais, cette jurisprudence est écornée : la convocation tardive du salarié à la visite médicale de reprise portera préjudice au salarié uniquement si cet état de fait résulte de la carence de l'employeur dans la saisine du médecin du travail, l'organisation de la visite incombant au seul médecin du travail.

344. Conséquences. Lorsque la visite médicale de reprise conclut à l'aptitude du salarié, cela met fin à la suspension du contrat de travail de ce dernier et ce même lorsque l'avis d'aptitude est subordonné à des aménagements de poste⁵²⁴. Puisque l'organisation de la visite revient désormais au service de santé au travail, l'employeur pourra engager la responsabilité civile de ce dernier en cas de défection.

⁵²⁰ C. trav., art. R. 4624-23. 3°.

⁵²¹ C. trav., art. R. 4624-21. al 2.

⁵²² Cass. soc. 12 novembre 1997. n°95-40632. Bull. Civ. V n° 366 p. 263.

⁵²³ Cass. soc. 28 septembre 2011, n°10-16. 757. Inédit.

⁵²⁴ Cass. soc. 26 octobre 1999, n°97-41314. Bull. Civ. V n° 410 p. 301.

VI. Non respect des visites médicales

345. La réalisation des visites médicales obligatoires est, en raison de leur finalité (à savoir la protection de la santé des travailleurs), appréciée strictement tant par la loi que la jurisprudence. Partant, le défaut de réalisation emporte des risques tant civils (A) que pénaux pour l'employeur (B).

A. Enjeu civil

1. Conséquence directe

346. Le nécessaire préjudice. Le défaut de visite médicale obligatoire imputable à l'employeur, dont la finalité préventive s'inscrit dans le cadre de son obligation de sécurité de résultat, cause nécessairement un préjudice au salarié, qu'il appartient au juge, saisi d'une demande, de réparer⁵²⁵. Auparavant, le juge considérait que le salarié devait prouver l'existence d'un lien de causalité entre l'absence de visite médicale et son état de santé⁵²⁶. Toute la question est de savoir si le premier principe, jeune, constitue une nouvelle ligne jurisprudentielle de la Cour de cassation.

2. Conséquences indirectes

347. Multiplicité des risques. Si l'octroi de dommages et intérêts pour défaut de visite médicale obligatoire constitue le risque communément évoqué, apparaissent de multiples risques indirects dont les conséquences sont tout autant préjudiciables à l'employeur.

a. L'exécution du contrat de travail

348. Arrêt de travail. Dans l'hypothèse où l'employeur n'a pas respecté ses obligations relatives à la visite médicale périodique, ce dernier est responsable de l'arrêt de travail ultérieur nécessité par l'état de santé d'un salarié⁵²⁷.

⁵²⁵ Cass.soc. 5 octobre 2010, n°09-40.913. Inédit.

⁵²⁶ Cass. soc. 13 février 1980 n° 78-40.469, JurisData n°1980-755241.

⁵²⁷ CA Bourges 27 février 1987 n° 86-1061, Sté Duprilot c/ Brun.

349. Accident du travail. En cas d'accident du travail, le défaut de visite médicale imputable à l'employeur peut conduire à la reconnaissance d'une faute inexcusable impliquant une indemnisation complémentaire du salarié.

b. La rupture du contrat de travail

350. Initiative du salarié. Le défaut de passation d'une visite médicale obligatoire constitue un manquement aux obligations contractuelles pouvant justifier la rupture du contrat de travail aux torts de l'employeur. Au regard de l'obligation de sécurité de résultat pesant sur ses épaules, l'employeur ne peut donc pas laisser le salarié reprendre le travail sans lui faire passer la visite de reprise dans les cas où celle-ci est obligatoire. A défaut, la prise d'acte par le salarié de la rupture de son contrat de travail se justifie⁵²⁸ et ce malgré un nouvel arrêt dans les huit jours⁵²⁹.

351. Initiative de l'employeur. Dès lors que l'employeur ne fait pas réaliser au salarié la visite médicale d'embauche, il ne peut se prévaloir de l'inaptitude de celui-ci pour le licencier. Si le licenciement pour inaptitude et impossibilité de reclassement de l'intéressé est néanmoins effectué, celui-ci est dépourvu de cause réelle et sérieuse⁵³⁰.

B. Enjeu pénal

352. Les enjeux pénaux sont tout aussi importants. L'employeur qui ne respecte pas les dispositions relatives aux examens médicaux encourt la peine contraventionnelle de cinquième classe⁵³¹. Au surplus, l'employeur ne peut s'exonérer de sa responsabilité en invoquant la défection du salarié⁵³². Ainsi, encourt une sanction pénale l'employeur qui ne fait pas pratiquer la visite médicale d'embauche à un salarié⁵³³. Le risque s'étend logiquement aux obligations relatives aux surveillances médicales spéciales : tel est le cas lorsque l'employeur ne soumet pas à une surveillance médicale particulière l'un de ses salariés exposé à un produit toxique⁵³⁴.

⁵²⁸ Cass.soc. 16 juin 2009, n°08-415.19. Bull. Civ. V, n° 147.

⁵²⁹ Cass.soc. 5 octobre 2010, n°09-40.913. Inédit.

⁵³⁰ Cass.soc. 21 novembre 1990, n°87-45.450. Bull. Civ. V n° 572 p. 346.

⁵³¹ C. trav., art. R. 4745-1.

⁵³² Cass. crim. 4 mai 1976, n°75-92.127.

⁵³³ Cass. crim. 6 février 1990, n° 89-82 963. Inédit.

⁵³⁴ Cass. crim. 23 janvier 1979, n°77-91278. Bull. Crim. n°31. p. 87.

§2 : Les documents médicaux et vaccinations

353. Des outils complémentaires. L'accomplissement des visites médicales auxquelles est assujéti le salarié conduit à la réalisation de divers documents médicaux voire à des vaccinations. Ces outils restent, aussi utiles soient-ils, restent secondaires par rapport aux visites médicales.

I. Les documents médicaux

354. Pour tout salarié, le médecin du travail doit constituer un dossier médical (A) ainsi qu'une fiche médicale d'aptitude (B).

A. Le dossier médical

355. Le régime juridique du dossier médical en santé au travail a été rénové par la dernière réforme des retraites⁵³⁵ : sont envisagés son contenu (1) mais surtout sa transmission (2).

1. Contenu

356. Création. Le dossier médical en santé au travail est constitué par le médecin du travail lors de la visite médicale d'embauche⁵³⁶. En pratique, celui-ci est créé par un secrétaire du service de santé au travail, ce qui ne pose *a priori* aucun problème dans la mesure où celui-ci est, comme le médecin du travail, tenue au secret professionnel.

357. L'empreinte du Code de la santé publique. Le dossier médical, la durée et les conditions de sa conservation répondent aux exigences du Code de la santé publique⁵³⁷. Ce principe, dont la totalité des effets n'est pas connue tant le spectre est large, implique que le Code de déontologie médicale s'applique en totalité au dossier médical. L'engagement de la responsabilité déontologique du médecin du travail en raison de la tenue du dossier médical est ainsi consacré⁵³⁸.

⁵³⁵ L. n°2010-1330 du 9 novembre 2010., art 60.

⁵³⁶ C. trav., art. D. 4624-46.

⁵³⁷ *Ibid.*

⁵³⁸ On pense principalement au respect, par le médecin du travail, du secret médical qui est d'ailleurs rappelé à l'article L. 4624-2 du Code du travail.

358. Un contenu évolutif. La finalité du dossier médical est triple. La fonction principale et historique est de retracer les informations relatives à l'état de santé du travailleur. La fonction complémentaire est de recenser les avis et propositions du médecin du travail, notamment celles formulées en application de l'article L. 4624-1 du Code du travail. L'usage de l'adverbe « notamment » tend à inciter le médecin du travail à intégrer au dossier médical tout avis qu'il a formulé à l'égard du salarié, peu important le fondement juridique de celui-ci. La fonction moderne, fruit des questions de pénibilité, est d'y intégrer les expositions auxquelles le salarié a été soumis⁵³⁹. En somme, le dossier médical constitue la carte d'identité médicale du patient-salarié, à partir de laquelle le médecin du travail peut opérer des choix circonstanciés à son égard.

359. Communication du dossier médical au salarié. Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisés ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment de résultats d'examen⁵⁴⁰. Ainsi, le patient-salarié ou, en cas de décès de celui-ci, les personnes mentionnées aux articles L. 1110-4 et L. 1111-7 du Code de la santé publique⁵⁴¹ peuvent demander la communication du dossier médical. Le dossier médical doit être communiqué au plus tard dans les huit jours suivant la demande du salarié et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans⁵⁴².

360. Communication du dossier médical à l'employeur. En revanche, l'employeur ne peut en aucun cas se voir adresser le dossier médical d'un de ses salariés⁵⁴³. Le recours à un intermédiaire, même s'il s'agit du directeur du service de santé au travail, ne permet pas de déroger à cette règle d'or⁵⁴⁴.

⁵³⁹ C. trav., art. L. 4624-2.

⁵⁴⁰ C. santé. publ., art. L. 1111-7. al 1.

⁵⁴¹ L'article L. 1110-4 du Code de la santé publique précise que « *le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès* ».

L'article L. 1111-7 du Code de la santé publique renvoie aux dispositions de l'article L. 1110-4 du même code.

⁵⁴² C. santé. publ., art. L. 1111-7. al 2.

⁵⁴³ Cass. soc. 10 juillet 2002, n°00-40.209, Bull. Civ. V n° 251. p. 245.

⁵⁴⁴ Trib. correct. de la Seine, 15 décembre 1964, inf. soc. 1965.92.

2. Transmission

361. La transmission du dossier médical, au regard de la sensibilité de son contenu, fait l'objet d'une attention toute particulière de la part du législateur. La loi envisage ainsi des situations où la transmission est tolérée en raison de la volonté du salarié (a) ou, de façon résiduelle, du fait de l'impériosité de la situation (b).

a. Transmission et volonté

362. Médecine du travail. Le dossier médical du patient-salarié peut être communiqué à un autre médecin du travail à deux conditions. D'une part, cette transmission doit être réalisée dans le cadre d'une continuité de prise en charge de l'intéressé. Il en est notamment ainsi lorsque, dans le contexte d'une restructuration, les conditions tenant au transfert d'un service de santé au travail ne sont pas remplies. D'autre part, le salarié est en droit de s'opposer à ce transfert⁵⁴⁵. En dehors des prévisions légales, le médecin du travail licencié a pour obligation de mettre les dossiers médicaux en sa possession à disposition de son successeur⁵⁴⁶. Il a tout de même la possibilité de soustraire, avant la transmission, les notes à caractère strictement personnel éventuellement intégrées aux dossiers médicaux par ses soins⁵⁴⁷.

363. Médecine curative. Le dossier médical du patient-salarié peut être communiqué à un autre médecin seulement si le premier en a eu l'initiative et qu'il a déterminé lui-même l'identité de ce médecin⁵⁴⁸. Ainsi, la transmission du dossier médical de la médecine préventive vers la médecine curative s'avère encore plus « verrouillée ».

b. Transmission et impériosité

364. Médecine du travail. Le législateur n'envisage que deux situations où le dossier du patient-salarié peut être transmis à une tierce personne sans prise en compte de la volonté de l'intéressé : soit en raison d'un risque pour la santé publique, soit à la demande du médecin du travail lui-même. Dans ces hypothèses, le dossier médical ne peut être transmis qu'à une seule personne, à savoir le médecin inspecteur du travail⁵⁴⁹.

⁵⁴⁵ C. trav., art. L. 4624-2.

⁵⁴⁶ Cass. soc. 20 février 1986, n°83-41.671. Bull. Civ. V n°30. p. 23.

⁵⁴⁷ Cass. soc. 20 février 1986, n°83-41.671. Bull. Civ. V n°30. p. 23.

⁵⁴⁸ C. trav., art. L. 4624-2.

⁵⁴⁹ C. trav., art. L. 4624-2.

B. La fiche médicale d'aptitude

365. Le Code du travail envisage deux types de fiches médicales : la fiche médicale dite classique (1) et la fiche médicale dite spéciale (2).

1. La fiche médicale classique

366. Création et contenu. À l'issue d'une visite médicale obligatoire, le médecin du travail réalise une fiche médicale d'aptitude du salarié en deux exemplaires⁵⁵⁰. Le modèle de la fiche médicale est prévu par un arrêté du 24 juin 1970. La sensibilité des informations mentionnées a conduit à un encadrement supplémentaire : la fiche médicale d'embauche ne peut porter atteinte au principe du secret médical⁵⁵¹. Ainsi, ne devant comporter aucune mention d'ordre médical, elle constitue un simple avis sur l'aptitude du salarié à occuper l'emploi envisagé et ne fait qu'indiquer des postes auxquels il ne doit pas être affecté et ceux qui lui conviendraient le mieux. De ce fait, l'indication de l'état de grossesse d'une postulante à un emploi ne peut figurer sur la fiche médicale d'aptitude⁵⁵².

367. Double Transmission. Un exemplaire de cette fiche d'aptitude est remis à l'employeur et au salarié. L'employeur conserve cet exemplaire qui doit être présenté à tout moment, sur leur demande, à l'inspecteur du travail et au médecin inspecteur du travail⁵⁵³.

2. La fiche médicale spéciale

368. Création. Le médecin du travail a pour obligation d'établir une fiche médicale lorsque le salarié en fait la demande ou quitte l'entreprise. Comme la fiche médicale classique, celle-ci est établie en deux exemplaires⁵⁵⁴.

369. Contenu. Dès 1970, l'administration a incité les médecins du travail à réguler les informations contenues dans ces fiches d'aptitude spéciales. Il est ainsi souhaitable que celles-ci ne constituent pas la copie intégrale du dossier médical du salarié. Cette orientation est justifiée par deux éléments d'inégale importance. A titre principal, il s'agit de protéger le salarié des informations relatives à sa propre santé, dont il ne peut apprécier et

⁵⁵⁰ C. trav., art. D. 4624-47. al 1.

⁵⁵¹ CE, 28 mai 1982, Synd. nat. professionnel des médecins du travail.

⁵⁵² Rép. Lagatu n° 12989 : JO déb. Sén. 2 août 1973 p. 1197.

⁵⁵³ C. trav., art. D. 4624-44. al 2.

⁵⁵⁴ C. trav., art. D. 4624-48. al 1.

pondérer la valeur. Tel est le cas en matière d'affectations graves ou chroniques. A titre complémentaire, il s'agit de limiter la divulgation des secrets de fabrication éventuellement consignés par le médecin du travail dans les dossiers médicaux⁵⁵⁵. A notre sens, cette orientation administrative, notamment en raison de son ancienneté, est aujourd'hui altérée par un principe qui gagne en importance en droit de la santé : le droit pour le patient d'être informé sur son état de santé⁵⁵⁶. En toute hypothèse, la fiche réalisée lors du départ du salarié doit, *a minima*, mentionner l'identité du salarié, la date de son entrée dans l'entreprise, le dernier poste occupé dans l'entreprise, la date du dernier examen médical, l'adresse du service de santé au travail et le nom du médecin du travail ayant établi la fiche.

370. Transmission unique. Un exemplaire de la fiche d'aptitude spéciale est adressé au salarié alors que l'autre est conservé, par le médecin du travail, dans le dossier médical de l'intéressé⁵⁵⁷.

II. Les vaccinations

371. La prévention et ses limites. En principe, le médecin du travail a un rôle exclusivement préventif. Sa mission est en effet de conserver et préserver la santé des salariés, non de les soigner. Cette règle, première qualité de la médecine du travail, connaît pourtant deux dérogations, propres aux limites de la seule prévention. *Primo*, le médecin du travail a la faculté, voire le devoir, de prodiguer des soins en cas d'urgence. L'urgence ne pose, en soi, pas de problème dans la mesure où le médecin du travail, à défaut d'action, encourt les sanctions pénales prévues pour défaut d'assistance à personne en péril⁵⁵⁸. *Secundo*, la vaccination, acte réalisé sur le corps du salarié, s'avère plus délicate. Dans quelle mesure le médecin du travail peut-il procéder à des vaccinations ? La question, oubliée par la loi⁵⁵⁹, est considérée par l'administration⁵⁶⁰. Il s'agit en toute hypothèse d'une prérogative peu connue du médecin du travail, exceptionnellement relayée par la presse et le gouvernement lors de l'affaire de la « grippe A »⁵⁶¹.

⁵⁵⁵ Instr. TE/2-70 du 29 juin 1970.

⁵⁵⁶ C. santé. publ., art. L. 1111-2.

⁵⁵⁷ C. trav., art. D. 4624-48. al 2.

⁵⁵⁸ Voir par. n°275 et s.

⁵⁵⁹ Le Code du travail n'envisage que les règles applicables aux services de santé au travail des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux (Article R. 4626-5 du Code du travail).

⁵⁶⁰ Les dispositions de la lettre circulaire du 26 avril 1998 relative à la pratique des vaccinations en milieu de travail par les médecins du travail sont applicables et remplacent la lettre circulaire TE 25/74 du 14 mai 1974 relative à la vaccination en milieu de travail.

⁵⁶¹ <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/18-08-2009-Si-des-cas-de-grippe.html>.

372. Les vaccinations prodiguées par le médecin du travail répondent au but exclusif de prévention des risques professionnels. De ce fait, elles font l'objet d'un encadrement strict (A), qu'elles soient obligatoires ou facultatives (B).

A. L'encadrement des vaccinations

373. Dès lors que le médecin du travail envisage de procéder à la vaccination d'un salarié, de multiples obligations sont à sa charge. Celles-ci concernent sa propre activité (1) ou les personnes intéressées (2).

1. Obligations personnelles

374. Tiers temps. En vertu de la règle dite du « tiers-temps »⁵⁶², l'employeur doit prendre toutes les mesures possibles pour que le médecin du travail consacre à son action en milieu de travail le tiers de son temps⁵⁶³. Le médecin du travail ne doit pas inclure le temps nécessaire à la pratique de la vaccination dans le tiers-temps⁵⁶⁴. Cette position semble logique en ce que la vaccination, acte médical par essence individuel, intègre le champ du suivi médical du salarié et non l'action collective sur le lieu de travail.

375. Responsabilité civile. Le médecin du travail doit signaler et inclure la pratique vaccinale dans son contrat d'assurance en responsabilité civile professionnelle souscrite obligatoirement⁵⁶⁵. Dans le cas contraire, le médecin du travail sera susceptible d'engager sa responsabilité civile sans aucune protection⁵⁶⁶.

376. Matériel. D'un point de vue pratique, l'administration oblige le médecin du travail à disposer d'une trousse de secours adaptée afin d'effectuer les premiers gestes de prévention⁵⁶⁷.

⁵⁶² V. par. n°621 et s.

⁵⁶³ C. trav., R. 4624-4. al 1.

⁵⁶⁴ Lettre circulaire du 26 avril 1998 relative à la pratique des vaccinations en milieu de travail par les médecins du travail.

⁵⁶⁵ *Ibid.*

⁵⁶⁶ Sur la responsabilité civile du médecin du travail pour vaccination, v. par. n°248.

⁵⁶⁷ Lettre circulaire du 26 avril 1998 relative à la pratique des vaccinations en milieu de travail par les médecins du travail.

2. Obligations impersonnelles

377. Outre un encadrement propre à son activité, le médecin du travail doit prendre en considération des personnes extérieures, à savoir le salarié (a), l'employeur (b) ainsi que certains professionnels de santé (c).

a. Le salarié

378. Information, consentement et rigorisme. Le salarié doit donner son « accord explicite » à l'acte de vaccination⁵⁶⁸. Cette directive n'est qu'une émanation du principe selon lequel le patient doit consentir à l'acte médical pratiqué sur son corps⁵⁶⁹. En outre, le médecin du travail doit effectuer un examen clinique du salarié (se traduisant par une visite médicale) ainsi qu'une étude de son poste de travail avant chaque injection. Il est permis de douter de l'utilité d'un tel rigorisme, notamment lorsque plusieurs vaccinations, réalisées pour une même finalité, ont lieu dans un laps de temps réduit. Enfin, le médecin du travail doit donner une information claire et précise au salarié sur les avantages et les risques de chaque vaccination.

b. L'employeur

379. Information et consentement. L'obligation d'information s'étend à l'employeur ainsi qu'au CHSCT (ou aux délégués du personnel). Pour l'employeur, l'information n'est pas suffisante : son accord préalable est nécessaire. L'administration parle « d'accord de principe ». Est-ce à dire qu'un accord pour chaque vaccination n'est pas nécessaire ?

c. Les professionnels de santé

380. Pratiques médicales. Toute vaccination réalisée par le médecin du travail doit répondre aux recommandations formulées par le comité technique des vaccinations et approuvées par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

⁵⁶⁸ *Ibid.*

⁵⁶⁹ C. santé. publ., L. 1111-4.

B. Les types de vaccinations

381. Le médecin du travail est susceptible de pratiquer des vaccinations obligatoires (1) ou non obligatoires (2).

1. Vaccinations obligatoires

382. Acceptation du salarié. Les vaccinations obligatoires sont imposées par le Code de la santé publique pour certaines professions. Il s'agit principalement de vaccinations contre la fièvre typhoïde, l'hépatite B, la polio ou encore le tétanos. Le médecin du travail, pour déterminer l'aptitude du salarié, doit opérer une appréciation casuistique en tenant compte de l'importance du risque, des moyens de prévention collective et individuelle mis en place, de l'état de santé du salarié ainsi que de son état immunitaire⁵⁷⁰.

383. Refus du salarié. Le refus d'une vaccination est un droit pour le patient. Lorsque le patient est salarié, ce droit persiste mais ses conséquences sont teintées du particularisme des relations de travail : puisqu'il s'agit d'une obligation contractuelle, le refus peut entraîner un changement d'affectation voire une rupture du contrat de travail en cas d'impossibilité d'affecter le salarié à son poste de travail⁵⁷¹.

2. Vaccinations facultatives

384. Caractère complémentaire. Les vaccinations non obligatoires ont pour but d'assurer la protection des salariés contre les risques résultant de leur exposition potentielle à des agents biologiques. Elles sont aussi recommandées pour certains personnels, notamment ceux ayant un contact avec une clientèle. Toutefois, cette voie n'est que complémentaire : elle ne doit en aucun cas se substituer à la mise en place de moyens de prévention collectifs et individuels efficaces. Le fil d'Ariane est limpide : la médecine du travail reste une médecine de prévention, même lorsque des soins sont susceptibles d'être prodigués.

385. Refus du salarié. Les vaccinations facultatives sont proposées par le médecin du travail, par écrit, à l'employeur qui, après information du CHSCT ou des délégués du personnel, décide s'il y a lieu ou non de les effectuer. Ce dernier ne peut toutefois exiger la

⁵⁷⁰ Lettre circulaire du 26 avril 1998 relative à la pratique des vaccinations en milieu de travail par les médecins du travail.

⁵⁷¹ *Ibid.*

réalisation d'une vaccination non obligatoire. Le refus d'être vacciné ne peut ainsi justifier l'éviction d'un poste sauf en cas de risque caractérisé particulièrement grave, non ou difficilement traitable et pour lequel le médecin du travail dispose d'un vaccin dont l'efficacité et l'innocuité sont reconnues⁵⁷²

386. Rigorisme et pluridisciplinarité. En dépit du fait que la vaccination en milieu de travail ne fait pas l'objet d'une attention juridique particulière, l'administration s'est attachée à encadrer celle-ci afin de protéger le salarié⁵⁷³ comme le médecin du travail⁵⁷⁴. Toutefois, certaines règles, dont la force juridique est en toute hypothèse faible, démontrent un rigorisme risquant de paralyser le médecin du travail. La frontière entre médecine préventive et médecine curative est (très) difficile à franchir. Dans ce contexte, la consécration de la pluridisciplinarité des services de santé au travail s'avère pertinente⁵⁷⁵.

Sous-section 2 – La surveillance médicale dérogatoire

387. Le suivi médical dérogatoire a pour mission d'offrir une protection adéquate en raison de conditions de travail particulières. Cette ambition se matérialise par la mise en place d'un régime d'une surveillance médicale renforcée (§1) et de dispositifs propres à des catégories particulières de travailleurs (§2).

§1: La surveillance médicale renforcée

388. La surveillance médicale renforcée (SMR) tend à améliorer la prévention médicale en faveur de catégories de travailleurs sujettes à des risques médicaux soutenus. Ces catégories, limitativement énumérées (I), bénéficient ainsi d'un régime de surveillance médicale dérogatoire (II).

I. Salariés bénéficiaires

389. Obligation à la charge de l'employeur. La détermination des salariés bénéficiaires constitue une question majeure pour l'employeur puisqu'elle relève de son

⁵⁷² *Ibid.*

⁵⁷³ La préservation des principes cardinaux du droit de la santé, au rang desquels apparaît le consentement du patient, constitue l'objectif premier.

⁵⁷⁴ On pense essentiellement à sa responsabilité du fait des vaccinations.

⁵⁷⁵ On pense notamment au rôle pouvant être joué par les internes en médecine du travail et les infirmières du travail.

entière responsabilité⁵⁷⁶. Les catégories de salariés bénéficiaires sont limitativement énumérées sur la base de endogènes (A) ou exogènes (B).

A. Facteurs endogènes

1. Les travailleurs mineurs

390. Protection de l'enfance. Les travailleurs âgés de moins de dix-huit ans bénéficient d'une surveillance médicale renforcée⁵⁷⁷. Cette règle s'inscrit dans le giron du droit du travail français qui offre une législation poussée pour les enfants. C'est ainsi que l'inspecteur du travail peut requérir à tout moment un examen médical d'un jeune travailleur âgé de quinze ans et plus dans le but de constater si le travail dont il est chargé « excède ses forces »⁵⁷⁸. Les termes employés par le législateur ne sont pas anodins. On y perçoit la notion de force ou les réminiscences de la première loi sociale française, qui limitait le temps de travail des enfants⁵⁷⁹.

2. Les femmes enceintes

391. La mère oubliée. Les femmes enceintes bénéficient d'une surveillance médicale renforcée⁵⁸⁰. Jusqu'au 30 juin 2012, cette protection bénéficie aussi aux mères « dans les six mois qui suivent leur accouchement et pendant la durée de leur allaitement »⁵⁸¹. Cette suppression résulterait des recommandations de bonnes pratiques existantes ainsi que de l'état des connaissances scientifiques et médicales, permettant de d'écarter certains risques pour lesquels une surveillance médicale renforcée ne serait pas nécessaire⁵⁸². La suppression de cette catégorie de bénéficiaires, née du souci de réduction du nombre de visites médicales, est critiquable. La politique est, par essence, question de priorités. Dans le contexte de mise en avant du taux d'activité professionnelle des femmes, cette mesure est contestable. Sa force est d'être noyée dans un arsenal législatif et réglementaire, au point que sa disparition n'est relevée que par les spécialistes de la santé au travail⁵⁸³.

⁵⁷⁶ Circ. DRT n°3 du 7 avril 2005.

⁵⁷⁷ C. trav., art. R. 4624-18. 1°.

⁵⁷⁸ C. trav., art. L. 4153-4.

⁵⁷⁹ L. n°923 du 22 mars 1841 règlementant le travail des enfants, Bulletin des Lois, 1841, n°795.

⁵⁸⁰ C. trav., art. R. 4624-18. 2°.

⁵⁸¹ C. trav., art. R. 4624-19. 5° ancien.

⁵⁸² M. Delaunay et G. Lefrand, *Rapport d'information sur la mise en œuvre de la loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail*, Commission des affaires sociales, 7 mars 2012. p. 46.

⁵⁸³ *Ibid.*

3. Les travailleurs handicapés

392. Développement du droit du handicap. Le dispositif de surveillance médicale renforcée est applicable aux travailleurs handicapés⁵⁸⁴. Cette mesure n'est qu'une des nombreuses pièces du droit du handicap, qui s'est considérablement développé au fil des années, tant en droit du travail⁵⁸⁵ qu'en protection sociale⁵⁸⁶.

B. Facteurs exogènes

393. Prise en main par le législateur. Les anciennes dispositions réglementaires s'articulaient autour de deux branches : le régime de surveillance médicale renforcée s'appliquait soit en raison d'une disposition réglementaire générale soit par le biais de la négociation collective de branche⁵⁸⁷. Désormais, la voie conventionnelle est supprimée et les facteurs exogènes impliquant l'application du régime de surveillance renforcée sont limitativement énumérés et plus ciblés⁵⁸⁸. Plus précisément, sont distingués des facteurs exogènes non conditionnés (1) et des facteurs exogènes conditionnés (2).

1. Facteurs non conditionnés

394. L'article R. 4624-18 du Code du travail envisage l'application du régime de surveillance médicale renforcée pour tout salarié exposé à l'amiante⁵⁸⁹, aux rayonnements ionisants⁵⁹⁰ ou au risque hyperbare⁵⁹¹. La mise en œuvre de la surveillance médicale renforcée

⁵⁸⁴ C. trav., art. R. 4624-18. 4°.

⁵⁸⁵ Plus précisément, les règles juridiques relatives aux travailleurs handicapés s'articulent principalement autour des deux axes : l'obligation d'emploi et les conditions d'emploi.

⁵⁸⁶ Il est ici fait référence à l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

⁵⁸⁷ L'ancien article R. 4624-19 du Code du travail disposait que la surveillance médicale renforcée s'appliquait notamment aux « *salariés affectés à certains travaux comportant des exigences ou des risques déterminés par les dispositions particulières intéressant certaines professions ou certains modes de travail. Des accords collectifs de branche étendus peuvent préciser les métiers et postes concernés ainsi que convenir de situations relevant d'une telle surveillance en dehors des cas prévus par la réglementation* ».

⁵⁸⁸ C. trav., art. R. 4624-18. 3°.

⁵⁸⁹ L'amiante est un silicate naturel hydraté de calcium et de magnésium, à texture fibreuse, résistant à l'action du feu et utilisé pour fabriquer des matériaux, des tissus incombustibles (Dict. Larousse).

⁵⁹⁰ Les rayonnements ionisants, en traversant le corps des travailleurs exposés,

⁵⁹¹ Le risque hyperbare se manifeste par des lésions pathologiques aiguës ou chroniques, apparaissant pendant ou après un séjour à une pression supérieure à la pression atmosphérique. Ce séjour en pression peut se dérouler en tant qu'en atmosphère sèche qu'en milieu humide subaquatique.

n'étant pas conditionnée pour ces risques, il convient simplement de préciser que ceux-ci font l'objet de dispositions réglementaires intégrées au Code du travail⁵⁹².

2. Facteurs conditionnés

395. Un conditionnement précis. En *sus* de facteurs engendrant automatiquement la mise en œuvre d'une surveillance médicale renforcée, certains risques, énumérés limitativement, sont conditionnés de manière précise.

a. Le plomb

396. Le saturnisme. Près de 135 000 salariés seraient exposés au plomb, principalement dans les secteurs du bâtiment, de la céramique et de la verrerie. Cette exposition - par voie buccale ou nasale - peut engendrer des lésions rénales, sanguines ou neurologiques regroupées sous le terme de saturnisme.

397. Taux d'exposition. Le Code du travail offre donc un encadrement strict des conditions de travail des travailleurs exposés au plomb⁵⁹³. Ceux-ci bénéficient d'une surveillance médicale renforcée dans deux situations alternatives : soit lorsque l'exposition à une concentration de plomb dans l'air est supérieure à 0,05 mg/m³ (calculée comme une moyenne pondérée en fonction du temps sur une base de huit heures), soit lorsqu'est mesurée une plombémie supérieure à 200 µg/l de sang pour les hommes ou 100 µg/l de sang pour les femmes⁵⁹⁴.

b. Le bruit

398. Le bruit se fait entendre. Le bruit est reconnu, depuis le décret n° 2011-354 du 30 mars 2011 relatif à la définition des facteurs de risques professionnels, comme facteur de risque professionnel pris en compte dans le cadre de la prévention de la pénibilité. Dans un souci de continuité, il n'échappe donc pas aux dispositions du décret du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail.

⁵⁹² Les expositions à l'amiante, au risque hyperbare et aux rayonnements ionisants sont respectivement envisagées aux articles R. 4492-14 et suivants, R. 4461-1 et suivants et R. 4451-1 et suivants du Code du travail.

⁵⁹³ C. trav., art. R. 4412-156 et s.

⁵⁹⁴ C. trav., art. R. 4412-160.

399. Taux d'exposition. La surveillance médicale renforcée des travailleurs en raison du bruit a deux objectifs : diagnostiquer de manière précoce toute perte auditive due au bruit et préserver la fonction auditive des travailleurs. La protection de ces travailleurs est ainsi renforcée dès lors qu'un certain seuil est atteint⁵⁹⁵. Ici encore, est prévue une alternative: soit le niveau d'exposition quotidienne au bruit s'élève à 85 dB (A), soit le niveau de pression acoustique de crête est de 137 dB (C)⁵⁹⁶.

c. Les vibrations

400. Les vibrations se font sentir. À l'instar du bruit, les vibrations constitue un nouveau facteur reconnu au titre de la pénibilité⁵⁹⁷. Deux hypothèses permettent la reconnaissance de ce facteur. D'une part, est visée toute vibration mécanique transmise aux mains et aux bras qui entraîne des risques pour la santé et la sécurité de la personne (notamment des troubles vasculaires, lésions ostéo-articulaires, troubles neurologiques ou musculaires). D'autre part, est envisagée toute vibration mécanique transmise à l'ensemble du corps qui entraîne des risques pour la santé et sécurité des travailleurs (notamment des lombalgies et microtraumatismes de la colonne vertébrale)⁵⁹⁸.

401. Taux d'exposition. L'application de la surveillance médicale renforcée aux travailleurs exposés aux vibrations suppose l'atteinte d'un seuil d'exposition journalier (référence de huit heures) : 2, m/s² pour les vibrations transmises aux mains et bras ou 0, 5 m/s² pour les vibrations transmises à l'ensemble du corps⁵⁹⁹.

d. Les agents biologiques

402. Notion. La notion d'agents biologiques renvoie aux micro-organismes, y compris ceux génétiquement modifiés, aux cultures cellulaires ainsi qu'aux endoparasites humains qui sont susceptibles de provoquer une infection, une allergie ou une intoxication. Ceux-ci sont répartis en quatre groupes allant de 1 à 4.

⁵⁹⁵ C. trav., art. R. 4624-18. 3°. e., C. trav., art. R. 4435-1. al 1.

⁵⁹⁶ C. trav., art. R. 4431-2. 2°.

⁵⁹⁷ D. n° 2011-354 du 30 mars 2011 relatif à la définition des facteurs de risques professionnels.

⁵⁹⁸ C. trav., art. R. 4441-1.

⁵⁹⁹ C. trav., art. R. 4443-2.

403. Conditions. Les salariés exposés, lors de l'exécution de leur prestation de travail, à des agents biologiques des groupes 3 et 4⁶⁰⁰ bénéficient d'une surveillance médicale renforcée⁶⁰¹. Ergo, les agents biologiques des groupes 1 et 2 sont écartés.

e. Les agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction

404. Notions. Les agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (aussi nommés « agents CMR ») ont été recensés par l'annexe I de la directive 67/548/CEE, elle-même transposée en droit français par l'annexe I de l'arrêté du 20 avril 1994 modifié. Il faut ainsi distinguer la cause des effets. La cause est commune aux trois agents : est envisagée toute substance ou préparation qui, par inhalation, ingestion ou pénétration cutanée, engendre l'agent. Les conséquences sont propres à chacun : la provocation d'un cancer ou l'augmentation de sa fréquence⁶⁰² (agent cancérogène), la production de défauts génétiques héréditaires ou l'augmentation de leur fréquence⁶⁰³ (agent mutagène) et la production ou l'augmentation de la fréquence d'effets nocifs non héréditaires dans la progéniture ou l'atteinte aux fonctions ou capacités reproductives⁶⁰⁴ (agent toxique).

405. Degré de connaissance. Sont distinguées trois catégories d'agents CMR. Contrairement aux facteurs susmentionnés, les agents sont ici classés non pas en raison de leur impact sur la santé des travailleurs mais en raison de leur degré de connaissance⁶⁰⁵. Ainsi, seuls les agents CMR des catégories 1 et 2 sont concernés par la mise en œuvre d'une surveillance médicale renforcée⁶⁰⁶.

⁶⁰⁰ Le groupe 3 intègre les agents biologiques pouvant provoquer une maladie grave et constituer un danger sérieux pour le travailleur et pouvant généralement être traités de manière efficace. Le groupe 4 recense quant à lui le même type d'agents biologiques mais il n'existe généralement aucun traitement efficace.

⁶⁰¹ C. trav., art. R. 4624-18. 3°. g.

⁶⁰² C. trav., art. R. 4411-6. 12°.

⁶⁰³ C. trav., art. R. 4411-6. 13°.

⁶⁰⁴ C. trav., art. R. 4411-6. 14°.

⁶⁰⁵ A titre illustratif, l'article R. 4411-6 du Code du travail prévoit, en matière d'agents cancérogènes, les classifications suivantes :

« a) Agents cancérogènes de catégorie 1 : substances et préparations que l'on sait être cancérogènes pour l'homme ;

b) Agents cancérogènes de catégorie 2 : substances et préparations pour lesquelles il existe une forte présomption que l'exposition de l'homme à de telles substances et préparations peut provoquer un cancer ou en augmenter la fréquence ;

c) Agents cancérogènes de catégorie 3 : substances et préparations préoccupantes pour l'homme en raison d'effets cancérogènes possibles, mais pour lesquelles les informations disponibles sont insuffisantes pour classer ces substances et préparations dans la catégorie 2 ».

⁶⁰⁶ C. trav., art. R. 4624-18. 3°. h.

II. Périodicité des examens médicaux

406. Pouvoir discrétionnaire du médecin du travail. Lorsque le salarié bénéficie d'un régime de surveillance médicale renforcée, le médecin du travail est juge des modalités de réalisation des visites médicales⁶⁰⁷.

407. Limites résiduelles. La réforme de 2011 a écarté la limite la plus conséquente au pouvoir discrétionnaire du médecin du travail. Auparavant, les visites médicales périodiques pratiquées dans le cadre de la surveillance médicale renforcée devaient être renouvelées au moins une fois par an⁶⁰⁸. Désormais, le pouvoir discrétionnaire du médecin du travail n'est régulé que par trois moyens de faible puissance. Premièrement, le médecin du travail, pour apprécier les modalités de surveillance médicale des salariés, doit tenir compte des recommandations de bonnes pratiques existantes. Deuxièmement, les salariés exposés aux rayons ionisants (catégorie A) doivent bénéficier d'un suivi de leur état de santé au moins une fois par an⁶⁰⁹. Enfin, le médecin du travail doit, *a minima*, réaliser un ou des examens médicaux selon une périodicité n'excédant pas vingt-quatre mois⁶¹⁰. En synthèse, ces limites sont, comparées aux anciennes dispositions réglementaires, peu coercitives.

§2 : Le suivi médical de catégories spécifiques de salariés

408. Multiplicité des catégories spécifiques. Depuis plusieurs années, le nombre de catégories spécifiques de salariés bénéficiant d'une surveillance médicale dérogatoire (partielle ou totale) a cru de façon significative. La loi du 20 juillet 2011 envisage cette dernière dans onze hypothèses. Actualité oblige, nous nous intéresserons à certaines d'entre elles afin de mettre en avant les lignes de force de la réforme. Le suivi médical dérogatoire est ainsi mis en œuvre par la voie réglementaire (I) ou conventionnelle (II).

409. Régulation de la multiplicité. Si le phénomène de multiplicité des catégories spécifiques est incontestable, le législateur tend néanmoins à aligner sur le droit commun de la surveillance médicale certaines catégories qui relevaient auparavant d'une

⁶⁰⁷ C. trav., art. R. 4624-19. al 1.

⁶⁰⁸ C. trav., art. R. 4624-17. ancien.

⁶⁰⁹ C. trav., art. R. 4624-19. al 1.

⁶¹⁰ C. trav., art. R. 4624-19. al 2.

règlementation spécifique. C'est le cas des gardiens d'immeubles, des employés de maison et les travailleurs à domicile⁶¹¹.

I. La voie réglementaire

410. Le décret du 30 janvier 2012, pris en application de loi du 20 juillet 2011, précise les règles relatives à l'organisation, au choix et au financement du service de santé au travail ainsi qu'aux modalités de surveillance de l'état de santé des travailleurs applicables à certaines catégories de travailleurs limitativement énumérés⁶¹². Sont notamment visés les travailleurs temporaires (A), les travailleurs des associations intermédiaires (B) ou encore les travailleurs saisonniers (C). En toute hypothèse, les règles et modalités de surveillance spéciale ne peuvent avoir pour effet de modifier la périodicité des examens médicaux de droit commun⁶¹³.

A. Travailleur temporaire

411. Les dispositions relatives à la surveillance médicale du travailleur temporaire se focalisent sur deux difficultés : la visite médicale d'embauche (1) et certaines visites médicales obligatoires (2).

⁶¹¹ Abrogation des articles L. 7214-1 et L. 5132-12 du Code du travail et modification de l'article L. 7221-2 du même code.

⁶¹² L'article L. 4625-1 du Code du travail dispose que « un décret détermine les règles relatives à l'organisation, au choix et au financement du service de santé au travail ainsi qu'aux modalités de surveillance de l'état de santé des travailleurs applicables aux catégories de travailleurs suivantes : 1° Salariés temporaires ; 2° Stagiaires de la formation professionnelle ; 3° Travailleurs des associations intermédiaires ; 4° Travailleurs exécutant habituellement leur contrat de travail dans une entreprise autre que celle de leur employeur ; 5° Travailleurs éloignés exécutant habituellement leur contrat de travail dans un département différent de celui où se trouve l'établissement qui les emploie ; 6° Travailleurs détachés temporairement par une entreprise non établie en France ; 7° Travailleurs saisonniers. »

⁶¹³ L'article L. 4625-1 du Code du travail prévoit que « ces travailleurs bénéficient d'une protection égale à celle des autres travailleurs. Des règles et modalités de surveillance adaptées ne peuvent avoir pour effet de modifier la périodicité des examens médicaux définie par le présent code. Des règles adaptées relatives à l'organisation du service de santé au travail ne peuvent avoir pour effet de modifier les modalités de composition et de fonctionnement du conseil d'administration prévues à l'article L. 4622-11. »

1. Visite médicale d'embauche

a. Médecin du travail compétent

412. Principe : *domos*. En principe, la visite médicale d'embauche est réalisée par le médecin du travail de l'entreprise de travail temporaire (ETT)⁶¹⁴.

413. Dérogations : service de santé au travail extérieur. Dans deux situations, les entreprises de travail temporaire peuvent s'adresser à un service de santé au travail extérieur pour faire réaliser la visite médicale d'embauche du travailleur : soit *via* un service interentreprises de santé au travail proche du lieu de travail du travailleur temporaire, soit *via* le service autonome de l'entreprise utilisatrice auprès de laquelle l'intéressé est détaché⁶¹⁵.

414. Communications. L'entreprise de travail temporaire qui a recours à l'une de ces dérogations doit communiquer au service de santé au travail concerné les coordonnées de son propre service de santé habituel afin de faciliter l'échange d'informations entre les deux services. Ces relations sont gouvernées par l'obligation de confidentialité⁶¹⁶. Lorsque l'entreprise de travail temporaire délègue la réalisation de la visite médicale d'embauche à un service de santé au travail autonome, elle doit en outre informer, au préalable, le médecin inspecteur régional du travail de son intention de le faire⁶¹⁷.

b. Force obligatoire

415. Le médecin du travail de l'entreprise de travail temporaire a la faculté de ne pas réaliser de nouvelle visite médicale d'embauche avant une nouvelle mission, sous réserve du respect de quatre conditions inhérentes à la situation du salarié (α) et de l'employeur (β).

α . La situation du salarié

416. Volonté du salarié. Le pouvoir d'appréciation du médecin du travail n'est pas absolu : le salarié peut demander à ce que la visite médicale d'embauche pour la nouvelle

⁶¹⁴ C. trav., art. R. 4625-9. al 1.

⁶¹⁵ C. trav., art. R. 4625-9. al 3.

⁶¹⁶ C. trav., art. R. 4625-9. al 4.

⁶¹⁷ *Ibid.*

mission soit réalisée⁶¹⁸. Il faut cependant un acte positif du salarié, son simple silence étant insuffisant pour éteindre la voie dérogatoire.

417. Inaptitude. En dehors de toute volonté du salarié, deux conditions propres à son état de santé doivent être réunies. L'aptitude médicale ou l'une des aptitudes reconnues lors de l'examen médical d'embauche réalisé à l'occasion d'une mission précédente doit correspondre aux caractéristiques particulières du poste et aux informations mentionnées aux articles D. 4625-19 et suivants du Code du travail⁶¹⁹. Au surplus, aucune inaptitude ne doit avoir été reconnue lors du dernier examen médical de l'intéressé, intervenu soit au cours des vingt quatre mois qui précèdent, si le travailleur est mis à disposition par la même entreprise de travail temporaire, soit au cours des douze mois qui précèdent, dans le cas d'un changement d'entreprise de travail temporaire⁶²⁰.

β. La situation du médecin du travail

418. Pouvoir d'appréciation. Le médecin du travail doit apprécier l'opportunité de réaliser la visite médicale d'embauche, notamment au vu des informations relatives aux caractéristiques particulières du poste mentionnées au 4° de l'article L. 1251-43 et des informations mentionnées aux articles D. 4625-19 et suivants (relatives à la communication d'informations entre entreprises de travail temporaire et entreprises utilisatrices)⁶²¹.

419. Fiche médicale d'aptitude. Le médecin du travail doit enfin prendre connaissance de la fiche médicale d'aptitude établie en application de l'article R. 4624-47 du Code du travail soit pour le compte de la même entreprise de travail temporaire soit pour celui d'une autre entreprise de travail temporaire⁶²².

c. Finalité

420. Finalité supplétive. La visite médicale d'embauche du travailleur temporaire peut avoir pour finalité, outre celles prévues aux termes de l'article R. 4624-10 du Code du travail, de rechercher si le salarié est médicalement apte à exercer plusieurs emplois

⁶¹⁸ C. trav., art. R. 4625-10. al 1.

⁶¹⁹ C. trav., art. R. 4625-10. 3°.

⁶²⁰ C. trav., art. R. 4625-10. 4°.

⁶²¹ C. trav., art. R. 4625-10. 1°.

⁶²² C. trav., art. R. 4625-10. 2°.

dans la limite de trois⁶²³. Les termes du décret du 30 janvier 2012 laissant entendre que cette finalité constitue une simple faculté, il semble que l'opportunité d'une telle recherche relève de la libre appréciation du médecin du travail.

2. Visites médicales spécifiques

421. Situations particulières. Pour certaines professions, certains modes de travail ou certains risques, lorsque la réalisation d'examens obligatoires destinés à vérifier l'absence de contre indication au poste de travail (notamment avant l'affectation) est prévue par décret, ces examens sont réalisés par le médecin du travail de l'entreprise utilisatrice. Ce dernier se prononce sur l'existence ou l'absence de contre-indication⁶²⁴.

422. SMR. Les examens pratiqués au titre de la surveillance médicale renforcée sont réalisés par le médecin du travail de l'entreprise utilisatrice qui se prononce, éventuellement, sur l'aptitude médicale du salarié à occuper le poste de travail. Le médecin du travail de l'entreprise de travail temporaire est ensuite informé du résultat de ces examens⁶²⁵.

B. Salariés d'associations intermédiaires

423. Les associations intermédiaires⁶²⁶ doivent assurer le suivi médical des personnes mises à disposition d'un utilisateur par l'intermédiaire d'un service de santé au travail interentreprises⁶²⁷. Cette surveillance médicale est encadrée dans sa périodicité (1) comme dans sa matérialité (2).

1. Périodicité

424. Périodicité. En principe, la visite médicale est réalisée dès la première mise à disposition du salarié ou au plus tard dans le mois suivant⁶²⁸, puis renouvelée deux ans après

⁶²³ C. trav., art. R. 4625-9. al 2.

⁶²⁴ C. trav., art. R. 4625-11.

⁶²⁵ C. trav., art. R. 4625-12.

⁶²⁶ Les associations intermédiaires sont des structures mettant, à titre onéreux, des salariés à disposition de personnes physiques ou morales.

⁶²⁷ C. trav., art. R. 5132-26-6.

⁶²⁸ C. trav., art. R. 5132-26-7. al 1.

la première mise à disposition⁶²⁹. Par dérogation, cette périodicité peut être modifiée lorsque l'agrément du service de santé au travail interentreprises le prévoit⁶³⁰.

2. Finalités

425. *Quinque.* Les finalités de la visite médicale du salarié d'association intermédiaire sont nombreuses puisqu'au nombre de cinq. Cette multiplicité a pour but que le médecin du travail tienne compte des spécificités de cette activité pour opérer son choix. Les deux finalités propres à la visite médicale d'embauche réapparaissent : l'aptitude et le conseil.

426. L'aptitude. Pour déterminer si le salarié est apte à son poste, le médecin du travail doit, d'une part s'assurer que la personne mise à disposition est médicalement apte à exercer plusieurs emplois, dans la limite de trois, cités par l'association intermédiaire lors de sa demande de visite médicale ; d'autre part préconiser - éventuellement - des affectations à d'autres emplois et rechercher si l'intéressé n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour elle ou pour les tiers⁶³¹.

427. Le conseil. Outre l'appréciation de l'aptitude du salarié, le médecin du travail doit informer ce dernier sur les risques des expositions au poste de travail, sur le suivi médical nécessaire ainsi que le sensibiliser sur les moyens de prévention à mettre en œuvre⁶³².

C. Travailleurs saisonniers

428. Visite médicale d'embauche. Par essence, le travail saisonnier est temporaire. De ce fait, les règles en la matière se focalisent sur la visite médicale d'embauche, au prisme de la durée de la mission.

1. Une faible protection...

429. 45 jours : un parasol. En principe, la visite médicale d'embauche est obligatoire pour les salariés saisonniers recrutés pour une durée au moins égale à quarante-cinq jours de travail effectif. Par dérogation, cette visite est facultative lorsque le salarié est

⁶²⁹ C. trav., art. R. 5132-26-7. al 2.

⁶³⁰ C. trav., art. R. 5132-26-7. al 3.

⁶³¹ C. trav., art. R. 5132-26-8. 1°, 2°, 3°.

⁶³² C. trav., art. R. 5132-26-8. 4°, 5°.

recruté pour un emploi équivalent à ceux précédemment occupés si aucune inaptitude n'a été reconnue lors du dernier examen médical intervenu au cours des vingt-quatre mois précédents. En d'autres termes, dès lors que le travailleur saisonnier accomplit des missions équivalentes d'une année à l'autre, la visite médicale d'embauche ne sera pas réalisée⁶³³.

430. 44 jours : un coup de soleil. Les salariés saisonniers recrutés pour une durée inférieure à quarante-cinq jours ne bénéficient pas d'une visite médicale d'embauche. Tout au plus le service de santé au travail organise des actions de formation et de prévention, qui peuvent être communes à plusieurs entreprises⁶³⁴. Ces actions font l'objet d'une consultation préalable du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail⁶³⁵. Cette absence de protection nous rappelle que chaque année, les travailleurs saisonniers réalisent que le Code du travail laisse place au soleil, voire à l'insolation⁶³⁶.

2. ...améliorée par l'administration ?

431. Notion d'accord. Afin de tenir compte de spécificités locales en matière de recours à des travailleurs saisonniers, l'autorité administrative peut approuver des accords adaptant les modalités définies par décret sous réserve que des adaptations garantissent un niveau au moins équivalent de protection de la santé des intéressés⁶³⁷. Les termes de la loi pèchent par l'absence de toute précision sur l'autorité administrative compétente et sur la nature des accords relatifs à la surveillance médicale des travailleurs saisonniers. Un accord collectif de travail ne serait pas obligatoire⁶³⁸. Un engagement unilatéral de l'employeur ou un usage d'entreprise peuvent-ils être approuvés par l'administration ? L'avenir déterminera si cette voie d'amélioration sera effective et, le cas échéant, permettra de répondre à ces interrogations.

II. La voie conventionnelle

432. Un accord collectif de branche étendu peut prévoir, sous réserve du respect de certaines conditions, des dérogations aux règles relatives à l'organisation et au choix du

⁶³³ C. trav., art. D. 4625-22. al 1.

⁶³⁴ C. trav., art. R. 4625-22. al 2.

⁶³⁵ C. trav., art. R. 4625-22. al 3.

⁶³⁶ V. J. D, *Hôtesse à Roland-Garros : abus social, épuisement et insolation*, Rue 89, 28 mai 2011.

⁶³⁷ C. trav., art. L. 4625-1. al 4.

⁶³⁸ F. Morel, *Une prévention des risques professionnels plus efficace*, SSL n°1525, 13 février 2012.

service de santé au travail ainsi qu'aux modalités de surveillance de l'état de santé de certaines catégories de travailleurs⁶³⁹.

A. De l'accord collectif de branche étendu...

1. Conditions

433. Nature de l'accord. La voie conventionnelle n'est envisageable que lorsqu'est conclu un accord collectif de branche étendu ayant fait l'objet d'un avis préalable du Conseil national de l'ordre des médecins⁶⁴⁰.

434. Catégories visées. La faculté de déroger à la surveillance médicale de droit commun par voie conventionnelle n'est possible que pour quatre catégories de travailleurs : les artistes et techniciens intermittents du spectacle, les mannequins, les VRP⁶⁴¹ et les salariés du particulier employeur⁶⁴². L'objectif du législateur est d'améliorer la surveillance médicale de catégories de travailleurs historiquement laissées à l'écart de la médecine du travail en raison de leurs particularités ou consacrer et d'encadrer des pratiques propres à chaque profession.

435. Périodicité et principe de faveur. L'accord collectif de branche étendu ne peut en aucun cas modifier la périodicité des examens médicaux de droit commun⁶⁴³. Comme pour la surveillance médicale dérogatoire règlementaire, la loi institue donc le principe de faveur en matière de périodicité des examens médicaux.

2. Effets

436. Médecine non spécialisée. Lorsque les conditions susmentionnées sont respectées, l'accord collectif de branche étendu s'applique de plein droit aux travailleurs intéressés. En outre, celui-ci peut prévoir des règles propres aux salariés du particulier employeur et des mannequins. Le suivi médical de ces deux catégories peut ainsi être effectué par des médecins non spécialisés en médecine du travail signant un protocole avec un service de santé au travail interentreprises. Ces protocoles sont valables dès lors qu'ils prévoient les

⁶³⁹ C. trav., art. L. 4625-2. al 1.

⁶⁴⁰ C. trav., art. L. 4625-2. al 7.

⁶⁴¹ Voyageurs, représentants et placiers.

⁶⁴² C. trav., art. L. 4625-2. al 2.

⁶⁴³ C. trav., art. L. 4625-2. al 1.

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 protocole⁶⁴⁴.

437. Médecine spécialisée. En cas de difficulté ou de désaccord relatif à l'avis délivré par un médecin non spécialisé en médecine du travail, l'employeur ou le salarié intéressé peut solliciter un examen médical auprès d'un médecin du travail appartenant au service de santé au travail interentreprises ayant signé le protocole⁶⁴⁵. A notre sens, il semble nécessaire de formuler cette demande pour ensuite envisager de contester l'avis rendu par le médecin du travail sur la base de l'article L. 4624-1 du Code du travail.

B. ...au retour à la voie règlementaire

438. Silence. En l'absence de conclusion d'un accord collectif de branche étendu dans un délai de douze mois à compter de la date de promulgation de la loi du 20 juillet 2011, un décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, déterminera les règles applicables à ces quatre catégories de travailleurs⁶⁴⁶.

439. L'exemple des assistants maternels. Les assistants maternels constituent l'une des professions envisagées par les termes « salariés du particulier employeur » en ce qu'ils ont pour mission d'accueillir habituellement et de façon non permanente des mineurs à leur domicile en contrepartie d'une rémunération⁶⁴⁷. La Convention collective nationale des assistants maternels du particulier employeur du 1^{er} juillet 2004⁶⁴⁸ prévoit que les partenaires sociaux s'engagent à étudier la possibilité de mettre en place un système de surveillance médicale adapté aux spécificités de la profession afin que la totalité des salariés concernés puissent accéder à la médecine du travail. A ce jour, aucune mesure n'a été mise en œuvre puisqu'en pratique les assistants maternels ne bénéficient d'une visite médicale qu'à chaque renouvellement d'agrément par l'intermédiaire de leur médecin traitant. Si ce silence persiste jusqu'en juillet 2012, le pouvoir règlementaire précisera les contours de la surveillance médicale des assistants maternels et pourrait ainsi accroître la périodicité des visites

⁶⁴⁴ C. trav., art. L. 4625-2. al 3.

⁶⁴⁵ C. trav., art. L. 4625-2. al 8.

⁶⁴⁶ L. 2011-867 du 20 juillet 2011 art. 10, II.

⁶⁴⁷ CASF., art. L 421-1. al 1.

⁶⁴⁸ CC des assistants maternels du particulier employeur., art. 15.

médicales. Or, certains acteurs de la profession, au premier rang desquels les assistants maternels, rejettent l'idée d'une surveillance médicale améliorée⁶⁴⁹. D'autres font valoir le fait qu'intégrer les assistants maternels à la sphère de la médecine du travail effacera les difficultés perçues aujourd'hui en cas d'inaptitude. Comment concilier protection de la santé et volonté des travailleurs ? Le Droit devra trancher.

Section 2 – Les finalités de la surveillance

440. Les outils mis à la disposition du médecin du travail et le cas échéant à l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail ont pour finalité essentielle de déterminer si le salarié est apte ou non à intégrer ou réintégrer son poste de travail (Sous-section 1). En fonction du choix, des mesures d'adaptation du poste de travail de l'intéressé peuvent être envisagées (Sous-section 2). Ces décisions, dont les conséquences sont majeures tant pour l'employeur que le salarié, sont susceptibles d'être contestées (Sous-section 3).

Sous-section 1 : Le choix

441. Notion d'aptitude. Le choix se définit comme la décision prise par le médecin du travail de considérer le salarié apte ou non à réaliser la prestation de travail pour laquelle ce dernier a été engagé. Omniprésente, la notion d'aptitude n'est pourtant pas définie par la Loi. Il s'agit de la « compatibilité optimale entre le salarié et son poste de travail et cela correspond à une 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 »⁶⁵⁰. La notion d'aptitude est donc, par essence, subjective.

442. Compétence exclusive du médecin du travail. Le choix du médecin du travail est, *de jure*, binaire : le salarié est soit apte (§1), soit inapte à son poste de travail (§2). Quelle que soit sa décision, il est seul habilité à constater l'inaptitude d'un salarié⁶⁵¹. L'avis médical rendu par le médecin traitant du salarié⁶⁵², le médecin-conseil de la caisse primaire

⁶⁴⁹ Ce constat résulte notamment du fait la réalisation de plusieurs visites médicales impliqueraient l'impossibilité durant ces périodes de garder les enfants pour lesquels les assistants maternels sont rémunérés et, *de facto*, un nouveau désavantage de ces professionnels face aux autres modes de garde d'enfants.

⁶⁵⁰ P. Frimat et F. Conso, *Rapport sur le bilan de réforme de la santé au travail*, oct. 2007.

⁶⁵¹ C. trav., art. L. 1226-2, C. trav., art. L. 1226-10.

⁶⁵² CA Versailles, 24 janvier 1997, 5^e ch. B, SARL M3A Quality Price c/Refraf.

d'assurance maladie⁶⁵³ ou une commission médicale prévue conventionnellement⁶⁵⁴ est donc dépourvu d'effet.

§1 : Le choix de l'aptitude

443. Un choix ternaire ? *De facto*, le caractère binaire de la décision du médecin du travail semble être écorné. En effet, l'avis d'aptitude délivré par le médecin du travail peut être total (I) ou assorti de réserves (II).

I. L'aptitude totale

444. Maintien du salarié à son poste de travail. Deux situations sont envisageables. Lorsque l'aptitude du salarié est reconnue à la suite d'une suspension de son contrat de travail consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, l'intéressé doit retrouver son emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente. En outre, les conséquences de l'accident ou de la maladie professionnelle ne peuvent entraîner pour l'intéressé aucun retard de promotion ou d'avancement au sein de l'entreprise⁶⁵⁵. En dehors du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie, la loi est muette. La jurisprudence a donc forgé un régime juridique aux termes duquel le salarié est maintenu à son poste de travail lorsque le médecin du travail conclut à son aptitude. En principe, aucune modification du poste du salarié n'est possible, hormis une application du droit commun de la modification du contrat de travail⁶⁵⁶. La contestation de cette décision en vertu de l'article L. 4624-1 du Code du travail est généralement réalisée par le salarié concerné qui estime ne pas être apte à son poste.

II. L'aptitude avec réserve

445. Droit à l'emploi versus droit à la santé. Il est fréquent, en pratique, que le médecin du travail déclare le salarié apte avec diverses restrictions, plus ou moins importantes : on parle d'avis d'aptitude avec réserve(s). Ces restrictions peuvent notamment porter sur la durée d'accomplissement ou l'intensité de certaines tâches. Dans certaines hypothèses, les restrictions sont telles que l'avis d'aptitude s'apparente presque à un avis d'inaptitude. Pourquoi l'existence de tels avis est-elle si répandue ? Le Professeur Verkindt

⁶⁵³ Cass. soc. 25 mai 1994, n°91-41.408. Inédit.

⁶⁵⁴ Cass. soc. 21 mai 2002, n°00-41.012. Bull. Civ.V. n° 167 p. 166.

⁶⁵⁵ C. trav., art. L. 1226-8.

⁶⁵⁶ Cass. Soc. 8 avril 2009, n°07-45.234. Bull. Civ V, n° 106.

note très justement que le médecin du travail « *sait qu'un avis d'inaptitude, même s'il oblige l'employeur à rechercher le reclassement du salarié sur un poste adapté à ses capacités, fragilise l'emploi de ce dernier... La tentation est alors grande d'éviter l'emploi du mot fatidique d'inaptitude et de lui préférer celui d'aptitude quitte à l'assortir de nombreuses réserves* »⁶⁵⁷. La guerre entre droit à l'emploi et droit à la santé est donc mère de ces avis hybrides.

446. Qualification. La chambre sociale de la Cour de Cassation considère, depuis peu, que l'avis d'aptitude avec réserve ne peut en aucun cas être qualifié d'avis d'inaptitude⁶⁵⁸. Peu importe que *de facto* les réserves s'apparentent à une déclaration d'inaptitude. L'enjeu est de taille, à deux titres. D'un point de vue individuel, le salarié déclaré apte avec réserve ne peut plus bénéficier des dispositions du Code du travail relatives à l'inaptitude⁶⁵⁹. D'un point de vue collectif, il pose l'épineuse – et reportée – question d'une réforme profonde du droit de l'inaptitude⁶⁶⁰.

447. Conséquences. Le choix opéré par la jurisprudence offre deux possibilités à l'employeur : soit il forme un recours devant l'inspecteur du travail en vertu de l'article L. 4624-1 du Code du travail⁶⁶¹, soit il s'en tient à cet avis et maintient le salarié à son poste en respectant les préconisations du médecin du travail.

§2 : Le choix de l'inaptitude

448. Complexité. Le choix de l'inaptitude du salarié est, de loin, le plus épineux tant en raison du volume du contentieux que de sa complexité⁶⁶². Les enjeux liés à la déclaration d'inaptitude ont conduit à un encadrement progressif et poussé de celle-ci.

449. Protection du salarié. Le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude médicale du salarié à son poste de travail que s'il a réalisé une étude de ce poste, des conditions de travail dans l'entreprise (I) et un contrôle médical de l'intéressé⁶⁶³ (II). Ce lourd

⁶⁵⁷ P-Y. Verkindt, note sous Cass. soc. 14 juin 2007, n°06-40.474, Inédit.

⁶⁵⁸ Cass. soc. 10 novembre 2009, n°08-42.674. Bull. Civ. V, n° 253.

⁶⁵⁹ C'est-à-dire aux régimes découlant respectivement des articles L. 1226-2 et L. 1226-10 du Code du travail.

⁶⁶⁰ V. en ce sens, P. Pochet, *L'aptitude avec réserves* : JCP S, n°16, 17 avril 2012.

⁶⁶¹ Voir par. n°509 et s.

⁶⁶² V. en ce sens, F. Lebrun, *La santé des salariés, un casse-tête* : Les Echos, 26 janvier 2012.

⁶⁶³ C. trav., art. R. 4624-31. al 1.

formalisme a pour but de protéger le salarié qui, lorsqu'il est déclaré inapte, voit sa vie professionnelle, et *de facto* personnelle, gravement affectée.

I. Etude du poste du salarié et des conditions de travail dans l'entreprise

450. Incompétence du juge judiciaire. L'étude du poste du salarié et des conditions de travail dans l'entreprise constitue une condition de validité de la déclaration d'inaptitude réalisée par le médecin du travail. Pour autant, la Cour de cassation considère qu'il n'appartient pas au juge judiciaire, saisi d'une contestation relative à la licéité du licenciement d'un salarié déclaré inapte à son poste de travail, de se prononcer sur le respect par le médecin du travail de cette obligation⁶⁶⁴. Cette décision semble guidée par des considérations pragmatiques. Le médecin du travail connaît généralement les postes de travail de l'entreprise pour laquelle il travaille. En outre, la notion d'étude du poste et des conditions de travail n'étant aucunement précisée par les dispositions réglementaires, son intensité est incertaine. Or, au regard de la pénurie de professionnels et donc du manque de temps de ceux-ci pour réaliser l'intégralité de leurs missions, le juge a certainement estimé utile de focaliser son attention sur la condition d'un double examen médical. Enfin, puisqu'en pratique le médecin du travail ne réalise pas systématiquement cette double étude, lui attribuer une force obligatoire aurait conduit à un essor de la responsabilité civile de celui-ci à l'égard de son employeur.

451. Compétence administrative. Dans cette même décision, la chambre sociale de la Cour de cassation considère le juge judiciaire incompétent au motif que la contestation de l'avis d'inaptitude relève de la compétence administrative (plus précisément de l'inspection du travail). Aussi, la compétence du juge administratif semble indirectement admise : à notre connaissance, la jurisprudence administrative n'a pas statué sur la question.

452. Une condition oubliée. L'étude du poste de travail du salarié concerné et des conditions de travail dans l'entreprise constitue une condition évincée par les médecins du travail, les salariés et les prétoires. Le pouvoir réglementaire l'a maintenue *via* le décret d'application de la loi du 20 juillet 2011 : pourquoi supprimer des dispositions protectrices du salarié - ce qui aurait fait naître des polémiques – alors qu'elles sont volontairement écartées par les acteurs les appliquant ?

⁶⁶⁴ Cass. soc. 19 décembre 2007, n°06-46.147. Bull. Civ. V, n°222.

II. Contrôle médical

453. La règle d'or. Le contentieux de l'inaptitude démontre que les difficultés se cristallisent autour de la règle selon laquelle le médecin du travail, pour déclarer un salarié inapte à son poste, doit, en principe, réaliser deux examens médicaux.

A. Principe

1. Contenu

454. Deux examens. Pour déclarer un salarié inapte à son poste de travail, le médecin du travail doit réaliser deux visites médicales espacées de deux semaines, accompagnées, le cas échéant, de visites médicales complémentaires⁶⁶⁵. Le délai de deux semaines entre les deux examens médicaux court à partir de la date du premier de ces examens médicaux⁶⁶⁶. En d'autres termes, le second examen réalisé le 15^e jour est valable⁶⁶⁷.

455. Initiative du second examen. L'employeur, tenu d'une obligation de sécurité de résultat, doit en assurer l'effectivité : dès lors qu'il a connaissance du fait que le médecin du travail a déclaré l'inaptitude temporaire du salarié suite au premier examen médical, l'initiative du second examen pèse donc sur lui⁶⁶⁸.

2. Sanctions

456. Double examen et sanctions. Lorsque l'employeur procède au licenciement du salarié déclaré inapte sur la base d'un unique examen médical, la Cour de cassation offre une gradation des sanctions. Si le salarié se prévaut d'une discrimination en raison de son état de santé⁶⁶⁹, le licenciement de ce dernier est entaché de nullité⁶⁷⁰. Si le salarié ne se prévaut pas d'une telle discrimination, il semble que le juge considère que son licenciement est

⁶⁶⁵ C. trav., art. R. 4624-31. al 1. 3°.

⁶⁶⁶ Cass. soc. 8 décembre 2004, n°02-44.203. Bull. Civ V. n° 319 p. 287. Par cet arrêt, la Cour de cassation a mis fin aux divergences constatées entre les juridictions du fond : la référence à la notion de « quinzaine » est écartée.

⁶⁶⁷ À titre illustratif, lorsque le premier examen médical est réalisé le 2 avril, le second peut être effectué dès le 16 avril.

⁶⁶⁸ Cass. soc. 28 avril 2011, n°09-68.303. Inédit.

⁶⁶⁹ Cette discrimination est prohibée en vertu de l'article L. 1132-1 du Code du travail.

⁶⁷⁰ Cass. soc. 9 juin 2004, n°02-42. 644. Inédit.

dépourvu de cause réelle et sérieuse⁶⁷¹. Toutefois, l'employeur n'est pas responsable de la défection du salarié : le salarié qui refuse de se rendre au second examen médical sans motif malgré une mise en demeure de l'employeur est exposé à un licenciement pour faute grave⁶⁷².

457. Délai et sanctions. Lorsque la violation de la loi porte sur les délais impartis, deux manquements sont possibles : la seconde visite médicale est soit prématurée, soit tardive. Lorsqu'elle est prématurée, le licenciement pour inaptitude du salarié lésé est nul en application de l'article L. 1132-1 du Code du travail⁶⁷³. Lorsqu'elle est tardive, le juge semble opérer une distinction casuistique. Ainsi, est dépourvu de cause réelle et sérieuse le licenciement pour inaptitude alors que le second examen médical est demandé par l'employeur plusieurs mois après la première visite⁶⁷⁴. La solution devrait être toute autre si la tardiveté ne résulterait que de quelques jours.

B. Exceptions

458. L'avis d'inaptitude du salarié peut être réalisé en un seul examen médical dans deux hypothèses : lorsque le maintien du salarié à son poste de travail entraîne un danger immédiat pour sa santé ou sa sécurité ou lorsqu'un examen de préreprise a eu lieu dans un délai de trente jours au plus⁶⁷⁵.

1. Le danger immédiat

459. Notion de danger immédiat. Si la jurisprudence laisse au médecin du travail un pouvoir discrétionnaire dans l'appréciation de la notion de danger immédiat, elle contrôle néanmoins strictement les formalités procédurales auxquelles est soumise cette dérogation. Ainsi, l'avis médical réalisé à la suite de la première visite médicale doit impérativement mentionner la situation de danger ou indiquer, en faisant référence aux dispositions de l'article R. 4624-31 du Code du travail, qu'une seule visite médicale est effectuée⁶⁷⁶. Autrement dit, le document réalisé ultérieurement⁶⁷⁷, voire le même jour, par le

⁶⁷¹ Cass. soc. 19 juin 2001, n°99-43.133. Inédit.

⁶⁷² Cass. soc. 28 octobre 2009, n°08-42.748. Inédit.

⁶⁷³ Cass. soc. 20 septembre 2006, n°05-40.241. Bull. Civ. V n° 275 p. 261.

⁶⁷⁴ Cass. soc. 16 mai 2000, n°97-42.410. Bull. Civ. V n° 182 p. 140.

⁶⁷⁵ C. trav., art. R. 4624-31. al 5.

⁶⁷⁶ Cass. soc. 28 avril 2011, n°10-14.671. Inédit.

⁶⁷⁷ Cass. soc. 19 octobre 2005, n°03-48. 383. Bull. Civ. V n° 292 p. 254.

médecin du travail pour reconnaître un danger immédiat pour le salarié n'est pas valable⁶⁷⁸. En outre, les mentions « procédure spéciale »⁶⁷⁹ ou « procédure immédiate »⁶⁸⁰, nonobstant l'indication de la réalisation d'une seule visite, ne sont pas admises. En d'autres termes, les entreprises doivent avoir conscience du fait que la dérogation en raison d'un danger immédiat reste exceptionnelle, et être le cas échéant attentives au contenu de l'avis d'inaptitude délivré par le médecin du travail.

2. La visite de préreprise

460. Consécration. A compter du 1^{er} juillet 2012, le médecin du travail aura la faculté de délivrer un avis d'inaptitude médicale par le biais d'un seul examen médical lorsqu'un examen de préreprise a eu lieu dans un délai de trente jours au plus⁶⁸¹. Par cette nouvelle voie dérogatoire, la consécration de la visite médicale de préreprise est entière puisqu'elle détient un effet utile.

Sous-section 2 : L'accompagnement du choix

461. Le choix du médecin n'est pas isolé. Il est assorti de deux dispositifs d'accompagnement du salarié : l'un est facultatif et à l'initiative du médecin du travail (§1), l'autre est obligatoire, à la charge de l'employeur mais le médecin du travail y reste un acteur central (§2).

§1 : Les propositions du médecin du travail

462. Compétence générale du médecin du travail. La loi offre une compétence générale au médecin du travail quant à la proposition de mesures individuelles afin de concilier l'état de santé du salarié et son maintien dans l'emploi. Ainsi, 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 l'état de santé physique et mentale des travailleurs⁶⁸². Si les dispositions légales ne précisent pas les situations dans lesquelles cette prérogative s'exprime, la pratique révèle

⁶⁷⁸ *Ibid.*

⁶⁷⁹ Cass. soc. 1^{er} décembre 2005, n°04-48.607. Bull. Civ. V n° 345 p. 308.

⁶⁸⁰ Cass. soc. 26 décembre 2007, n°06-44.767. Inédit.

⁶⁸¹ C. trav., art. R. 4624-31. al 5.

⁶⁸² C. trav., art. L. 4624-1, al. 1.

qu'elle est mise en œuvre à l'occasion de tout examen médical, qu'il ait été conclu à l'aptitude ou à l'inaptitude du salarié.

I. Nature des propositions

463. Notion extensive. Les termes du Code du travail révèlent l'intention du législateur⁶⁸³, à savoir offrir une relative liberté au médecin du travail. En *sus* de mutations ou transformations de postes, le médecin du travail peut donc envisager d'autres voies d'accompagnement du salarié. Cette approche a été confirmée par l'administration qui recommande au médecin du travail, lorsqu'il émet un avis d'aptitude ou d'inaptitude, d'utiliser pleinement les prérogatives qu'il tire de l'article L. 4624-1 du Code du travail, cela se traduisant notamment par la mise en avant des aptitudes du sujet⁶⁸⁴.

II. Prise en compte des propositions

A. L'employeur et les propositions

1. La force obligatoire...

464. Force obligatoire et loi. L'employeur est tenu de prendre en considération les propositions du médecin du travail et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite⁶⁸⁵. Ainsi, le législateur entend attribuer une force coercitive aux propositions du médecin du travail.

465. Force obligatoire et jurisprudence. À la force obligatoire de la loi s'est agrégée une jurisprudence de la Cour de cassation pointilleuse dont le fondement est plus l'obligation de sécurité de résultat à la charge de l'employeur que le caractère impératif des dispositions légales susmentionnées. Ce constat se manifeste à travers deux éléments. Dès lors que le salarié fait valoir que l'employeur n'a pas adapté son poste de travail conformément aux recommandations du médecin du travail, il appartient à l'employeur de justifier qu'il a procédé à cette adaptation⁶⁸⁶. En outre, lorsque les préconisations formulées par le médecin du

⁶⁸³ L'article L. 4624-1 du Code du travail use des termes « telles que » s'agissant des moyens de réalisation de mesures individuelles.

⁶⁸⁴ Lettre-circulaire n° 4 du 4 mai 1982 : BOMT n° 82-21 du 30 juin 1982.

⁶⁸⁵ C. trav., art. L. 4624-1. al. 2.

⁶⁸⁶ Cass. soc. 14 octobre 2009, n° 08-42.878. Bull. Civ. V. n° 221.

travail ne sont que facultatives ou formulées au conditionnel, celles-ci revêtent tout de même une valeur contraignante pour l'employeur⁶⁸⁷.

2. ... et ses conséquences

466. Coexistent deux hypothèses dans lesquelles le juge considère que l'obligation à la charge de l'employeur de prendre en compte les préconisations du médecin du travail n'est pas respectée : le non respect pur et simple et la tardiveté imputable à l'employeur.

467. Le non respect *stricto sensu* Le contentieux porte essentiellement sur la non prise en compte par l'employeur des préconisations formulées par le médecin du travail. Cela emporte des conséquences majeures pour tous les actes entachés du non respect de cette règle. En cas de licenciement pour inaptitude – où les enjeux et le contentieux sont de loin les plus importants – le juge admet de manière constante l'absence de cause réelle et sérieuse⁶⁸⁸. En cas de sanction disciplinaire, l'annulation de la mesure est retenue⁶⁸⁹. Le non respect de l'obligation de prise en compte des préconisations peut aussi engendrer d'autres difficultés, tel que l'exercice du droit de retrait par le salarié lésé.

468. Le non-respect *lato sensu*. Au-delà de ces conséquences, la jurisprudence a récemment reconnu la prise d'acte du salarié de la rupture de son contrat de travail produisant les effets d'un licenciement sans cause réelle et sérieuse en raison de la prise en compte tardive par l'employeur des mesures envisagées par le médecin du travail. A notre sens, il ne faut pas déduire de cette décision un principe de condamnation systématique. En effet, pour admettre une telle sanction, le juge s'attache à préciser que la prise en compte tardive par l'employeur des préconisations du médecin du travail a eu pour conséquence de mettre « en péril » la santé du salarié concerné⁶⁹⁰. Toutefois, il s'agit là d'une nouvelle traduction de la ligne jurisprudentielle de la Cour de cassation qui tend à protéger les prises de position du médecin du travail.

⁶⁸⁷ Cass. soc. 19 décembre 2007, n° 06-46.134. Inédit.

⁶⁸⁸ Cass. soc. 14 juin 2007, n° 06-41.377. Inédit. ; Cass. soc. 11 mars 2009, n° 07-44.816. Inédit.

⁶⁸⁹ Cass. soc. 19 décembre 2007, n° 06-43.918. Bull. Civ. V, n° 216.

⁶⁹⁰ Cass. soc. 20 septembre 2006, n° 05-42.925. Inédit.

B. Le salarié et les propositions

469. La loi n'envisage pas la prise en compte par le salarié des propositions émises par le médecin du travail à son égard. Pour pallier cette défaillance, la Cour de cassation a progressivement tissé les relations entretenues entre l'individu et la mesure. De cette création prétorienne se dégagent deux lignes de force : la prise en compte de l'avis du salarié et, le cas échéant, sa protection.

470. Prise en compte de l'avis du salarié. Lorsque le salarié conteste le contenu des recommandations du médecin du travail, l'employeur doit, même s'il a pris en compte celles-ci, solliciter à nouveau l'avis du médecin du travail⁶⁹¹.

471. Protection du salarié. Le salarié en droit de refuser son affectation en attendant l'avis du médecin du travail. En d'autres termes, le comportement du salarié n'est pas fautif⁶⁹² : un licenciement pour insubordination⁶⁹³ ou absence injustifiée⁶⁹⁴ serait alors dépourvu de cause réelle et sérieuse. Si protection du salarié il y a, elle n'est pas absolue : lorsque le salarié refuse d'accomplir une tâche compatible avec les réserves émises le par médecin du travail, l'employeur est en droit de le licencier⁶⁹⁵. En l'espèce, le salarié avait fait l'objet d'un avis d'aptitude sous réserve de ne pas accomplir certains gestes et l'employeur lui reprochait ses absences répétées lors de réunions d'informations pour lesquelles aucun geste n'était requis. En dehors de cette hypothèse d'école, il pourra s'avérer fort complexe d'appliquer cette ligne jurisprudentielle, lorsque la notion de tâche compatible se révélera floue. Le caractère raisonnable du refus du salarié, déjà utilisé en matière de droit de retrait⁶⁹⁶, devrait apparaître.

472. Du facultatif au coercitif. Au-delà de la faculté pour le médecin du travail d'adopter des mesures individuelles à l'égard du salarié, un autre mode d'accompagnement de l'intéressé est envisagé. Il est différent à trois titres : il est obligatoire, à la charge de l'employeur et applicable seulement en cas d'inaptitude du salarié. Il n'en demeure pas moins un complément d'action, pour le médecin du travail, et un bouclier pour le salarié.

⁶⁹¹ Cass. soc. 6 février 2008, n° 06-44.413. Bull. Civ. V n° 33.

⁶⁹² Cass. soc. 23 septembre 2009, n° 08-42.629. Bull. Civ. V n° 189.

⁶⁹³ Cass. soc. 6 février 2008, n° 06-44.413. Bull. Civ. V n° 33.

⁶⁹⁴ CA Paris 1^{er} octobre 2008, n° 07-8, 22^e ch. A, Sté Arcade Sécurité c/ Kakou.

⁶⁹⁵ Cass. soc. 26 octobre 2010, n°09-42.313. Inédit.

⁶⁹⁶ C. trav., art. L. 4131-1.

§2 : L'obligation de reclassement du salarié inapte

473. Pour déterminer si l'employeur doit ou non respecter une obligation de reclassement du salarié inapte, la loi opère une distinction entre l'inaptitude non professionnelle (I) et l'inaptitude professionnelle (II).

I. Obligation de reclassement et inaptitude non professionnelle

474. Le bouclier. Lorsque, à l'issue d'une période de suspension du contrat de travail consécutive à une maladie ou à un accident non professionnel, le salarié est déclaré inapte par le médecin du travail à reprendre l'emploi qu'il occupait précédemment, l'employeur doit lui proposer un autre emploi approprié à ses capacités. Cette proposition prend en compte les conclusions écrites du médecin du travail et les indications qu'il formule sur l'aptitude du salarié à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise. L'emploi proposé doit être aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé, au besoin par la mise en œuvre de mesures telles que mutations, transformations de postes de travail ou aménagement du temps de travail⁶⁹⁷. Ces dispositions légales, qui créent une obligation de reclassement du salarié inapte à la charge de l'employeur, sont d'ordre public. Il ne peut y être dérogé par voie conventionnelle ou contractuelle⁶⁹⁸. Encore faut-il en déterminer le champ d'application (A) pour évoquer sa mise en œuvre (B).

A. Champ d'application

1. Salariés visés

475. Secteur privé. L'obligation de reclassement du salarié inapte s'impose à tout employeur du secteur privé dès lors que les conditions prévues par l'article L. 1226-2 du Code du travail sont remplies, et ce tant pour les contrats à durée indéterminée que déterminée⁶⁹⁹. La jurisprudence a été confrontée à certaines situations où la qualité professionnelle du travailleur faisait débat. Ainsi, il a été jugé que les gérants non salariés des succursales de maisons d'alimentation⁷⁰⁰ ou encore les marins (à défaut de règles spéciales en la matière)⁷⁰¹ intègrent la sphère de l'obligation de reclassement pour inaptitude.

⁶⁹⁷ C. trav., art. L. 1226-2.

⁶⁹⁸ Cass. soc. 29 juin 1999, n° 97-40.426. Bull. Civ. V. n° 315.

⁶⁹⁹ Cass. soc. 19 mai 2010, n° 09-40.633. Inédit.

⁷⁰⁰ Cass. soc. 15 mai 2007, n° 06-40.872. Bull. Civ. V. n° 78.

⁷⁰¹ Cass. soc. 20 mai 2009, n° 07-42.424. Inédit.

476. Entreprises à statut. Les dispositions de l'article L. 1226-2 du Code du travail ne sont pas applicables aux salariés des entreprises à statut lorsque le statut du personnel de ces dernières ne prévoit pas une telle obligation⁷⁰². L'opinion du Conseil d'Etat diverge de celle de la Cour de cassation, ce premier estimant qu'il résulte d'un principe général du droit que lorsqu'un salarié a été déclaré inapte, il appartient à l'employeur de le reclasser dans un autre emploi et, en cas d'impossibilité, de le licencier⁷⁰³.

2. Situations visées

477. Plusieurs conditions cumulatives restreignent le champ d'application de l'obligation de reclassement pour inaptitude non professionnelle (a). Or, sur cette question, le fil d'Ariane de la jurisprudence de la chambre sociale de la Cour de cassation est limpide : favoriser l'application de cette obligation de reclassement. Ce faisant, le juge tend à écarter tout élément non prévu par la loi risquant de réduire son champ d'application (b).

a. Des éléments nécessaires...

478. Le salarié inapte... L'obligation de reclassement du salarié inapte n'est, comme son nom l'indique, applicable qu'au salarié déclaré inapte. Ce principe de pure logique doit tout de même être rappelé par la Cour de cassation : le salarié déclaré, à l'issue de la suspension de son contrat de travail pour maladie, apte à la reprise de son emploi avec des réserves ne peut se prévaloir des dispositions de l'article L. 1226-2 du Code du travail⁷⁰⁴.

479. ...pour cause non professionnelle. L'inaptitude du salarié doit être constatée à l'issue d'une période de suspension du contrat de travail consécutive à une maladie ou un accident non professionnel. Plusieurs précisions s'imposent. Primo, les termes de la loi sous entendent que l'obligation de reclassement ne peut être enclenchée qu'à la suite d'une visite médicale de reprise⁷⁰⁵ et, par conséquent, un arrêt de travail du salarié est indispensable. Secundo, seule l'inaptitude de nature non professionnelle est envisagée. L'inaptitude professionnelle relève des dispositions de l'article L. 1226-10 du Code du travail⁷⁰⁶.

⁷⁰² Cass. soc. 28 octobre 2003, n° 01-42.612. Bull. Civ. V. n° 260.

⁷⁰³ CE 2 octobre 2002, n° 227868, Chambre de commerce et d'industrie de Meurthe-et-Moselle.

⁷⁰⁴ Cass. soc. 8 juin 2011, n° 09-42.261. Publié au bulletin.

⁷⁰⁵ Cass. soc. 19 novembre 2003, n° 01-43.902. Inédit.

⁷⁰⁶ V. par. n°499 et s.

b. ... à l'indifférence des éléments

480. Volonté du médecin du travail. En pratique, il est fréquent de lire dans les avis d'inaptitude émis par les médecins du travail la mention « inapte à tout poste ». L'employeur ne doit pas prêter attention à cette mention dont la teneur est en vérité dénuée de toute valeur juridique. Ainsi, l'obligation de reclassement du salarié inapte s'applique même lorsque l'avis du médecin du travail comporte une telle mention⁷⁰⁷. Idem lorsque l'employeur est en présence d'un avis d'inaptitude comportant la mention « salarié inapte à tout travail »⁷⁰⁸. Autrement dit, peu importe la position du médecin du travail, l'obligation de reclassement existe.

481. Volonté de la sécurité sociale. Dans la même logique, les décisions prises par la sécurité sociale n'ont aucune incidence sur la force obligatoire de l'obligation de reclassement : le classement d'un salarié en invalidité deuxième catégorie, qui obéit à une finalité distincte et relève d'un régime juridique différent, n'a aucune incidence sur les obligations de l'employeur en matière de reclassement⁷⁰⁹.

482. Volonté du salarié. L'obligation du reclassement du salarié inapte étant d'ordre public, la position prise par le salarié n'a aucune incidence sur sa force obligatoire⁷¹⁰. Cette position jurisprudentielle évoque le problème plus général de la renonciation volontaire, par le salarié, à ses droits sociaux. L'enjeu se cristallise avec vigueur en matière de temps de travail, où les doctrines anglo-saxonnes, relayées par l'Union européenne, soutiennent l'idée d'une primauté de la volonté contractuelle sur la Loi⁷¹¹. Selon nous, la vision latine du Droit doit résister à ces dangereuses tentations. *Dura lex sed lex*.

B. Mise en œuvre

483. Deux temps. La mise en œuvre de l'obligation de reclassement à la charge de l'employeur du salarié inapte se décompose en deux étapes : l'employeur doit procéder à la recherche d'un poste de reclassement compatible avec les recommandations du médecin du travail (1) pour ensuite proposer ledit poste au salarié (2).

⁷⁰⁷ Cass. soc. 6 février 2008, n° 06-44.898. Inédit.

⁷⁰⁸ Cass. soc. 9 juillet 2008, n° 07-41.318. Bull. Civ. V n° 151.

⁷⁰⁹ *Ibid.*

⁷¹⁰ Cass. soc. 23 mars 2011, n° 09-67.514. Inédit.

⁷¹¹ V. l'exemple de l'« *opt-out* », mesure par laquelle le salarié renonce « volontairement » à l'application des durées maximales hebdomadaires de travail à son contrat de travail.

1. Recherche d'un poste de reclassement

484. La recherche d'un poste de reclassement au profit du salarié inapte fait surgir plusieurs questions, dont la prise en compte des propositions du médecin du travail (a) et le cadre de cette recherche (b) sont les pièces maîtresses. A titre complémentaire, la pratique révèle des difficultés concernant l'appréciation du point de départ de l'obligation de reclassement (c).

a. La prise en compte des propositions du médecin du travail

485. Les prises en compte. La notion de prise en compte des propositions du médecin du travail diffère en fonction de sa finalité : des variations apparaissent entre les articles L. 4624-1 et L. 1226-2 du Code du travail. Dans le second, est précisé que la proposition de reclassement faite au salarié d'un autre emploi approprié à ses capacités prend en compte les conclusions écrites du médecin du travail et les indications qu'il formule sur l'aptitude du salarié à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise⁷¹². Néanmoins, lors du reclassement, l'employeur doit aussi prendre en compte les préconisations émises par le médecin du travail au titre de l'article L. 4624-1 du Code du travail.

486. Appréciation stricte de la notion de prise en compte. La chambre sociale de la Cour de cassation adopte une lecture stricte des dispositions de l'article L. 1226-2 du Code du travail⁷¹³. Ainsi, 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 compte pour apprécier le respect par l'employeur de son obligation de reclassement⁷¹⁴. Plus encore, l'employeur se doit de respecter, *ad litteram*, l'avis du médecin du travail. Dès lors que l'employeur ajoute des restrictions à celles émises par le médecin du travail dans son certificat médical, la recherche de reclassement ne peut être valablement réalisée. Le licenciement du salarié prononcé ultérieurement pour impossibilité de reclassement est alors infondé⁷¹⁵. Allant plus loin dans son raisonnement, la Cour de cassation estime même que lorsque le médecin du travail, après avoir conclu à l'inaptitude du salarié à tout poste dans l'entreprise, rend ultérieurement un nouvel avis moins restrictif, l'employeur se doit de

⁷¹² C. trav., art. L 1226-2. al. 2.

⁷¹³ On peut d'ores et déjà noter que cette interprétation jurisprudentielle est similaire en matière de reclassement du salarié inapte pour raison professionnelle.

⁷¹⁴ Cass. soc. 26 novembre 2008, n°07-44.061. Bull. Civ. V. n° 231.

⁷¹⁵ Cass. soc. 20 janvier 2010, n° 08-44.322. Inédit.

chercher à nouveau un poste de reclassement dans la mesure où le champ du reclassement est élargi. A défaut, il manque à son obligation de reclassement⁷¹⁶.

487. Le défaut de proposition. Le défaut de proposition du médecin du travail ne dispense en aucune manière l'employeur de son obligation de reclassement. Dans une telle hypothèse, l'employeur se doit de solliciter l'avis du médecin du travail⁷¹⁷. Il ne peut donc se prévaloir de la consultation d'un médecin autre que le médecin du travail⁷¹⁸.

b. Le cadre de la recherche du reclassement

488. Le cadre de la recherche du reclassement s'entend de la sphère ainsi que du délai dans lequel l'employeur doit accomplir son obligation.

489. La sphère classique: l'entreprise. La sphère de la recherche de reclassement du salarié inapte est une création prétorienne. Le juge l'a progressivement dessinée, ses contours étant figés peu important la nature de l'entreprise. Ainsi, lorsque l'entreprise possède plusieurs secteurs d'activité, la recherche du reclassement doit se réaliser dans l'ensemble de ces secteurs⁷¹⁹. Bien que le cadre commun du reclassement soit l'entreprise, la jurisprudence n'a pas hésité à élargir celui-ci dès lors que la structure de l'entreprise s'y prête.

490. La sphère moderne : le groupe. La notion de groupe varie en fonction du cadre dans lequel elle est envisagée. En matière de reclassement, elle s'apprécie à l'intérieur du groupe auquel appartient l'employeur concerné parmi les entreprises dont les activités, l'organisation ou le lieu d'exploitation permettent d'effectuer la permutation de tout ou partie du personnel⁷²⁰. Dès lors que le groupe existe, le reclassement du salarié inapte doit être recherché dans l'ensemble des sociétés du groupe⁷²¹. La notion de groupe en matière d'inaptitude est donc, à l'instar de la notion de groupe en matière de reclassement en raison d'un licenciement pour motif économique, fonctionnelle. Le contentieux en la matière démontre une appréciation *in concreto* opérée par les juges du fond, elle-même fortement encadrée par la Cour de cassation qui affirme pourtant le contraire. Ainsi, caractérise

⁷¹⁶ Cass. soc. 25 mars 2009. Inédit.

⁷¹⁷ Cass. soc. 27 mars 1990, n° 87-41.391. Inédit.

⁷¹⁸ Cass. soc. 28 juin 2006, n° 04-47.672. Bull. Civ. V. n° 230.

⁷¹⁹ Cass. soc. 27 octobre 1993, n°90-42.560. Bull. Civ. V. n° 250 p. 170.

⁷²⁰ Cass. soc. 14 février 2007, n°05-44.807. Inédit.

⁷²¹ Cass. soc. 16 novembre 2011, n° 10-19.518. Inédit.

l'existence d'un groupe au sens du reclassement pour inaptitude le fait que plusieurs maisons de retraite, bien que constituées sous la forme de sociétés indépendantes, soient toutes situées dans la même région, regroupées sous un même sigle, mises en commun *via* des outils de communications et fassent en outre état dans leur documentation de la notion de groupe. Ces éléments de faits caractérisent la possibilité d'une permutation du personnel⁷²². *Idem* lorsqu'une pharmacie détient 80% des actions d'une autre officine tout en sachant que ces deux entités se trouvent dans la même ville et exercent la même activité⁷²³. Cette approche casuistique implique une analyse pointue par les juges du fond des éléments caractérisant la notion de groupe. Aussi, cette dernière ne saurait émaner d'éléments organiques : la seule appartenance à une franchise⁷²⁴ ou le seul fait que la mutuelle d'un groupe se voit appliquer les accords collectifs de travail de ce groupe⁷²⁵ ne suffit pas à caractériser l'existence d'un groupe au sens de l'obligation de reclassement du salarié inapte. *Quid* du groupe international ? L'obligation de reclassement du salarié inapte se moque, à tort ou à raison, des frontières : l'employeur se doit d'étendre ses recherches de reclassement aux sociétés étrangères intégrées à un même groupe⁷²⁶, peu important le refus antérieur du salarié d'un poste situé en France du fait de l'éloignement géographique⁷²⁷.

491. Le délai de recherche. Le délai dans lequel l'employeur doit rechercher un poste de reclassement au profit du salarié inapte suppose de déterminer le point de départ de cette obligation. Dans la mesure où le respect de l'obligation de reclassement suppose la prise en compte des conclusions du médecin du travail, la seconde visite de reprise constitue le point de départ, sauf danger immédiat⁷²⁸. Cela ne signifie pas pour autant que l'employeur est dans l'incapacité d'entamer les recherches avant ce second examen médical. Partant, si la loi n'impose aucun délai à l'employeur dans sa recherche de reclassement, il n'en demeure pas moins qu'une recherche précipitée peut conduire le juge à estimer que celle-ci n'est pas valable. Il en est ainsi lorsque l'employeur engage la procédure de licenciement pour inaptitude trois jours après l'avis d'inaptitude émis par le médecin du travail⁷²⁹.

Enfin, contrairement à une croyance répandue dans les entreprises, l'obligation de reclassement n'est enfermée dans aucun délai. Dès lors, l'arrivée à terme de la période d'un

⁷²² Cass. soc. 24 juin 2009, n° 07-45.656. Bull. Civ. V. n° 163.

⁷²³ Cass. soc. 22 juin 2011 n° 10-18.403. Inédit.

⁷²⁴ Cass. soc. 20 février 2008, n° 06-45.335. Inédit.

⁷²⁵ Cass. soc. 7 juillet 2009, n° 08-40.359. Inédit.

⁷²⁶ Cass. soc. 9 janvier 2008, n° 06-44.407. Inédit.

⁷²⁷ Cass. soc. 25 mai 2011, n° 10-17.237. Inédit.

⁷²⁸ Cass. soc. 6 janvier 2010, n° 08-44.177. Bull. Civ. V, n° 1.

⁷²⁹ Cass. soc. 30 avril 2009, n° 07-43.219. Bull. Civ. V. n° 120.

mois prévue par la loi pour la reprise du salaire du salarié déclaré inapte⁷³⁰ ne marque en rien la fin de l'obligation de reclassement à la charge de l'employeur⁷³¹.

c. Les caractéristiques du poste de reclassement

492. A titre de rappel, l'article L. 1226-2 du Code du travail précise que l'emploi proposé au salarié inapte doit être aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé, au besoin par la mise en œuvre de mesures telles que mutations, transformations de postes de travail ou aménagement du temps de travail.

493. Notion de transformation de poste. La notion de transformation doit être entendue largement : elle vise certes les postes existants déjà et adaptés mais aussi les postes adaptés en raison de l'inaptitude du salarié. Surtout, l'employeur doit aussi envisager l'adaptation du salarié lui-même, en vertu de son obligation d'adaptation des salariés à l'évolution de leur emploi⁷³². En revanche, adaptation ne signifie pas création : la violation de l'obligation de reclassement ne peut être caractérisée lorsque l'employeur n'a pas créé un poste⁷³³.

494. Notion de mutation. Au regard des dispositions de l'article L. 1226-2 du Code du travail, le reclassement par mutation du salarié inapte doit être recherché parmi les emplois disponibles dans l'entreprise. Intègre donc la sphère du reclassement le poste de travail pourvu avant le licenciement du salarié inapte, nonobstant le fait qu'il s'agisse d'un contrat à durée déterminée⁷³⁴. La volonté de reclasser a néanmoins des limites : l'employeur ne peut être tenu d'imposer à un autre salarié une modification de son contrat de travail dans le but de libérer son poste pour le proposer en reclassement au salarié inapte⁷³⁵.

495. Proposition de poste et modification du contrat de travail. L'employeur doit, en priorité, proposer des postes de reclassement n'emportant pas de modification du

⁷³⁰ Lorsqu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la visite médicale de reprise du travail confirmant l'inaptitude du salarié ce dernier n'est ni reclassé ni licencié, l'employeur doit reprendre le versement de la rémunération de l'intéressé.

⁷³¹ Cass. soc. 21 mars 2012, n°10-12.068. Publié au Bulletin.

⁷³² Cass. soc. 13 juillet 2010, n° 08-44.121. Bull. Civ. V, n° 172.

⁷³³ Cass. soc. 30 mai 2007 n° 06-43.006. Inédit.

⁷³⁴ Cass. soc. 23 septembre 2009, n° 08-44.060. Inédit.

⁷³⁵ Cass. soc. 15 novembre 2006, n° 05-40.408. Bull. Civ. V n° 339.

contrat de travail du salarié inapte⁷³⁶. Si l'employeur ne dispose que de postes nécessitant une modification du contrat de travail, il doit les proposer au salarié qui est en droit de refuser⁷³⁷. En vertu du droit commun de la modification du contrat de travail, le refus du salarié ne peut être sanctionné par l'employeur. Si l'employeur outrepassé cette règle, le salarié inapte est en droit de prendre acte de la rupture de son contrat de travail, rupture produisant alors les effets d'un licenciement sans cause réelle et sérieuse⁷³⁸.

2. Proposition d'un poste de reclassement

a. Nature de la proposition

496. Une proposition exhaustive et précise. Lorsque l'employeur a identifié des postes de reclassement, il doit les proposer en totalité au salarié, peu important la volonté présumée de ce dernier d'en refuser un ou plusieurs⁷³⁹. En toute hypothèse, la proposition de reclassement doit nécessairement être précise⁷⁴⁰. Il est fréquent que l'employeur prenne soin de préciser au salarié qu'en cas de refus du ou des postes disponibles, il s'expose à une mesure de licenciement.

b. Volonté du salarié

497. Acceptation. Lorsque le salarié accepte le poste de reclassement proposé par l'employeur, des difficultés peuvent surgir en matière probatoire. Aussi, les parties auront tout intérêt à formaliser cette décision par écrit. Cette affirmation revêt d'autant plus de force lorsque le reclassement emporte une modification du contrat de travail du salarié inapte. Il faudra en tout état de cause prêter attention à la date à laquelle le salarié a formulé son acceptation du poste de reclassement, l'acceptation antérieure à la déclaration d'inaptitude n'ayant aucune valeur juridique⁷⁴¹.

498. Refus. Le salarié inapte est en droit de refuser le ou les postes de reclassement proposés par son employeur. Que le reclassement emporte modification du

⁷³⁶ Cette constatation résulte des dispositions de l'article L. 1226-2 du Code du travail qui use des termes « aussi comparable que possible ». Cette formulation est d'ailleurs identique s'agissant de l'inaptitude pour raison professionnelle (article L. 1226-10 du Code du travail).

⁷³⁷ Cass. soc. 29 janvier 2002, n° 99-45.989. Inédit.

⁷³⁸ Cass. soc. 9 avril 2008, n° 06-44.724. Inédit.

⁷³⁹ Cass. soc. 16 septembre, 2009 n° 08-42.301. Inédit.

⁷⁴⁰ Cass. soc. 6 février 2001, n° 98-43.272. Bull. Civ. V n° 40.

⁷⁴¹ Cass. soc. 28 mars 2006, n° 04-44.895. Inédit.

contrat de travail ou simple changement de ses conditions de travail, ce refus n'est donc pas fautif⁷⁴². Au surplus, la Cour de cassation estime depuis peu que le refus par le salarié du poste de reclassement ne peut constituer, en soi, une cause réelle et sérieuse de licenciement, que la proposition emporte modification du contrat de travail ou simple changement des conditions de travail⁷⁴³. Cette solution est novatrice en ce qu'auparavant le licenciement était considéré comme valable lorsqu'était en jeu un simple changement des conditions de travail du salarié inapte⁷⁴⁴. A notre sens, cette innovation jurisprudentielle est critiquable à deux titres. D'une part, au regard du Droit : la jurisprudence de la Cour de cassation en matière de modification du contrat de travail précise depuis longtemps que le refus par le salarié d'un changement de ses conditions de travail constitue un motif valable de licenciement⁷⁴⁵. D'autre part, au regard de l'équité : cette décision ne tient pas compte des efforts réalisés par l'employeur afin de proposer des postes de reclassement au salarié inapte. Ce dernier, en retour, se devrait d'être un protagoniste actif de son propre reclassement. Finalement, l'arrêt rendu le 26 janvier 2011 par la chambre sociale de la Cour de cassation tient compte de cette notion d'équité mais en offre une autre traduction, en s'attachant plus à l'état de santé du salarié, inapte, qu'à l'action de l'employeur.

II. Obligation de reclassement et inaptitude professionnelle

A. La similarité

499. Dispositions légales. À première vue, les dispositions de l'article L 1226-10 du Code du travail semblent identiques à celles de l'article L. 1226-2 du Code du travail. Ainsi, lorsque, à l'issue des périodes de suspension du contrat de travail consécutives à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, 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 capacités. Cette proposition doit prendre en compte les conclusions écrites du médecin du travail et les indications qu'il formule sur l'aptitude du salarié à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise. Enfin, 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, transformations de postes ou aménagement du temps de travail⁷⁴⁶.

⁷⁴² Cass. soc. 9 avril 2002, n° 99-44.192. Bull. Civ. V n° 122.

⁷⁴³ Cass. soc. 26 janvier 2011, n° 09-43.193. Bull. Civ. V, n° 32.

⁷⁴⁴ Cass. soc. 14 juin 2000, n° 98-42.882. Bull. Civ. V n° 228.

⁷⁴⁵ Cass. soc. 6 octobre 2004, n° 02-43.488. Inédit.

⁷⁴⁶ C. trav., art. L. 1226-10.

500. Position(s) prétorienne(s). De la quasi-similarité des articles L. 1226-2 et L. 1226-10 du Code du travail découle un principe logique : la grande majorité des solutions jurisprudentielles présentées en matière d'inaptitude non professionnelle sont applicables à la situation du salarié inapte pour raison professionnelle. Il en est notamment ainsi pour l'appréciation du cadre de recherche du reclassement du salarié ou encore pour la notion de poste disponible en cas de mutation. La quasi-permutabilité des décisions rendues sous l'empire de ces deux dispositions légales fait que le praticien peut s'appuyer sur celles-ci indifféremment pour opérer un choix en matière d'aptitude professionnelle ou non. Toutefois, certaines spécificités apparaissent, pour lesquelles le contentieux est étoffé.

B. Les spécificités

1. Le rôle des délégués du personnel

501. Consultation des délégués du personnel : une obligation substantielle.

L'article L. 1226-10 du Code du travail offre une première spécificité de taille: la proposition de reclassement émise par l'employeur doit, avant d'être présentée au salarié, être portée à la connaissance des délégués du personnel qui formulent un avis⁷⁴⁷. Loin d'être anodine, cette obligation a été érigée par la jurisprudence en une condition substantielle de la procédure de reclassement du salarié inapte pour raison professionnelle. Elle s'applique donc peu important que l'inaptitude du salarié soit temporaire ou définitive⁷⁴⁸, que l'employeur invoque l'impossibilité du reclassement de l'intéressé en s'appuyant sur une attestation établie par le comité d'entreprise⁷⁴⁹ ou encore que le représentant d'une organisation syndicale ait admis le fait qu'il y avait peut de possibilités de reclasser la salarié inapte⁷⁵⁰.

502. Moment de la consultation. Le moment où la consultation des délégués du personnel est réalisée a fait l'objet d'une construction prétorienne progressive, dont le fruit est une chronologie désormais bien assise. *Primo*, la consultation des délégués du personnel doit être effectuée postérieurement à la constatation de l'inaptitude du salarié par le médecin du travail. La constatation de l'inaptitude se faisant en principe par l'intermédiaire de deux examens médicaux espacés de deux semaines⁷⁵¹, la procédure est irrégulière lorsque l'avis des délégués du personnel est recueilli alors que le salarié n'a fait l'objet que du premier examen

⁷⁴⁷ C. trav., art. L. 1226-10. al 2.

⁷⁴⁸ Cass. soc. 16 juin 1988, n° 85-46.452. Bull. Civ. V n° 370.

⁷⁴⁹ Cass. soc. 30 octobre 1991, n° 87-43.801. Bull. Civ. V n° 454.

⁷⁵⁰ Cass. soc. 21 février 1990 n° 88-42.125. Bull. Civ. V n° 72.

⁷⁵¹ V. par. n°454 et s.

médical⁷⁵². *Secundo*, la consultation des délégués du personnel doit intervenir avant la proposition au salarié d'un poste de reclassement⁷⁵³ ainsi que la mise en œuvre de la procédure de licenciement du salarié inapte⁷⁵⁴.

503. Modalités de la consultation : l'absence de formalisme. Bien que l'ensemble des délégués du personnel doivent être consultés⁷⁵⁵, aucun formalisme n'est requis : l'employeur n'a pas l'obligation de recueillir l'avis de ces salariés protégés collectivement lors d'une réunion⁷⁵⁶. En d'autres termes, l'employeur peut recueillir l'avis de chaque délégué du personnel de manière individuelle. Cette position est surprenante en ce qu'elle admet explicitement l'érosion du collectif pour une décision pourtant prise par des représentants du personnel sur une question loin d'être anodine (l'inaptitude professionnelle d'un salarié). Au-delà de cette anicroche doctrinale, des difficultés probatoires sont apparues⁷⁵⁷. En tout état de cause, l'absence de formalisme n'éteint pas l'obligation pour l'employeur de fournir aux délégués du personnel les informations nécessaires afin de leur permettre de donner un avis en connaissance de cause. Les conclusions du médecin du travail relatives à l'aptitude du salarié à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise en font partie⁷⁵⁸.

504. Modalités de la consultation et caractéristiques de l'entreprise. Deux situations inhérentes à l'organisation de l'entreprise ont suscité débat. S'agissant de l'existence d'établissements distincts au sein de l'entreprise, l'employeur doit consulter les délégués du personnel de l'établissement dans lequel le salarié exerce son activité salariée⁷⁵⁹. Cette position semble animée par le principe de proximité des salariés avec leurs représentants. S'agissant de l'existence d'une délégation unique du personnel (DUP), la consultation réalisée par l'employeur est valable lorsque cette institution a été consultée en qualité de délégués du personnel et non en qualité de comité d'entreprise⁷⁶⁰.

⁷⁵² Cass. soc. 8 avril 2009, n° 07-44.307. Bull. Civ. V. n° 109.

⁷⁵³ Cass. soc. 19 juin 1990, n°87-41.499. Bull. Civ. V. n°291.

⁷⁵⁴ Cass. soc. 28 avril 2011, n° 09-71.658. Inédit.

⁷⁵⁵ Cass. soc. 3 juillet 1990, n° 87-41.946. Inédit.

⁷⁵⁶ Cass. soc. 29 avril 2003, n° 00-46.477. Bull. Civ. V. n° 144.

⁷⁵⁷ V. en ce sens : CA Bordeaux 17 août 2011, n° 10-283, ch. soc., B. c/ Sté Saur France.

⁷⁵⁸ Cass. soc. 26 janvier 2011, n°09-72.284. Inédit.

⁷⁵⁹ Cass. soc. 13 novembre 2008, n° 07-41.512. Bull. Civ. V. n° 222.

⁷⁶⁰ Cass. soc. 25 février 2009, n° 07-42.412. Inédit.

505. Absence de délégués du personnel. L'obligation de recueillir l'avis des délégués du personnel n'existe qu'à partir du moment où ceux-ci sont présents dans l'entreprise. Néanmoins, l'employeur ne saurait être exempté de cette obligation dès lors que la mise en place de cette institution est obligatoire en vertu de l'article L. 2312-1 du Code du travail et qu'aucun procès verbal de carence n'a été établi lors du second tour de scrutin⁷⁶¹. *Nemo auditur propriam turpitudinem allegans.*

506. Conséquences. Dès lors que ce dernier ne procède pas ou réalise irrégulièrement la consultation des délégués du personnel, il encourt le paiement de l'indemnité prévue à l'article L. 1226-15 du Code du travail⁷⁶². Au surplus, lorsque l'avis des délégués du personnel conclut à l'absence de possibilité de reclassement du salarié inapte, cela ne dispense pas l'employeur de son obligation de reclassement⁷⁶³.

2. Le rôle du médecin du travail

507. Formation du salarié inapte. La loi n°2009-1437 du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et la formation professionnelle tout au long de la vie renforce l'accompagnement du salarié inapte dans les entreprises de cinquante salariés et plus, au sein desquelles le médecin du travail formule également des indications sur l'aptitude du salarié à bénéficier d'une formation destinée à lui proposer un poste adapté⁷⁶⁴.

508. Incertitudes. A notre connaissance, le juge n'a pas encore eu l'occasion de préciser les contours de cette nouvelle faculté offerte au médecin du travail. Il s'agira, notamment, de cerner l'étendue des formations – et *de facto*, leurs montants - pouvant être proposées par le médecin du travail.

Sous-section 3 : La contestation du choix

509. Hier : une contestation libérale. Avant la réforme du 20 juillet 2011 et ses décrets d'application, la contestation des avis d'aptitude et d'inaptitude échappait à tout encadrement légal ou réglementaire. L'article L. 4624-1 du Code du travail se contentant de préciser qu'en cas de difficulté ou de désaccord, l'employeur comme le salarié ont la faculté

⁷⁶¹ Cass. soc. 28 avril 2011, n° 09-71.658. Inédit.

⁷⁶² Cass. soc. 22 mars 2000, n° 98-41.166. Bull. Civ. V. n° 119.

⁷⁶³ Cass. soc. 10 novembre 1993, n° 89-41.898. Inédit ; Cass. soc. 20 juillet 1994, n° 91-41.420. Inédit.

⁷⁶⁴ L. n°2009-1437 du 24 novembre 2009., art 9.

d'exercer un recours devant l'inspecteur du travail. Face à ce laconisme, la chambre sociale de la Cour de cassation a été contrainte de forger le régime juridique de la contestation des avis médicaux réalisés par le médecin du travail, sans pour autant créer des règles qui n'existent pas. C'est dans ce contexte qu'a été adressée une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) à la Cour de cassation en vue de son renvoi devant le Conseil constitutionnel. L'une des demandes porte sur l'absence de délai pour l'exercice d'un recours contre un avis d'aptitude rendu par le médecin du travail. La Cour de cassation a rejeté cette demande aux motifs qu'elle ne présente pas un caractère sérieux dès lors qu'elle se fonde sur une atteinte non caractérisée au principe d'égalité devant la loi et sur la violation d'un principe de sécurité juridique non reconnu comme étant de valeur constitutionnelle⁷⁶⁵. Il s'agit là d'une traduction d'un mouvement jurisprudentiel plus vaste : un contrôle strict, par la Cour de cassation, des QPC susceptibles d'être renvoyées devant le Conseil constitutionnel. Cette position est vivement critiquée par certains auteurs au sens où la Haute Cour se proclamerait indirectement « juge constitutionnel ». Consciente des incidences pratiques de son refus, la Cour de cassation, à travers son rapport annuel pour l'année 2011, invite à une modification du Droit pour instaurer « un délai raisonnable »⁷⁶⁶. Toujours est-il qu'au cas particulier, les rapports entre pouvoir législatif, règlementaire et juge sont innovants. La fonction actuelle de la loi sociale est, à tort ou à raison⁷⁶⁷, de faire taire la norme prétorienne⁷⁶⁸. Ici, le schéma est tout autre : le pouvoir règlementaire pallie les défaillances de la Loi et du juge.

510. Aujourd'hui : une contestation encadrée. Le décret n°2012-135 pris en application de la loi du 20 juillet 2011 écarte donc ce caractère libéral pour offrir un encadrement des conditions d'exercice de la contestation qui prendra effet à compter du 1^{er} juillet 2012 : la décision du médecin du travail peut être contestée dans un délai de deux mois⁷⁶⁹.

⁷⁶⁵ Cass. soc. QPC 5 octobre 2011, n°11-40.053. Publié au Bulletin.

⁷⁶⁶ *Rapport de la Cour de cassation, 2011*. Première partie.

⁷⁶⁷ Les rapports entretenus entre la Loi et le juge, au-delà même du droit social, ont toujours fait l'objet d'âpres controverses. Selon nous, le juge, bouche de la Loi, ne peut être créateur de la norme qu'en cas de défaillance de cette dernière. L'argument démocratique fait d'ailleurs pencher la balance vers la primauté de la Loi et ce peu important la position prise par le juge.

⁷⁶⁸ L'exemple le plus récent est l'annihilation de la jurisprudence *Jaboulet* (Cass.soc. 28 septembre 2010, n°08-43.161), aux termes de laquelle l'instauration d'une modulation du temps de travail constitue une modification du contrat de travail qui requiert l'accord exprès du salarié. Ce principe a été évincé par l'article 45 de la loi du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives.

⁷⁶⁹ C. trav., art. R. 4624-36.

511. Hier et aujourd'hui : une contestation controversée. La pierre angulaire de la contestation des avis médicaux du médecin du travail est restée intacte : le recours est exclusivement formé devant l'inspecteur du travail⁷⁷⁰. Ce principe, connu des praticiens de la santé au travail, fait l'objet de multiples critiques, certains estimant que la compétence de l'inspecteur du travail est une aberration⁷⁷¹.

§1 : Le recours contre l'avis du médecin du travail

I. Champ d'application

512. La rénovation de la contestation se perçoit avant tout au stade de la possibilité d'exercer un recours contre les avis du médecin du travail. Sont ainsi rénovées les critères personnel (A), matériel (B) et temporel (C).

A. *Ratione personae*

513. En cas de difficulté ou de désaccord, l'employeur ou le salarié peut exercer un recours devant l'inspecteur du travail qui prend sa décision après avis du médecin inspecteur du travail⁷⁷². Le champ personnel du recours prévu à l'article L. 4624-1 du Code du travail s'articule donc autour de deux axes complémentaires : la personne habilitée à former le recours et celle habilitée à statuer.

1. Personnes habilitées à former le recours

514. Le salarié. Un salarié qui conteste une proposition faite à son égard par le médecin du travail, peut, en se fondant sur les dispositions de l'article L. 4624-1 du Code du travail, saisir l'inspecteur du travail⁷⁷³. Ce recours est ouvert à tout salarié, peu important qu'il soit ou non en période d'essai. L'inspecteur du travail peut donc être saisi par un salarié qui a fait l'objet d'un avis d'inaptitude par le médecin du travail lors de sa visite médicale

⁷⁷⁰ C. trav., art. L. 4624-1.

⁷⁷¹ H. Gosselin, *Rapport pour le ministre chargé du Travail, Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives*, janvier 2007.

⁷⁷² C. trav., art. L. 4624-1. al 3.

⁷⁷³ CE 27 juillet 1984 : Juri-social 1984, F96.

d'embauche⁷⁷⁴. Enfin, le salarié n'a pas l'obligation d'informer l'employeur de l'exercice de ce recours⁷⁷⁵.

515. L'employeur. Aux termes des dispositions de l'article L. 4624-1 du Code du travail, l'employeur, en tant que personne ayant intérêt à agir, peut former le recours devant l'inspecteur du travail. Qu'il s'agisse de ce dernier ou du salarié, la saisine de l'inspecteur du travail est facultative. Aussi, le salarié licencié ne peut reprocher à l'employeur de ne pas avoir saisi cet organe administratif⁷⁷⁶. Dans l'hypothèse où ni l'employeur ni le salarié ne conteste l'avis du médecin du travail, ce dernier s'impose aux parties⁷⁷⁷.

2. Personne habilitée à statuer sur le recours

516. Compétence exclusive de l'inspecteur du travail. De cette disposition légale, la jurisprudence a offert une appréciation *ad litteram* : la contestation de l'avis du médecin du travail ne peut être réalisée que devant l'inspecteur du travail⁷⁷⁸. La conséquence est évidente : le juge judiciaire ne peut se prononcer sur le bien-fondé de l'avis du médecin du travail⁷⁷⁹. Il ne peut non plus être ordonné, en cas de désaccord entre l'employeur et le salarié, une expertise médicale judiciaire aux fins de contrôler le bien-fondé de l'avis du médecin du travail⁷⁸⁰.

517. Notion d'entreprise. L'inspecteur du travail compétent est celui dont relève l'entreprise⁷⁸¹ et non l'établissement. Auparavant, la jurisprudence considérait que l'inspecteur compétent était celui de la section d'inspection dans le ressort de laquelle le salarié ayant formé le recours exerçait ses fonctions⁷⁸². Aujourd'hui, le choix de l'entreprise renvoie au lieu du siège social de la personne morale, ce qui risque d'engendrer certaines difficultés pour déterminer l'inspecteur du travail compétent. En toute hypothèse, l'inspecteur

⁷⁷⁴ CE 17 juin 2009 n° 314729, Sté Le crédit lyonnais.

⁷⁷⁵ Cass. soc. 3 février 2010, n°08-44455. Bull. Civ. V. n°35.

⁷⁷⁶ Cass. soc. 27 février 1991, n° 87-44.033. Inédit.

⁷⁷⁷ Cass. soc. 16 septembre 2009, n° 08-42.212. Bull. Civ. V. n° 185.

⁷⁷⁸ Cass. soc. 2 février 1994, n° 88-42.711. Bull. Civ. V. n° 43.

⁷⁷⁹ Cass. soc. 12 mars 1987 n° 85-16.121. Bull. Civ. V. n° 165 p. 105.

⁷⁸⁰ Cass. soc. 12 mars 1988, n°86-16.121, Bull. Civ. I. n°148 p. 102.

⁷⁸¹ C. trav., art. R. 4624-35.

⁷⁸² CAA Paris, 11 mars 2010, Min. travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville c/ Assoc. médicale Kleber.

du travail saisi mais incompétent a l'obligation de transmettre la demande à l'agent compétent⁷⁸³.

B. Ratione materiae

518. Nature de l'acte. La contestation formée devant l'inspecteur du travail peut porter tant sur l'avis d'aptitude ou d'inaptitude que sur les propositions de mesures individuelles pouvant accompagner celui-ci. Sur le premier point, l'ouverture du recours est désormais consacrée par le pouvoir réglementaire puisqu'a été intégrée au Code du travail une sous-section nommée « contestation des avis médicaux d'aptitude ou d'inaptitude ». L'administration a d'ailleurs précisé que le recours est ouvert peu importe l'origine professionnelle ou non de l'état de santé du salarié⁷⁸⁴. Sur le second point, le fondement est légal puisque l'article L. 4624-1 du Code du travail traite des propositions de mesures individuelles émises par le médecin du travail.

C. Ratione temporis

519. Hier : la complexité. Auparavant, le recours devant l'inspecteur du travail était ouvert indéfiniment. Ce principe était d'ailleurs récemment rappelé dans un arrêt du Conseil d'Etat en date du 27 juin 2011⁷⁸⁵. L'avis du médecin du travail pouvant être contesté plusieurs années après sa réalisation, de multiples difficultés apparaissaient. D'une part, le contrôle opéré par l'inspecteur du travail pouvait s'avérer impossible dans la mesure où l'intéressé devait se prononcer en fonction des considérations de fait et de droit existant au moment où il statuait⁷⁸⁶. D'autre part, en cas d'annulation d'un avis d'inaptitude, cette mesure rétroagit à la date de la décision du médecin du travail et permet au salarié, dans l'hypothèse où son licenciement a déjà été prononcé, de demander la requalification de ce dernier en licenciement sans cause réelle et sérieuse voire nul.

520. Aujourd'hui : la sécurité. A compter du 1^{er} juillet 2012, le recours contre la décision du médecin du travail est enfermé dans un délai de deux mois⁷⁸⁷. Cet encadrement ratione temporis a été salué par de nombreux praticiens en ce qu'il sécurise le rôle de chacun. Pour assurer les droits des personnes susceptibles d'exercer ce recours, l'avis médical

⁷⁸³ T. Kapp, *La contestation des avis du médecin du travail encadrée* : JCP S n°12, 20 mars 2012, n°1117.

⁷⁸⁴ Circ. DRT 93-11 du 17 mars 1993 n° III-3-1-3, a.

⁷⁸⁵ CE, 27 juin 2011, n°334834.

⁷⁸⁶ T. Kapp, *La contestation des avis du médecin du travail encadrée*, JCP S n°12 20 mars 2012 n°1117.

⁷⁸⁷ C. trav., art. R. 4624-35.

d'aptitude ou d'inaptitude doit mentionner les délais de recours⁷⁸⁸. Les termes employés par le pouvoir réglementaire ne mentionnent que les avis d'aptitude ou d'inaptitude. Quid des propositions de mesures individuelles émises par le médecin du travail au titre de l'article L. 4624-1 du Code du travail ? À notre sens, une lecture téléologique des textes doit primer : puisque ces propositions sont aussi concernées par le champ d'application de ce nouveau délai de recours, celles-ci doivent respecter l'article R. 4624-34 du Code du travail.

Un élément de taille est néanmoins passé sous silence : le point de départ du délai. En principe, c'est à partir de la date de notification de la décision du médecin du travail que le délai commencera à courir. Pour le salarié, la remise d'un exemplaire de la fiche médicale est faite en main propre à l'issue de la visite médicale. Pour l'employeur, il est question de « transmission » d'un exemple de cette fiche médicale⁷⁸⁹. En pratique, la transmission est faite par courrier. En d'autres termes, le point de départ du délai fluctuera en fonction de la personne ayant agi contre la décision du médecin du travail.

II. Action de l'inspecteur du travail

A. En amont

521. L'existence d'un désaccord ou d'une difficulté. L'inspecteur du travail ne peut intervenir qu'en présence d'une difficulté ou d'un désaccord sur l'avis du médecin du travail portant sur l'inaptitude physique du salarié à son poste de travail antérieur, son aptitude physique au poste de reclassement proposé, la nécessité d'une adaptation des conditions de travail ou d'une réadaptation du salarié⁷⁹⁰. Aussi, il n'appartient pas à l'inspecteur du travail d'apprécier l'incidence de l'état de santé du salarié sur le contrat de travail lui-même ou sur les conditions dans lesquelles son exécution devrait théoriquement se poursuivre⁷⁹¹.

522. Confirmation. La nécessaire existence d'une difficulté ou d'un désaccord a été implicitement consacrée par le pouvoir réglementaire qui impose dorénavant à la personne formant le recours d'énoncer les motifs de la contestation⁷⁹². De cette énonciation l'inspecteur du travail décèlera l'existence ou non d'une difficulté ou d'un désaccord.

⁷⁸⁸ C. trav., art. R. 4624-34.

⁷⁸⁹ C. trav., art. R. 4624-47.

⁷⁹⁰ Cass. soc. 28 juin 2006, n° 04-45.600. Bull. Civ. V. n° 234. p. 224.

⁷⁹¹ CAA Paris 20 novembre 1997, n° 96-592.

⁷⁹² C. trav., art. R. 4624-35.

B. En aval

523. Un pouvoir propre...et contesté. En cas de désaccord ou de difficulté, il appartient à l'inspecteur du travail de se prononcer lui-même sur l'aptitude d'un salarié à tenir son poste de travail sans pouvoir se contenter d'annuler les propositions du médecin du travail et de lui enjoindre d'en formuler de nouvelles⁷⁹³. C'est cette compétence étendue en matière médicale qui a fait l'objet de critiques provenant de professionnels de la santé, estimant que l'inspecteur du travail n'a pas les compétences requises pour déterminer si le salarié est apte ou non⁷⁹⁴.

524. Date d'effet de la décision. La décision de l'inspecteur du travail, qu'elle soit confirmative ou infirmative, est considérée comme effective dès la date à laquelle l'avis du médecin du travail a été émis⁷⁹⁵. Une telle position a des conséquences majeures sur les relations entretenues entre l'employeur et le salarié inapte. Ainsi, lorsque l'inspecteur du travail infirme un avis d'inaptitude émis par le médecin du travail, une alternative apparaît : si le salarié avait été affecté à un autre emploi du fait de la déclaration d'inaptitude, il doit être réintégré dans ses fonctions d'origine⁷⁹⁶. Si le salarié avait été licencié pour inaptitude physique et impossibilité de reclassement, ce licenciement est privé de cause réelle et sérieuse⁷⁹⁷. Cette dernière situation étant particulièrement préjudiciable à l'employeur, ce dernier a tout intérêt, lorsqu'il a connaissance du recours⁷⁹⁸, à attendre la décision de l'inspecteur du travail pour faire son choix. Encore faut-il que la décision prise par l'inspecteur du travail ne fasse pas elle-même l'objet d'un recours...

§2 : Les recours contre l'avis de l'inspecteur du travail

525. Contentieux administratif. Les recours contre l'avis de l'inspecteur du travail répondent aux règles prévues en matière de contentieux administratif. Apparaissent donc deux modalités de contestation : la voie non contentieuse(I) et la voie contentieuse (II).

⁷⁹³ CE 27 septembre 2006, n° 275845.

⁷⁹⁴ Voir par. n°511 et s.

⁷⁹⁵ CE 16 avril 2010, n° 326553.

⁷⁹⁶ Cass. soc. 28 janvier 2010, n°08-42.702. Inédit.

⁷⁹⁷ Cass. soc. 26 novembre 2008, n°07-43598. Bull. Civ. V, n° 233.

⁷⁹⁸ En effet, l'employeur n'a pas nécessairement connaissance du recours formé contre la décision du médecin du travail dans la mesure où le salarié n'est pas tenu de l'en informer.

I. La voie non contentieuse

526. Principe général du droit. L'article R. 4624-36 du Code du travail dispose que la décision de l'inspecteur du travail peut être contestée dans un délai de deux mois devant le ministre chargé du travail. Bien qu'une précision soit utile, son inexistence n'aurait eu aucune conséquence puisqu'il s'agit d'un recours reconnu au titre des principes généraux du droit par la jurisprudence administrative⁷⁹⁹. Au surplus, aucun élément ne semble aller à l'encontre de la possibilité de former un recours gracieux devant l'inspecteur du travail.

II. La voie contentieuse

527. Principe général du droit. Nonobstant le fait que le pouvoir règlementaire ne le prévoit pas, le recours contentieux, se traduisant au cas particulier par un recours en excès de pouvoir, est envisageable. Ici encore, il s'agit d'un principe général du droit⁸⁰⁰. Le recours contentieux peut-il être formé par l'employeur ou le salarié avant même l'introduction du recours hiérarchique ? Dans l'hypothèse où le recours administratif non contentieux n'est pas obligatoire, le recours contentieux peut être formé sans exercice préalable du premier. Or, les dispositions de l'article R. 4624-36 ne confèrent aucun caractère obligatoire au recours hiérarchique. Aussi, il semble que l'employeur et le salarié intéressé ont la faculté d'outrepasser le recours hiérarchique pour envisager la voie contentieuse⁸⁰¹.

528. Avenir. Il faut se féliciter de l'instauration d'un encadrement des recours contre les décisions du médecin du travail, dont la principale conséquence est la « sécurisation » des relations de travail. Le délai de deux mois (fixé à l'aune du Droit administratif commun), couplé d'une obligation d'information sur l'avis du médecin du travail, offre des garanties pour le salarié comme l'employeur. Ce tableau idyllique souffrira-t-il d'effets pervers ? Certains professionnels mentionnent le risque d'une inflation du contentieux due à l'obligation d'information. A notre sens, cette crainte doit être tempérée par le fait que les parties susceptibles d'agir n'ont pas besoin d'une mention portée sur l'avis du médecin du travail pour savoir qu'elles disposent de voies de recours, la question de l'inaptitude étant suffisamment « politisée » pour que les organisations patronales et salariales renseignent ceux-ci sur les moyens de s'affronter.

⁷⁹⁹ CE, 30 juin 1950, *Queralt*. Rec. Lebon. p. 413.

⁸⁰⁰ CE, 17 février 1950, *Ministre de l'Agriculture c/ Mme Lamotte*. Rec. Lebon. p. 110.

⁸⁰¹ T. Kapp, *La contestation des avis du médecin du travail encadrée*, JCP S n°12 20 mars 2012 n°1117.

Conclusion

529. Hier : naissance et aptitude. Historiquement, la médecine du travail est centrée sur l'action individuelle, c'est-à-dire sur la surveillance médicale des salariés. Ce choix, fruit de l'Histoire (la fin de la seconde guerre mondiale), avait pour but de limiter les maladies contagieuses et d'assurer une prise en charge minimale et généralisée de la santé. Ce modèle a conduit, au fil des années, à faire de la notion de la surveillance médicale la pierre angulaire de la médecine du travail.

530. Aujourd'hui : pénurie et prise de conscience. Depuis plusieurs années, le législateur a entamé plusieurs réformes du droit de la surveillance médicale au prisme de la pénurie croissante de médecins du travail. La France a fait le choix d'un affaiblissement de la surveillance médicale au profit de l'action collective (action sur le lieu de travail). Cette tendance se matérialise notamment par la modification de la périodicité des visites médicales - modification rimant avec réduction - ainsi que l'optimisation de chacune d'entre elles⁸⁰². Néanmoins, la pénurie de professionnels ne doit pas justifier le démantèlement du droit du salarié à la protection de santé⁸⁰³. Le Droit ne doit pas exclusivement être le fruit de contingences factuelles. Il s'agit aussi et surtout de la vision qu'a une Nation d'elle-même et, au cas particulier, de la santé de ses citoyens⁸⁰⁴.

531. Demain : quelle place pour l'action en milieu de travail ? A notre sens, la survie voire la renaissance de la médecine du travail suppose un subtil équilibre entre la surveillance médicale des salariés et l'action sur le milieu de travail. Le système actuel favorisant la première, la seconde doit être intensifiée.

⁸⁰² V. en ce sens la consécration de la visite médicale de préreprise ou encore la nouvelle finalité de la visite médicale d'embauche.

⁸⁰³ V. en ce sens la faible surveillance médicale des travailleurs saisonniers ou l'extinction de la SMR en faveur des jeunes mères.

⁸⁰⁴ Au regard de l'alinéa 11 du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, la Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé.

Chapitre 2 – L’action en milieu de travail

Introduction

532. Définition. L’action sur le milieu de travail se définit comme la préparation, la réalisation et les suites immédiates d’une intervention du médecin du travail au bénéfice d’une entreprise ou de plusieurs entreprises, préalablement identifiées⁸⁰⁵. Plus précisément, l’intéressé mène ou propose des actions de prévention, de correction ou d’amélioration des conditions de travail.

533. Pluridisciplinarité. Avant la réforme du 20 juillet 2011, l’administration précisait que l’action en milieu de travail à la charge du médecin du travail pouvait s’organiser dans le cadre d’une « collaboration pluridisciplinaire »⁸⁰⁶. Désormais, s’agissant des services de santé au travail interentreprises, les actions sur le milieu de travail s’inscrivent obligatoirement dans un cadre pluridisciplinaire⁸⁰⁷.

534. Entre délimitation et liberté. Il n’existe pas de présentation exhaustive de l’action en milieu de travail du médecin du travail. L’usage de l’adverbe « notamment » à l’article R. 4624-1 du Code du travail démontre la volonté de mettre en avant les principales caractéristiques de son action, tout en lui accordant une marge de manœuvre⁸⁰⁸. Il en découle une distinction entre les missions (Section 1) et les moyens (Section 2) du médecin du travail.

⁸⁰⁵ Circ. DRT. n°03 du 7 avril 2005.

⁸⁰⁶ Circ. DRT. n°01 du 13 janvier 2004.

⁸⁰⁷ C. trav., art. R. 4624-1.

⁸⁰⁸ Conformément à l’article R. 4624-1 du Code du travail, les missions du médecin du travail « comprennent notamment : 1° La visite des lieux de travail ; 2° 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 ; 3° L’identification et l’analyse des risques professionnels ; 4° L’élaboration et la mise à jour de la fiche d’entreprise ; 5° La délivrance de conseils en matière d’organisation des secours et des services d’urgence ; 6° La participation aux réunions du comité d’hygiène, de sécurité et des conditions de travail ; 7° La réalisation de mesures météorologiques ; 8° L’animation de campagnes d’information et de sensibilisation aux questions de santé publique en rapport avec l’activité professionnelle ; 9° Les enquêtes épidémiologiques ; 10° La formation aux risques spécifiques ; 11° L’étude de toute nouvelle technique de production ; 12° L’élaboration des actions de formation à la sécurité prévues à l’article L. 4141-2 et à celle des secouristes. »

Section 1 – Les missions

535. Diptyque : conseil et proposition. L'action en milieu de travail est duale : elle intègre le conseil, facette historique et partiellement renouvelée (Sous-section 1), et le pouvoir de proposition, facette juvénile en quête d'affirmation (Sous-section 2).

536. Missions connexes. En dehors de ce diptyque, le médecin du travail mène des activités connexes propres à son activité. Avant que la notion soit évincée, ces activités étaient prises en compte dans sa charge de travail⁸⁰⁹. Il s'agit d'abord d'actions relatives au fonctionnement du service de santé au travail : participation aux travaux du conseil d'administration du service de santé, à la veille sanitaire, aux réunions internes au service ou encore au tutorat des médecins en formation. Il s'agit aussi d'actions régissant les relations du service de santé au travail avec des agents extérieurs : participation au programme de santé publique dans le domaine de la prévention des risques professionnels⁸¹⁰ ou aux réunions réalisées dans le cadre d'organismes externes. Si ces missions ne seront pas approfondies, leur évocation est primordiale en ce qu'elle permet d'ores et déjà d'illustrer un élément factuel de taille : la mission du médecin du travail étant pléthorique, son temps s'avère de plus en plus précieux.

Sous-section 1 – Le conseil

Introduction – De la surveillance médicale au conseil

537. Prévention primaire. Le conseil constitue le cœur de l'action sur le milieu de travail. Cette mission, dont bénéficie aussi bien l'employeur, les représentants du personnel que les services sociaux⁸¹¹, constitue un complément indispensable à la surveillance médicale. Puisque l'action est collective, elle s'avère plus préventive : on parle de prévention primaire.

538. Les deux piliers. La mission de conseil repose sur deux piliers à intensité variable. Le premier pilier, le plus solide, est la consultation (§1). Le deuxième pilier, bien que résiduel, se rapproche du pouvoir de décision. Il s'agit de la participation (§2).

⁸⁰⁹ Circ. DRT n°3 du 7 avril 2005.

⁸¹⁰ C. santé. publ., L. 1411-8.

⁸¹¹ C. trav., art. R. 4623-1.

§1 : La consultation

539. Voie privilégiée. La consultation du médecin du travail sur des questions relevant de sa compétence constitue la voie privilégiée par le législateur pour concrétiser la mission de conseil de ce dernier (I). La loi du 20 juillet 2011 entérine cette position en offrant une nouvelle compétence au médecin du travail : la formulation de préconisations (II).

I. Les consultations classiques

540. Multiplicité. Les consultations classiques du médecin du travail se caractérisent par leur multiplicité et leur dispersion dans le Code du travail. Fille du droit civil, la loi sociale fait émerger deux catégories : les consultations propres aux locaux et matériaux de travail (A) et celles propres aux travailleurs (B).

A. Les biens

541. L'action du médecin du travail englobant l'ensemble des éléments ayant des incidences sur la santé et la sécurité des travailleurs, l'intéressé dispose d'un pouvoir de consultation tant pour les biens immeubles (1) que pour les biens meubles (2).

1. Biens immeubles

542. La consultation du médecin du travail permet de conseiller soit l'employeur (a), soit l'inspecteur du travail (b).

a. Conseil de l'employeur

543. Le médecin du travail dispose d'un pouvoir consultatif sur un ensemble de questions intéressant les locaux de l'entreprise sur lesquelles l'employeur est tenu de recueillir son avis. Sont visées les mesures à prendre pour entretenir et nettoyer les locaux de travail (et leurs annexes)⁸¹², protéger les salariés contre le froid et les intempéries⁸¹³, identifier les postes de travail concernés par la mise à disposition d'une boisson non alcoolisée⁸¹⁴ ou encore l'organisation et l'aménagement des locaux destinés à assurer la protection des salariés non-

⁸¹² C. trav., art. R. 4224-18.

⁸¹³ C. trav., art. R. 4223-15.

⁸¹⁴ C. trav., art. R. 4225-3. al 1 et 2.

fumeurs⁸¹⁵. Dans cette dernière situation, lorsque de tels locaux sont installés, la consultation du médecin du travail doit être renouvelée tous les deux ans⁸¹⁶.

b. Conseil de l'inspecteur du travail

544. L'avis du médecin du travail peut aussi être recueilli dans le cadre d'une autorisation préalable de l'inspecteur du travail, pour des mesures intéressant la santé et la sécurité des travailleurs. L'inspecteur du travail prendra ainsi sa décision à l'aune de l'avis du médecin du travail dans deux hypothèses.

545. Restauration. De façon dérogatoire, l'employeur peut aménager l'emplacement de restauration des salariés dans des locaux affectés au travail sous réserve du respect de deux conditions : l'activité de ces locaux ne doit pas comporter l'emploi de substances ou préparations dangereuses et l'employeur doit recueillir l'autorisation de l'inspecteur du travail après avis du médecin du travail⁸¹⁷.

546. Sanitaires. Par dérogation aux règles relatives à l'aménagement des vestiaires collectifs, lavabos et douches⁸¹⁸, l'employeur peut demander à l'inspecteur du travail de le dispenser de certaines de ses obligations⁸¹⁹. Ici encore, l'inspecteur du travail prend sa décision après avis du médecin du travail et du CHSCT⁸²⁰.

2. Biens meubles

547. Triptyque. Concernant les biens meubles nécessaires à la protection de la santé et la sécurité des travailleurs, coexistent trois situations dans lesquelles le médecin du travail formule un avis : le choix des protecteurs auditifs individuels des salariés⁸²¹, la liste du matériel nécessaire aux premiers soins et les consignes à observer en l'absence de service infirmier⁸²² ainsi que les dispositions prises pour la ventilation des locaux de travail⁸²³.

⁸¹⁵ C. santé. publ., R. 3511-5. al 1.

⁸¹⁶ C. santé. publ., R. 3511-5. al 3.

⁸¹⁷ C. trav., art. R. 4228-23. al 2.

⁸¹⁸ C. trav., art. R 4228-1 à R 4228-15.

⁸¹⁹ C. trav., art. R. 4228-16.

⁸²⁰ C. trav., art. R. 4228-18.

⁸²¹ C. trav., art. R. 4434-8.

⁸²² Arr. du 12 janvier 1984 art. 5.

⁸²³ C. trav., art. R. 4222-21.

B. Les personnes

548. La consultation du médecin du travail en raison de la situation du travailleur répond aussi à la dichotomie opérée entre conseil de l'employeur (1) et de l'inspecteur du travail (2). A titre résiduel, une catégorie *ad hoc* de conseil est à relever (3).

1. Conseil de l'employeur

549. Le médecin du travail, *via* la consultation, conseille l'employeur en matière de formation renforcée à la sécurité (a), de salariés blessés (b) et de travail de nuit (c).

a. La formation renforcée à la sécurité

550. Sécurisation. Les salariés sous contrat à durée déterminée, sous contrat de travail temporaire et les stagiaires, lorsqu'ils sont affectés à des postes de travail présentant des risques particuliers pour leur santé ou leur sécurité, bénéficient d'une formation renforcée à la sécurité⁸²⁴. La liste de ces postes de travail est établie par l'employeur après avis du médecin du travail et du CHSCT (ou à défaut des délégués du personnel)⁸²⁵. Comme en matière de surveillance médicale renforcée⁸²⁶, l'employeur est responsable de la détermination des postes de travail concernés par cette formation. Aussi, l'expertise du médecin du travail constitue un « garde-fou médical » prévenant – ou du moins limitant – une éventuelle omission de l'employeur.

b. Les salariés blessés

551. Réentraînement et rééducation. Tout établissement ou groupe d'établissements appartenant à une même activité professionnelle de plus de cinq mille salariés assure, après avis médical, le réentraînement au travail et la rééducation professionnelle de ses salariés malades et blessés⁸²⁷. Cette obligation est dissociée de l'avis d'inaptitude rendu par le médecin du travail : la déclaration d'inaptitude définitive du salarié à son poste antérieur ne permet donc pas à l'employeur de se libérer de l'obligation prévue à l'article L 5213-5 du Code du travail dès lors que cette obligation a pour but de permettre au

⁸²⁴ C. trav., art. L 4154-2. al 1.

⁸²⁵ C. trav., art. L 4154-2. al 2.

⁸²⁶ V. par. n°388 et s.

⁸²⁷ C. trav., L. 5213-5. al 1.

salarié d'accéder à un autre poste de travail⁸²⁸. Le médecin du travail, comme le CHSCT, est consulté sur les moyens les mieux adaptés aux conditions d'exploitation et à la nature des activités professionnelles pour optimiser cette « réhabilitation »⁸²⁹.

c. Le travail de nuit

552. Principe. Le médecin du travail est consulté avant toute décision importante relative à la mise en place ou à la modification de l'organisation du travail de nuit⁸³⁰. Qu'entend-on par modification « importante » ? Au regard de l'impact du travail de nuit sur la santé et la vie personnelle du travailleur⁸³¹, la notion doit être appréciée largement.

553. Application. Pour formuler son avis, le médecin du travail analyse les conséquences du travail nocturne lorsque des équipes fonctionnant en alternance comportent un poste de nuit. Pour ce faire, il procède, durant l'exécution par les salariés de leur travail de nuit, à l'étude des conditions de travail et du poste de travail. Il analyse ensuite pour chaque travailleur le contenu du poste et ses contraintes. *Via* ces éléments, l'intéressé conseille l'employeur sur les meilleures modalités d'organisation du travail en fonction du type d'activité des travailleurs⁸³². Le médecin du travail informe en outre les travailleurs de nuit – en particulier les femmes enceintes et les « travailleurs vieillissants » - des incidences potentielles du travail de nuit sur la santé, tout en les informant des précautions qu'il y a lieu, le cas échéant, de prendre⁸³³.

2. Conseil de l'inspection du travail

554. Le médecin du travail conseille l'inspecteur du travail en matière de travaux dangereux réalisés par des travailleurs précaires (a), d'utilisation de protecteurs auditifs (b) et durant l'analyse du document d'organisation (c).

⁸²⁸ Cass. soc. 17 février 2010 n° 08-45.476. Inédit.

⁸²⁹ C. trav., art. R. 5213-24.

⁸³⁰ C. trav., art. L. 3122-38.

⁸³¹ V. F. Edouard, *Le travail de nuit: impact sur les conditions de travail et de vie des salariés*, avis du conseil économique, social et environnemental, 2010.

⁸³² C. trav., art. R. 3122-20.

⁸³³ C. trav., art. R. 3122-21.

a. *Travail précaire et dangereux*

555. En principe, il est interdit de conclure un contrat de travail à durée déterminée ou de recourir au travail temporaire pour effectuer certains travaux particulièrement dangereux figurant sur une liste établie par voie réglementaire⁸³⁴. À titre exceptionnel, l'autorité administrative peut autoriser l'employeur à déroger à cette interdiction⁸³⁵. La demande formulée par l'employeur doit être accompagnée des avis du médecin du travail et du CHSCT (ou à défaut des délégués du personnel)⁸³⁶. Au regard de la complexité de la question, nous estimons que l'expertise médicale (l'avis du médecin du travail) a plus d'intérêt, *de facto*, que l'expertise représentative (l'avis du CHSCT).

b. *Utilisation de protecteurs auditifs*

556. Quand la protection devient danger. Outre le choix des protecteurs auditifs individuels, leur utilisation peut faire l'objet d'une consultation du médecin du travail dès lors qu'elle est susceptible d'entraîner un risque plus grand pour la santé ou la sécurité que leur non utilisation. Dans ce cas, l'employeur peut demander à l'inspecteur du travail d'accorder des dérogations à la législation applicable en la matière⁸³⁷. Dans sa demande, l'employeur précise les éléments justifiant une telle dérogation et transmet l'avis du médecin du travail sur la question (comme celui du CHSCT)⁸³⁸.

c. *Document d'organisation*

557. Dans les entreprises et établissements dotés d'un CHSCT, les modalités d'application de la législation relative à la médecine du travail sont définies dans un document signé par l'employeur et le président du service de santé au travail interentreprises⁸³⁹, après avis du ou des médecins du travail intervenant dans l'entreprise. Suite à cet avis, le document est soumis au comité d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut, aux délégués du personnel⁸⁴⁰. Au regard du contenu de ce document, le médecin du travail peut notamment

⁸³⁴ C. trav., art. L. 1242-6. 2°.

⁸³⁵ C. trav., art. L. 1242-6. al 3.

⁸³⁶ C. trav., art. D. 4154-3.

⁸³⁷ C. trav., art. R. 4437-1.

⁸³⁸ C. trav., art. R. 4437-2.

⁸³⁹ En d'autres termes, la production d'un document d'organisation suppose que l'entreprise ou l'établissement ait un effectif d'au moins cinquante salariés et qu'elle soit adhérente d'un service de santé au travail interentreprises.

⁸⁴⁰ C. trav., art. D. 4622-65.

donner son avis sur le temps dont il dispose pour remplir ses fonctions (notamment en matière de tiers temps⁸⁴¹), le personnel du service de santé au travail (nombre, compétences)⁸⁴² ou encore sur le nombre de salariés à surveiller ainsi que les risques professionnels auxquels ils sont exposés⁸⁴³. En cas de contestation par le médecin du travail⁸⁴⁴ sur ce dernier point, l'employeur doit saisir l'inspecteur du travail, qui dispose d'un délai d'un mois pour faire connaître ses observations. La signature du document d'organisation ne peut intervenir qu'après réception des observations de l'inspecteur ou, à défaut, à l'expiration du délai d'un mois⁸⁴⁵.

3. Conseil des « personnes compétentes en matière de santé »

558. Cadences de travail. Au-delà du conseil de l'employeur et de l'administration, le médecin du travail dispose d'un pouvoir de consultation méconnu relatif aux cadences de travail. Il peut être consulté par toute personne qui détient des responsabilités en matière de protection de la santé des travailleurs dans l'entreprise lorsque les cadences imposées ne paraissent pas supportables pour l'ensemble des travailleurs ou certaines catégories d'entre eux⁸⁴⁶. Les termes employés par l'administration traduisent la faculté pour le CHSCT, le CE, les délégués du personnel voire le responsable de la sécurité au sein de l'entreprise de consulter le médecin du travail. Cette hypothèse *ad hoc* ne fait somme toute qu'entériner le principe selon lequel le médecin du travail est le conseiller des représentants du personnel en ce qui concerne notamment l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine⁸⁴⁷.

II. La consultation nouvelle

559. Les préconisations. La loi du 20 juillet 2011 offre un nouveau mode de consultation du médecin du travail, à l'initiative de l'employeur, sous le terme de « préconisation ». Elle se distingue des consultations dites classiques à deux titres : elle est

⁸⁴¹ V. par. n°621 et s.

⁸⁴² Cette consultation acquiert d'autant plus de force lorsqu'on sait que le médecin du travail a désormais la charge d'une équipe pluridisciplinaire de santé au travail.

⁸⁴³ C. trav., art. D. 4622-66.

⁸⁴⁴ Ou de toute autre instance consultée sur le sujet.

⁸⁴⁵ C. trav., art. D. 4622-69.

⁸⁴⁶ Rép. Deniau 21 octobre 1971 : JOAN p. 4709 n°19547.

⁸⁴⁷ C. trav., art. R. 4623-1. 2°.

facultative et à caractère général. Son exercice suppose le respect d'une chronologie à deux temps : l'employeur saisit le médecin du travail (A), qui répond (B).

A. La saisine par l'employeur

560. Compétence générale. Le médecin du travail doit répondre à l'employeur dès lors que ce dernier lui adresse une question relevant des missions qui lui sont dévolues en application de l'article L. 4622-3 du Code du travail⁸⁴⁸. Pour rappel, cet article précise que « *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* ». Autrement dit, la préconisation du médecin du travail n'est pas encadrée dans sa matérialité : toute question relative à la santé et à la sécurité des travailleurs peut faire l'objet d'une préconisation. Le but de cette nouvelle prérogative est d'ajouter une nouvelle dimension à l'action de conseil du médecin du travail, qui, outre son rôle consultatif sur des points déterminés, est désormais sommé de répondre à toute interrogation de l'employeur.

B. La réponse du médecin du travail

561. Réponse écrite. Lorsque le médecin du travail est saisi par l'employeur, il doit faire connaître ses préconisations par écrit⁸⁴⁹. Cette obligation peut avoir des conséquences en cas d'engagement de la responsabilité de l'employeur ou du médecin du travail.

562. Refus du médecin du travail. Aucune précision n'est donnée sur les conséquences d'un refus par le médecin du travail d'établir une préconisation. Dans une telle hypothèse, l'employeur doit être prudent : il convient de demander les raisons de ce refus au médecin du travail pour ensuite envisager une éventuelle mesure disciplinaire⁸⁵⁰. Celle-ci pourra d'ailleurs faire l'objet d'une gradation en fonction de l'importance de la question soumise au médecin du travail, ainsi que des éventuelles conséquences de ce refus sur la santé des travailleurs.

⁸⁴⁸ C. trav., art. L. 4624-3. al 3.

⁸⁴⁹ *Ibid.*

⁸⁵⁰ Cass. soc. 26 février 2002, n°00-40.722. Inédit.

Conclusion

563. Duo de consultations. La consultation, mission privilégiée du médecin du travail, a été partiellement transformée par la réforme du 20 juillet 2011. Deux branches coexistent : la consultation dite classique, qui révèle une multitude de missions portant sur des points précis, et la consultation dite nouvelle, dont les contours et enjeux ne sont pas encore connus. Encore faut-il que le médecin du travail dispose du temps nécessaire à son exercice...

564. Concours de consultations. La consultation du médecin du travail est associée à celle du CHSCT voire concurrencée par elle. En effet, les compétences classiques font systématiquement référence à l'avis de ces deux acteurs. La compétence nouvelle, qui ne fait mention que de la consultation du médecin du travail, n'empêche pas la consultation du CHSCT sur toute question relevant de sa compétence⁸⁵¹. Nous sommes donc en présence de consultation technocratique⁸⁵² (le médecin du travail) et représentative (le CHSCT). L'ascension du CHSCT cache indéniablement le médecin du travail, qui peine et peinera encore à s'affirmer. Ce constat est regrettable en ce que le médecin, fin connaisseur de l'entreprise et de ses salariés, a un rôle primordial à jouer dans la protection de la santé de ces derniers. Ce propos acquiert d'autant plus de force lorsqu'il est apprécié à l'aune des intérêts de l'employeur : le CHSCT peut dans certaines situations recourir à un expert⁸⁵³. L'équipe pluridisciplinaire de santé au travail n'est-elle pas tout aussi compétente voire plus compétente en la matière? Nous arrêterons le débat à ce stade, l'éternelle question du choix de la compétence (l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail) face à la représentation (le CHSCT) étant trop sensible. Une conciliation des deux semble possible : elle passe notamment par un renforcement de la participation du médecin du travail à la prise de décision.

§2 : La participation

565. Au sein du conseil, les voies de l'information et de la consultation sont indispensables. La participation s'avère fondamentale, voire l'une des clefs de la survie de la médecine du travail. Elle permet, en pratique, d'intégrer le médecin du travail au processus décisionnel de l'entreprise, à titre individuel (I) ou collectif (II).

⁸⁵¹ C. trav., art. L. 4612-13.

⁸⁵² Au sens littéral du terme.

⁸⁵³ C. trav., art. L. 4614-12.

I. La participation individuelle

566. *Plus Ultra.* Le médecin du travail est associé à l'étude de toute nouvelle technique de production⁸⁵⁴ ainsi qu'à l'élaboration des actions de formation à la sécurité et à la détermination du contenu de l'information dispensée à ce titre⁸⁵⁵. Au-delà de ces hypothèses énumérées par la loi, la formulation extensive des missions du médecin du travail prévues à l'article R. 4624-1 du Code du travail laisse place à la faculté reconnue à l'employeur de faire participer ce dernier à d'autres événements touchant l'entreprise.

II. La participation collective

567. L'association collective se définit comme la participation du médecin du travail au processus de décision d'organes spécialisés dans la santé et la sécurité des travailleurs (A) et de certains organes décisionnels à compétence plus générale (B).

A. Organes compétents en matière de santé et de sécurité des travailleurs

568. Si le CHSCT constitue le principal organe au sein duquel le médecin du travail participe au processus décisionnel (1), une autre hypothèse, quoique résiduelle, doit être mentionnée (2).

1. Le CHSCT

569. *Voix consultative.* Le ou les médecins du travail chargés de la surveillance médicale du personnel assistent avec voix consultative aux séances du CHSCT⁸⁵⁶. Les entreprises adhérant à un service de santé au travail interentreprises doivent faire connaître à l'avance la date de ces réunions, afin que le médecin du travail puisse effectivement y participer⁸⁵⁷.

⁸⁵⁴ Si l'article R. 4624-3. ancien du Code du travail a été supprimé, il semble que cette prérogative persiste par l'intermédiaire de l'article R. 4624-1 du Code du travail.

⁸⁵⁵ C. trav., art. R. 4141-6.

⁸⁵⁶ C. trav., art. L. 4613-2. al 2.

⁸⁵⁷ Circ. n°34, 20 juin 1969 : BOMT, n°26/69, Annexe, Titre I.

2. Le CISSCT

570. Conditions de constitution. Dans les secteurs du bâtiment et du génie civil, le maître d'ouvrage a l'obligation de constituer un collège interentreprises de sécurité, de santé et des conditions de travail (CISSCT) lorsque le nombre d'entreprises, travailleurs indépendants et entreprises sous-traitantes inclus, est supérieur à dix, s'il s'agit d'une opération de bâtiment, ou à cinq, s'il s'agit d'une opération de génie civil, l'effectif des travailleurs dépassant en outre un volume de 10 000 hommes par jour⁸⁵⁸.

571. Missions. Le CISSCT peut définir, notamment sur proposition du coordonnateur, certaines règles communes destinées à assurer le respect des mesures de sécurité et de protection de la santé applicables au chantier et vérifie que l'ensemble des règles prescrites - par lui-même ou le coordonnateur - sont effectivement mises en œuvre⁸⁵⁹.

572. Participation des médecins du travail. Le médecin du travail peut assister, à titre consultatif, aux réunions du CISSCT⁸⁶⁰. En l'absence de règles relatives sur la question, les médecins du travail de l'ensemble des entreprises concernées par l'ouvrage sont habilités à se présenter aux réunions.

B. Autres organes décisionnels

573. La participation du médecin du travail aux réunions de certains organes décisionnels est subordonnée au respect de deux conditions.

1. *Ratione materiae*

574. Un champ large. L'ordre du jour de l'organe décisionnel doit comporter des questions relatives à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail ou qui concernent les missions du médecin du travail telles que définies à l'article L. 4622-3 du Code du travail⁸⁶¹. Au vu des termes employés par la loi, le champ matériel est très étendu.

⁸⁵⁸ C. trav., art. L. 4532-10; C. trav., art. R. 4532-77. al 1.

⁸⁵⁹ C. trav., art. L. 4532-13.

⁸⁶⁰ C. trav., art. R. 4532-79.

⁸⁶¹ C. trav., art. R. 4623-16. al 1; C. trav., art. L. 4532-10; C. trav., art. R. 4532-77. al 1.

2. *Ratione personae*

575. Nature de l'organe décisionnel. Le médecin du travail ou, en cas de pluralité de médecins, le ou les délégués du médecin assistant, avec voix consultative, aux réunions de certains organes décisionnels. Lorsqu'il relève d'un service de santé au travail autonome, il s'agit des réunions du comité d'entreprise. Lorsqu'il relève d'un service de santé au travail autonome, il s'agit des réunions du comité interentreprises ou de la commission de contrôle ainsi que du conseil d'administration du service de santé au travail⁸⁶².

576. Médecin du travail compétent : « élections médicales ». En cas de pluralité de médecins du travail, des délégués doivent être nommés afin de participer aux réunions. Cette nomination est réalisée par le biais d'élections à la charge soit de l'employeur (dans les services de santé au travail autonome) soit du président du service de santé au travail interentreprises⁸⁶³.

577. Mode d'élection. Dans les services autonomes de santé au travail, ces délégués sont élus à raison d'un titulaire et d'un suppléant pour huit médecins, dans la limite de quatre titulaires et quatre suppléants⁸⁶⁴. Dans les services interentreprises, les délégués sont élus à raison d'un titulaire et d'un suppléant par secteur, dans la limite de quatre titulaires et quatre suppléants⁸⁶⁵. La durée du mandat des délégués est, quelle que soit la nature du service de santé au travail, d'une durée de trois ans⁸⁶⁶.

Sous-section 2 – La proposition

Introduction : du conseil à la prise de position

578. Diptyque. En matière de proposition, le médecin du travail dispose de deux armes : l'une est ancienne et résiduelle car spécifique à une catégorie de travailleurs (§1), l'autre est nouvelle et puissante car générale (§2). L'article 2 de la loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 offre ainsi une nouvelle dimension à l'action du médecin du travail : au-delà du conseil, l'intéressé propose des mesures à l'employeur sur toute question touchant la santé et

⁸⁶² C. trav., art. R. 4623-16. al 2 et 3.

⁸⁶³ C. trav., art. R. 4623-17. al 4.

⁸⁶⁴ C. trav., art. R. 4623-17. al 1.

⁸⁶⁵ C. trav., art. R. 4623-17. al 2.

⁸⁶⁶ C. trav., art. R. 4623-17. al 3.

la sécurité des travailleurs⁸⁶⁷. Les dispositions prévues à l'article L. 4624-3 II du Code du travail relatives au pouvoir de préconisation du médecin du travail sont écartées puisqu'elles créent une simple consultation à l'initiative de l'employeur. La frontière entre conseil et proposition est franchie.

§1 : Les propositions en matière de handicap

579. Les décrets d'application de la loi du 20 juillet 2011 ont rénové le pouvoir de proposition du médecin du travail en ce qui concerne les travailleurs handicapés (I), éteignant certains droits (II).

I. Droit positif

580. Initiative du médecin du travail. L'employeur prend en considération les avis présentés par le médecin du travail sur l'application des dispositions relatives à l'emploi des travailleurs handicapés⁸⁶⁸.

581. Obligation de l'employeur. Lorsque l'employeur ne retient pas les propositions formulées par le médecin du travail, il doit lui faire connaître les motifs sur lesquels il fonde son refus⁸⁶⁹. En cas de difficulté ou de désaccord, la décision est prise par l'inspecteur du travail, après avis du médecin inspecteur du travail⁸⁷⁰.

II. Droits éteints ?

582. Le décret d'application de la loi du 20 juillet 2011 apporte deux modifications. *Primo*, *exit* les emplois réservés. *Secundo*, le principe selon lequel le pouvoir de proposition conféré au médecin du travail ne fait pas obstacle à l'application de l'article L. 4624-1 du Code du travail (relatif au pouvoir de proposition individuel du médecin du travail) disparaît. Est-ce à dire que la proposition collective éteint la proposition individuelle ? *A contrario*, s'agit-il d'un simple rafraîchissement des textes, la formulation des deux types de propositions étant, par essence, possible ? En l'absence de disposition fermant l'application d'une des voies, la deuxième position semble primer. L'article R. 4624-6 du Code du travail

⁸⁶⁷ C. trav., art. L. 4624-3.

⁸⁶⁸ C. trav., art. R. 4624-6. al 1.

⁸⁶⁹ *Ibid.*

⁸⁷⁰ C. trav., art. R. 4624-6. al 2.

reste en toute hypothèse isolé, circonscrit. L'article L. 4624-3 I du Code du travail va plus loin : il est impérialiste.

§2 : Les propositions à vocation générale

583. Le prisme européen : la prévention primaire. Le nouvel article L. 4624-3 I du Code du travail, en offrant au médecin du travail la possibilité – certes conditionnée – de proposer des mesures visant à préserver la santé des travailleurs, privilégie la « prévention primaire »⁸⁷¹. Cette ambition, récurrente dans la réforme du 20 juillet 2011, est le fruit, presque trop mûr, de la directive européenne du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre des mesures visant à promouvoir l'amélioration de la santé et de la sécurité des travailleurs au travail. Il en résulte un régime juridique favorisant le dialogue entre l'employeur et le médecin du travail (I) et engendrant des conséquences majeures pour les deux acteurs (II).

I. Régime juridique

584. Chronologie. L'article L. 4624-3 I du Code du travail renferme deux étapes : la proposition effectuée par le médecin du travail (A), puis la réponse de l'employeur à cette proposition (B).

A. La proposition du médecin du travail

585. 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 préserver⁸⁷². De ce principe découle deux interrogations relatives à la notion de risque (A) et à celle d'écrit (B).

1. La notion de risque

586. Notion large. Le pouvoir de proposition est ouvert dès lors qu'un « risque pour la santé des travailleurs » est décelé. De prime abord, l'appréciation du risque relève de la seule appréciation du médecin du travail. Ensuite, l'absence de caractère grave ou imminent démontre l'intention du législateur : élargir de façon significative les voies d'action du médecin du travail, au-delà d'une simple participation. A notre sens, la jurisprudence,

⁸⁷¹ M. Roussel, *Les nouveaux visages de la médecine du travail* : RDT avril 2012, p. 202.

⁸⁷² C. trav., art. L. 4624-3. al 1.

soucieuse de la préservation de la santé des travailleurs, offrira une lecture exégétique de la notion de risque dans le but d'offrir au médecin du travail ainsi qu'à son équipe toute latitude.

2. La notion d'écrit

587. Motivation. Bien que la loi offre une compétence générale au médecin du travail, elle prend soin d'encadrer subtilement son usage : l'écrit réalisé par le médecin du travail doit être motivé et circonstancié⁸⁷³. L'objectif de cette précision est de permettre à l'employeur, récepteur de la proposition, de comprendre les attentes du médecin du travail mais aussi de percevoir un éventuel abus par ce dernier de ses prérogatives. En effet, une proposition dénuée de toute motivation paraît inutile voire contreproductive.

B. La réponse de l'employeur

588. Motivation. Lorsque le médecin du travail a formulé une proposition à l'employeur, ce dernier doit la prendre en considération et, en cas de refus, faire connaître par écrit les motifs s'opposant à ce qu'il y soit donné suite⁸⁷⁴. Ici encore, l'obligation de justification prévaut. Certains auteurs précisent à juste titre qu'une lecture téléologique du texte impliquerait que le pouvoir de proposition du médecin du travail soit perçu non pas comme un droit ou une faculté mais bien comme une obligation à la charge de l'employeur⁸⁷⁵.

589. Refus et contestation. 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. Sur la première question, le silence est volontaire : les parlementaires ont estimé qu'aucune sanction *ad hoc* n'était nécessaire, l'obligation de sécurité de résultat à la charge de l'employeur se suffisant à elle-même. Sur la seconde question, le silence est plus gênant. Une lecture comparative s'impose : les termes employés par les articles L. 4624-3 et L. 4624-1 I du Code du travail sont identiques⁸⁷⁶. L'application de l'alinéa 3 de l'article L. 4624-1 du Code du travail semble donc envisageable, voire évidente : les propositions formulées à titre collectif par le médecin du travail pourraient ainsi être

⁸⁷³ *Ibid.*

⁸⁷⁴ C. trav., art. L. 4624-3. al 2.

⁸⁷⁵ 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.*

⁸⁷⁶ A titre de rappel, l'article L. 4624-1 alinéa 2 du Code du travail dispose que « l'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus,, faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite ».

contestées par l'employeur devant l'inspecteur du travail. Reste à savoir si un salarié aurait la faculté de contester la proposition émise par le médecin du travail. A notre sens, la mesure étant par nature collective, seul l'employeur ou une organisation syndicale serait habilité à en contester le contenu.

II. Conséquences juridiques

590. Au-delà du dialogue. Les relations qui vont progressivement être tissées entre le médecin du travail et l'employeur sur la base de l'article L. 4624-3 I du Code du travail vont certainement conduire à favoriser un dialogue trop souvent inexistant ou contreproductif. Au-delà de cette conséquence factuelle, des conséquences juridiques, centrées sur l'employeur (A), éclosent. Quant au médecin du travail, des nouveautés pourraient naître. Son destin est entre ses mains (B).

A. Conséquences pour l'employeur

591. Les conséquences pour l'employeur sont loin d'être négligeables : les éléments du dialogue doivent être conservés⁽¹⁾, ce qui conduit à l'émergence de risques ⁽²⁾.

1. La conservation du dialogue

592. Memoria. Les propositions et préconisations du médecin du travail ainsi que les réponses de l'employeur mentionnées à l'article L. 4624-3, I et II du Code du travail sont tenues, à leur demande, à la disposition de plusieurs acteurs de la santé au travail. Dans l'entreprise, est visé le CHSCT ou, à défaut, les délégués du personnel. En dehors de l'entreprise, sont concernés l'inspecteur ou contrôleur du travail, le médecin inspecteur du travail ainsi que les agents des services de prévention des organismes professionnels de santé, de sécurité et des conditions de travail⁸⁷⁷⁸⁷⁸.

2. Les risques du dialogue

593. Bellum conflare. Tout dialogue engendre un risque de conflit. Au cas particulier, le conflit est préjudiciable à l'employeur. Certes, le médecin du travail généreux en propositions attirera les foudres de certains employeurs. Il n'en demeure pas moins qu'il

⁸⁷⁷ C. trav., art. L. 4624-3. al 4.

⁸⁷⁸ C. trav., art. L. 4643-1.

dispose d'un solide statut protecteur dont l'employeur a parfaitement connaissance. L'employeur, peut voir, sur la base de ce nouvel article L. 4624-3 du Code du travail, sa responsabilité engagée plus aisément. Il ne faut pas oublier qu'en matière d'identification du responsable en matière de santé et sécurité au travail, l'employeur est l'acteur principal⁸⁷⁹.

a. Responsabilité civile

594. Obligation de sécurité de résultat. Pierre angulaire de la responsabilité civile de l'employeur en matière de santé et de sécurité au travail, la violation de l'obligation de sécurité de résultat⁸⁸⁰ à la charge de l'employeur pourra être facilitée, bien qu'il ne soit pas difficile, en l'état actuel de la jurisprudence, de la caractériser.

595. Faute inexcusable. La faute inexcusable est caractérisée lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver. En d'autres termes, la proposition du médecin du travail n'a, *a priori*, aucune incidence sur la responsabilité de l'employeur. Toujours est-il qu'à partir du moment où le médecin du travail constate l'existence d'un risque et en informe l'employeur, ce dernier ne pourra pas prétendre ignorer le danger⁸⁸¹. La charge de la preuve de la faute inexcusable pesant sur le salarié, l'existence d'une proposition antérieure en lien avec la lésion de ce dernier facilitera grandement la preuve. Cette preuve sera d'autant plus plausible que l'employeur est tenu de conserver les traces du dialogue entretenu avec le médecin du travail⁸⁸².

b. Responsabilité pénale

596. Sur la base de l'article L. 121-3 du Code pénal, l'employeur pourrait voir sa responsabilité pénale engagée pour imprudence dans la mesure où la faute caractérisée est celle qui expose autrui à un risque d'une particulière gravité que la personne ne pouvait ignorer. Ici encore, la matérialité de l'infraction ne résulterait pas de la proposition du médecin du travail mais celle-ci faciliterait grandement la preuve de l'imprudence.

⁸⁷⁹ V. par. n°245.

⁸⁸⁰ Cass. soc. 17 février 2010 n° 08-44.298 . Inédit.

⁸⁸¹ M. Roussel, *Les nouveaux visages de la médecine du travail* : RDT avril 2012, p. 202.

⁸⁸² V. par. n°592.

597. La participation tue-t-elle la consultation ? Les conséquences civiles et pénales de l'article L. 4624-3 I du Code du travail n'ont pas toutes été envisagées lors de sa création. Pour certains, elles auront des conséquences sur l'article L. 4624-3 II du Code du travail, qui devrait être appliqué à la marge en ce qu'il relève du libre arbitre de l'employeur⁸⁸³.

B. Conséquences pour le médecin du travail

598. Risques psychosociaux ? La lecture de la loi du 20 juillet 2011 et de ses décrets d'application laisse ouverte une interrogation: *quid* des risques psychosociaux ? La question, qui n'est pas nouvelle, est pourtant au cœur des politiques contemporaines de santé au travail. Cette prise en compte exponentielle de la santé mentale des travailleurs résulte de deux mouvances complémentaires. D'une part, une mouvance structurelle : la tertiarisation de l'économie française⁸⁸⁴ a conduit à une réduction - relative - des risques liés à l'hygiène industrielle mais a eu comme corollaire l'émergence de risques propres aux activités de service, où les risques psychosociaux sont centraux. D'autre part, une mouvance factuelle : l'une des origines de la loi du 20 juillet 2011 est « la survenance d'épisodes dramatiques liés aux conditions de travail »⁸⁸⁵ renvoyant notamment à des séries de suicides chez France Télécom et Pôle Emploi. Pourtant, le sujet n'apparaît que dans l'exposé des motifs de la loi. Aucune trace dans sa chaire... Il s'agit là de la résistance de la vision française et traditionnelle de la médecine du travail, cantonnée à l'activité clinique⁸⁸⁶. Ce constat conduit d'ailleurs certains praticiens à affirmer que la médecine du travail n'est pas la meilleure voie pour lutter contre les risques psychosociaux⁸⁸⁷. Sans doute. Toujours est-il que le nouveau pouvoir de proposition du médecin du travail peut constituer un formidable outil pour renverser cette opinion⁸⁸⁸ et ainsi faire du médecin du travail un acteur central de la lutte contre les risques psychosociaux. La question des risques psychosociaux implique en effet une approche collective et primaire, c'est-à-dire une action en milieu de travail⁸⁸⁹, la

⁸⁸³ M. Roussel, *Les nouveaux visages de la médecine du travail* : RDT avril 2012, p. 202.

⁸⁸⁴ Sur cette question, V. notamment les travaux de A. Schreiber et A. Vicard, *La tertiarisation de l'économie française et le ralentissement de la productivité entre 1978 et 2008*, Document de travail, Direction des études et synthèses économiques, INSEE, 2011.

⁸⁸⁵ V. l'exposé des motifs de la proposition de loi.

⁸⁸⁶ Fantoni-Quinton S., Leclercq G., Verkindt P-Y., Frimat P., *Un avenir pour la santé au travail sans « aptitude périodique » est possible...* : JCP S n°48, 29 nov. 2011.

⁸⁸⁷ P. Davezies, *Défis et responsabilités face à la souffrance au travail, Approche institutionnelle de la prévention des risques psychosociaux au travail* : SSL Supplément n°1536, 30 avril 2012, p. 47.

⁸⁸⁸ V. par. n°583 et s.

⁸⁸⁹ K. Chatzilaou, *Les nouveaux visages de la médecine du travail*, RDT avril 2012, p. 206.

surveillance médicale étant en la matière purement palliative⁸⁹⁰. La récente réforme de la médecine du travail laisse donc apparaître, en filigrane, deux voies d'inégale puissance à partir desquelles le médecin du travail pourrait s'affirmer : la pluridisciplinarité (1) et le pouvoir de proposition (2).

1. La pluridisciplinarité

599. De la médecine à la psychologie. La pluridisciplinarité des services de santé au travail, consacrée à l'article L. 4622-8 du Code du travail, pourrait contribuer à une meilleure identification des éléments susceptibles d'entraîner des risques psychosociaux : le médecin du travail n'étant pas un spécialiste de la santé mentale⁸⁹¹, l'aide de psychiatres et psychologues du travail serait bienvenue⁸⁹².

2. Le pouvoir de proposition

600. Un choix. L'article L. 4624-3 I du Code du travail n'étant pas restreint dans sa matérialité, le médecin du travail a la faculté de proposer une mesure collective en matière d'hygiène industrielle mais aussi et surtout en matière de risques psychosociaux.

La tâche sera difficile car il s'agira avant tout de convaincre les médecins eux-mêmes d'agir sur ce point. Conseillés par leur équipe pluridisciplinaire, ils offriront des positions pertinentes à l'employeur qui sera tenu d'y répondre. À titre illustratif, les propositions pourront porter sur l'environnement de travail, c'est-à-dire le bruit ou encore la mauvaise conception des lieux de travail (notamment des *open space*⁸⁹³). Si le CHSCT constitue la clé de voûte du système de prévention des risques psychosociaux⁸⁹⁴, il pourrait laisser un peu de place au médecin du travail. L'avenir nous dira si les médecins du travail sauront utiliser les armes mises à leur disposition. En tout état de cause, une inaction fautive suite à la prise de connaissance d'un risque pourra renvoyer à la lecture de nos propos en matière de responsabilité pénale pour non assistance à personne en péril⁸⁹⁵.

⁸⁹⁰ Le médecin du travail est ici à l'écoute du salarié lors des visites médicales ou constate l'inaptitude de l'intéressé en raison de troubles psycho-sociaux.

⁸⁹¹ V. en ce sens Stress et risques psychosociaux : concept et prévention, Documents pour le médecin du travail, n°106 2006. p. 169, INRS.

⁸⁹² K. Chatzilaou, *Les nouveaux visages de la médecine du travail*, RDT avril 2012, p. 206.

⁸⁹³ Sur la question, V. C. Andries, *Open space, open stress*, Libération, 11 mars 2008.

⁸⁹⁴ L. Lerouge, *Risques psychosociaux au travail : quel rôle du CHSCT aujourd'hui ?*, SSL Supplément 30 avril 2012, n°1536, p. 49.

⁸⁹⁵ V. par. n°275 et s.

Conclusion

601. Les certitudes. Le pouvoir de proposition conféré au médecin du travail s'avère être une mission cardinale dont les effets peuvent aller au-delà des ambitions du législateur, notamment en matière de lutte contre les risques psycho-sociaux. S'il est mis en œuvre par son détenteur, ce pouvoir lui permettra de s'intégrer au processus décisionnel dans l'entreprise en privilégiant la prévention primaire.

602. Les incertitudes. L'impact du pouvoir de proposition différera certainement en fonction du lieu où il est exercé : les grandes entreprises seront, en principe, plus à même de jouer le jeu du dialogue en ce qu'elles disposent de moyens financiers pour y participer. Certaines d'entre elles insistent d'ailleurs sur la réduction de l'activité clinique du médecin du travail au profit de l'action en milieu de travail. Cette demande est moins prégnante dans les PME/TPE. Enfin, il est permis de s'interroger sur la faculté pour le médecin du travail d'exercer pleinement cette nouvelle mission dans un contexte de pénurie de professionnels conjuguée à une augmentation de leurs prérogatives. La tâche s'annonce colossale.

Section 2 – Les moyens

603. Les moyens du médecin du travail se définissent comme un ensemble d'outils mis à sa disposition afin de réaliser sa mission en milieu de travail. Ces moyens, qui se caractérisent par leur variété, sont obligatoires (Sous-section 1) ou facultatifs (sous-section 2).

Sous-section 1 : Les moyens obligatoires

§1 : L'information

604. Mission ou moyen ? Certains considèrent l'information comme une mission du médecin du travail. Dans la mesure où l'information n'est pas émise mais reçue par ce dernier, elle ne constitue qu'un moyen d'action : elle n'est pas une finalité en soi mais bien un outil parmi d'autres pour mieux protéger la santé des travailleurs.

605. Parent pauvre. L'information est pauvre : il n'existe pas d'obligation générale d'information du médecin du travail comme cela est le cas pour le CHSCT⁸⁹⁶. Certes, le médecin du travail n'est pas un représentant du personnel. Néanmoins, au regard des missions qui lui sont dévolues, des moyens appropriés s'imposent. L'information (obligatoire), moyen d'action premier de tout acteur, se cantonne à des questions certes multiples mais circonscrites et éparpillées. La sphère de l'information étant immense, nous nous focaliserons sur ses éléments majeurs.

606. Informations conglomérées. Afin d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, la partie réglementaire du Code du travail en sa section relative aux « actions sur le milieu de travail » précise que le médecin du travail est informé à deux titres. *Primo*, de la nature et de la composition des produits utilisés ainsi que de leurs modalités d'emploi. L'employeur transmet notamment au médecin du travail les fiches de données de sécurité délivrées par le fournisseur de ces produits⁸⁹⁷. *Secundo*, des résultats de toutes les mesures et analyses réalisées dans les domaines mentionnés à l'article R. 4623-1 du Code du travail⁸⁹⁸.

607. Informations éparpillées. Au-delà de ces deux hypothèses mises en évidence, le Code du travail recense de multiples obligations d'information, disséminées au gré des réformes législatives et réglementaires. Sont notamment visées les expositions anormales à un agent cancérigène⁸⁹⁹ et les mises à jour du plan de prévention lors de travaux effectués par une entreprise extérieure⁹⁰⁰.

§2 : Les documents

608. Feu le plan annuel. Avant la réforme, le médecin du travail devait établir un plan annuel d'activité portant sur les risques de l'établissement, les postes et les conditions

⁸⁹⁶ C. trav., art. L. 4612-8.

⁸⁹⁷ Sur ce point, l'article R. 4411-73 du Code du travail précise que le fournisseur d'une substance ou préparation dangereuse doit fournir au destinataire de celle-ci une fiche de données de sécurité conforme aux exigences prévues par le règlement CE 1907/2006 du règlement du Parlement et du Conseil du 18 décembre 2006 relatif à l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques, ainsi que les restrictions applicables à ces substances (REACH).

⁸⁹⁸ Sur la faculté pour le médecin du travail de réaliser ou faire réaliser des mesures et analyses, v. par. n°623.

⁸⁹⁹ C. trav., art. R. 4412-92.

⁹⁰⁰ C. trav., art. R. 4513-9. al 2.

de travail⁹⁰¹. Désormais, seuls deux documents doivent être établis : le rapport annuel d'activité (I) et la fiche d'entreprise (II).

I. Le rapport annuel d'activité

609. Le rapport annuel d'activité se décompose en deux catégories : le rapport dit classique (A) et le rapport propre à l'entreprise (B).

A. Rapport annuel d'activité classique

1. Contenu

610. Obligation personnelle. Le médecin du travail doit établir un rapport annuel d'activité⁹⁰² dont la forme est prévue par un arrêté en date du 13 décembre 1990⁹⁰³. Le contenu de ce rapport diffère en fonction de la nature du service de santé au travail, même si les grandes lignes, similaires, se focalisent sur la quantité de travail du médecin : nombre de visites médicales réalisées, d'études de poste de travail, de fiches médicales. Dans les services de santé au travail comprenant plusieurs médecins, chaque médecin doit établir son propre rapport, nonobstant le fait qu'un rapport d'ensemble soit réalisé pour le service⁹⁰⁴.

611. Contenu spécifique. Au-delà de ce modèle réglementaire, il existe des situations où des précisions sont obligatoires. Tel est le cas en matière de travail de nuit, pour lequel le médecin du travail doit préciser la manière dont il a été pratiqué dans l'entreprise⁹⁰⁵, ainsi que pour la surveillance médicale des salariés temporaires⁹⁰⁶.

2. Transmission

612. Première transmission. Le destinataire du rapport annuel d'activité dépend de la nature du service de santé au travail. Dans les services interentreprises, le médecin du travail le remet au conseil d'administration ainsi qu'à la commission de contrôle ou au comité

⁹⁰¹ C. trav., art. D. 4624-33. ancien.

⁹⁰² C. trav., art. D. 4624-42.

⁹⁰³ Arr. du 13 décembre 1990, JORF 1^{er} février 1991.

⁹⁰⁴ Circ. Min. n°34 du 20 juin 1969.

⁹⁰⁵ C. trav., art. R. 3122-22.

⁹⁰⁶ C. trav., art. D. 4625-14.

interentreprises⁹⁰⁷. Dans les services autonomes, la remise est effectuée au comité d'entreprise ou le cas échéant au comité d'établissement compétent⁹⁰⁸. En toute hypothèse, la présentation à l'organe compétent doit être réalisée au plus tard à la fin du quatrième mois qui suit l'année pour laquelle le rapport a été établi⁹⁰⁹⁹¹⁰. Dans la mesure où le rapport résume l'ensemble de l'activité du médecin du travail, il importe que ce dernier puisse le présenter en personne à l'organisme de contrôle compétent⁹¹¹.

613. Seconde transmission. L'employeur ou le président du service de santé au travail transmet, dans un délai d'un mois à compter de sa présentation devant l'organe compétent, un exemplaire du rapport annuel d'activité au directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ainsi qu'au médecin inspecteur du travail. Il ne s'agit pas d'une transmission *stricto sensu* : le rapport peut être accompagné d'éventuelles observations formulées par l'organe de surveillance⁹¹².

B. Rapport annuel d'activité propre à l'entreprise

614. 300. Dans les entreprises ou établissements de plus de 300 salariés, le médecin du travail établit un rapport annuel d'activité propre à l'entreprise, transmis exclusivement au comité d'entreprise⁹¹³ et au CHSCT⁹¹⁴. Par extension, ce rapport doit être réalisé pour toute entreprise ou établissement lorsque le comité d'entreprise ou le CHSCT en fait la demande⁹¹⁵.

II. La fiche d'entreprise

615. La réalisation de la fiche d'entreprise suppose d'y intégrer des informations précises (A), pour ensuite être publiée (B).

⁹⁰⁷ C. trav., art. D. 4625-43. 1°.

⁹⁰⁸ C. trav., art. D. 4625-43. 2°.

⁹⁰⁹ C'est-à-dire avant le 1^{er} mai.

⁹¹⁰ C. trav., art. D. 4625-43. al 3.

⁹¹¹ Circ. Min. n°34 du 20 juin 1969.

⁹¹² C. trav., art. D. 4625-44.

⁹¹³ Cette transmission doit s'effectuer dans les conditions prévues à l'article D. 4624-44 du Code du travail, le régime de la « seconde transmission » est donc appliqué.

⁹¹⁴ C. trav., art. D. 4624-45. al 1.

⁹¹⁵ C. trav., art. D. 4624-45. al 2.

A. Contenu

616. Notion d'établissement. Pour chaque entreprise ou établissement dont il a la charge, le médecin du travail établit et met à jour une fiche d'entreprise ou d'établissement⁹¹⁶, peu important l'effectif de l'entreprise⁹¹⁷. Pour les entreprises adhérentes à un service de santé au travail interentreprises, la fiche d'entreprise doit être établie dans l'année suivant l'adhésion de l'entreprise à ce service⁹¹⁸.

617. Thèmes. La fiche d'entreprise consigne notamment les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés⁹¹⁹. C'est pourquoi ce document, loin d'être anodin, permet à l'employeur de mettre en œuvre son obligation d'évaluation des risques professionnels⁹²⁰. La structure de la fiche s'appuie sur trois piliers : des informations d'ordre général (date d'établissement ou de mise à jour, identification de l'entreprise), l'appréciation des risques (facteurs de risques, conditions générales de travail, nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles) et les actions tendant à leur réduction⁹²¹. Si le médecin du travail le juge nécessaire ou si l'employeur ou le CHSCT en fait la demande, les renseignements que comporte la fiche sont présentés séparément pour une ou plusieurs unités de travail de l'entreprise ou de l'établissement⁹²².

B. Publicité

618. Tétrade. La publicité de la fiche d'entreprise s'effectue auprès de trois acteurs, d'une manière différente pour chacun : elle est transmise à l'employeur⁹²³, présentée au CHSCT en même temps que le bilan annuel relatif à la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail⁹²⁴⁹²⁵ et tenue à la disposition de l'inspecteur du travail et du médecin inspecteur du travail⁹²⁶. Elle peut en outre être consultée par les agents des services de prévention des caisses régionales d'assurance maladie et les agents des

⁹¹⁶ C. trav., art. D. 4624-37.

⁹¹⁷ Pour les entreprises de moins de 11 salariés, la fiche d'entreprise est devenue obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2006.

⁹¹⁸ C. trav., art. D. 4624-38.

⁹¹⁹ C. trav., art. D. 4624-37.

⁹²⁰ Circ. DRT n°3 du 7 avril 2005.

⁹²¹ Arr. du 29 mai 1989. JORF du 8 juin 1989 p. 7112.

⁹²² *Ibid.*

⁹²³ C. trav., art. D. 4624-39. al 1.

⁹²⁴ Ce bilan est mentionné à l'article L. 4612-16 1° du Code du travail.

⁹²⁵ C. trav., art. D. 4624-39. al 2.

⁹²⁶ C. trav., art. D. 4624-40. al 1.

organismes professionnels de santé, de sécurité et des conditions de travail mentionnés à l'article L. 4643-1 du Code du travail⁹²⁷.

§3 : La formation continue

619. Obligation déontologique. Tout médecin détient le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances⁹²⁸. Cette obligation s'applique donc aux médecins du travail qui doivent consacrer une partie de leur temps de travail à la mise à jour de leurs connaissances techniques et scientifiques⁹²⁹.

620. Formations informelles. La formation continue se traduit par des séminaires de formation et une documentation spécialisée. Cette première est informelle puisqu'elle repose sur les associations régionales de médecine du travail, plusieurs groupements professionnels de médecins du travail et l'Association pour la formation dans les services médicaux du travail (AFOMETRA). Les services de santé au travail ont aussi accès à de multiples revues spécialisées tels que les cahiers de médecine interprofessionnelle, la revue de médecine du travail⁹³⁰ ou encore les archives des maladies professionnelles et de médecine du travail⁹³¹.

§4 : Le temps de mission

621. De jure. L'employeur, dans les services de santé au travail autonome, ou le président du service de santé interentreprises doit prendre toutes les mesures pour permettre au médecin du travail de consacrer à ses missions en milieu de travail le tiers de son temps de travail. Pour un médecin à temps plein, ce temps comporte au moins cent cinquante demi-journées de travail effectif par année, réparties mensuellement. Pour les médecins à temps partiel, le nombre de demi-journées est calculé proportionnellement au temps de travail.

622. De facto. La pratique démontre que la règle du tiers temps est peu respectée. Ce constat est imputable à deux acteurs. Premièrement, au législateur. Ce dernier tend à accroître les prérogatives du médecin du travail à chaque réforme sans pour autant se

⁹²⁷ C. trav., art. D. 4624-40. al 2.

⁹²⁸ C. trav., art. R. 4127-11. al 1.

⁹²⁹ Circ. Min. n°34 du 20 juin 1969.

⁹³⁰ Revue publiée par le Groupement national des médecins du bâtiment et des travaux publics.

⁹³¹ Ces archives comprennent entre autres les comptes rendus des journées nationales de médecine du travail.

demander si ce dernier dispose du temps nécessaire pour réaliser l'intégralité de ses missions. Plusieurs études ont d'ailleurs démontré une chose affolante : le médecin du travail ne dispose pas du temps nécessaire pour réaliser l'intégralité des visites médicales prévues par la loi. Deuxièmement, au médecin du travail lui-même. Certes, nous venons de voir qu'il court après le temps. Il n'en demeure pas moins que certaines entreprises déplorent le manque d'initiative de certains médecins du travail quant à leur action en milieu de travail. Le lien historique entre médecine du travail et aptitude est robuste⁹³², même –et surtout – dans l'esprit des médecins du travail. Il s'agit là d'une question fondamentale à laquelle il est encore temps de répondre : la formation des rares internes en médecine du travail doit casser les codes de la profession pour que celle-ci ne se résume pas à la réalisation de visites médicales. Encore faut-il que les formateurs aient cette ambition...

Sous-section 2 – Les moyens facultatifs

623. Outre un ensemble de moyens obligatoires, le médecin du travail dispose de plusieurs outils facultatifs, plus ou moins incisifs.

§1 : Mesures et enquêtes

I. Mesures, analyses et prélèvements

624. Pouvoir discrétionnaire. Dans l'exercice de ses missions, le médecin du travail peut réaliser ou faire réaliser des prélèvements et des mesures aux fins d'analyses. Il peut également faire procéder à des analyses ou mesures qu'il estime nécessaires par un organisme habilité. L'ensemble de ces mesures et analyses est réalisé aux frais de l'employeur⁹³³.

625. Désaccord. 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 travail⁹³⁴. Le désaccord peut porter tant sur l'utilité de la prescription réalisée par le médecin du travail que sur le montant de la prestation. Malgré le silence de la loi, la décision de l'inspecteur du

⁹³² Fantoni-Quinton S., Leclercq G., Verkindt P-Y., Frimat P., *Un avenir pour la santé au travail sans « aptitude périodique » est possible...* : JCP S n°48, 29 nov. 2011.

⁹³³ C. trav., art. R. 4624-7.

⁹³⁴ C. trav., art. R. 4624-7.

travail peut faire l'objet d'un recours non contentieux (recours gracieux et recours hiérarchique) ou d'un recours contentieux devant le juge administratif.

II. Recherches, études et enquêtes

626. Le médecin du travail peut participer, 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 missions⁹³⁵.

§2 : Accès aux lieux et documents de travail

627. Documents de travail. 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 communiqués⁹³⁶.

628. Lieux de travail. Le médecin du travail a libre accès aux lieux de travail. Il réalise la visite des entreprises et établissements dont il a la charge soit à son initiative, soit à la demande de l'employeur ou du CHSCT (ou à défaut des délégués du personnel)⁹³⁷. Lors de ces visites, le médecin du travail peut formuler des observations quant à l'hygiène et la sécurité des locaux de travail ou à l'état des outils de production. En pratique, l'intéressé est souvent accompagné, par le responsable de la sécurité, des membres du CHSCT ou encore le responsable de l'établissement.

⁹³⁵ C. trav., art. D. 4624-50.

⁹³⁶ C. trav., art. R. 4624-5.

⁹³⁷ C. trav., art. R. 4624-1.

Conclusion

629. La loi : moyens *versus* temps. Les moyens dont dispose le médecin du travail se caractérisent avant tout par leur variété. Ils s'avèrent néanmoins inapplicables dans leur totalité. Le médecin du travail, au prisme de la règle du tiers temps, doit réaliser des documents obligatoires accaparant une grande partie de son temps de travail. Les miettes de temps restant sont insuffisantes pour élaborer une politique de santé au travail exhaustive et efficace. Des choix sont nécessaires. Avec la mise en place d'équipes pluridisciplinaires, ces choix seront sans doute moins catégoriques.

630. Au-delà de la loi : le dialogue. Un médecin du travail efficace ne peut rester isolé. Au-delà des moyens prévus par la loi, il dispose d'outils relevant du bon sens, parfois bien plus efficaces. Ceux-ci se cristallisent autour d'une même notion : le dialogue. Ce dialogue doit être noué avec de multiples acteurs : salariés, représentants du personnel, caisses de sécurité sociale, inspection du travail ou encore – et surtout – employeur. Question si évidente, qu'elle n'est que peu évoquée, elle constitue une illustration de la frontière entre le droit et la pratique des relations de travail, zone grise où la relation humaine est reine.

CONCLUSION GENERALE

631. La médecine du travail et, *de facto*, le médecin du travail, se trouve à une période charnière de son histoire. Depuis plusieurs années, la discipline mute progressivement afin de s'adapter aux évolutions du travail ainsi qu'à la pénurie de médecins du travail. Ces deux tendances ont conduit le législateur, par le biais de la loi du 20 juillet 2011, à rénover la médecine du travail et plus précisément le statut et les missions de son principal acteur : le médecin du travail. La rénovation a donné naissance à d'indéniables avancées, néanmoins teintées d'amertume.

632. Le progrès. Le fil d'Ariane de la loi du 20 juillet 2011 est le pragmatisme, qui irrigue désormais l'intégralité de la législation relative au médecin du travail. S'agissant de son statut, deux lignes directrices émergent : l'accès à la profession de médecin du travail est fortement élargi, afin de lutter, de manière immédiate, contre la pénurie de professionnels ; le statut protecteur du médecin du travail est consolidé, à l'aune de l'extension de ses missions, de sorte qu'il peut désormais être intégré à la catégorie des salariés protégés⁹³⁸. S'agissant de ses missions, la notion de prévention est consacrée comme pierre angulaire de sa discipline et plus généralement de la santé au travail. Cette prise de conscience se matérialise avant tout par la création d'équipes pluridisciplinaires de santé au travail où des professionnels, au-delà du strict champ médical, apporteront leurs savoir-faire afin d'anticiper tout risque pour la santé des travailleurs. Cette nouveauté va de pair avec la mise en avant de l'action en milieu de travail, dans l'optique d'une réglementation primaire, ayant pour corollaire la réduction de la mission historique du médecin du travail qu'est la surveillance médicale des salariés. Au final, le législateur a su instituer un subtil équilibre entre action individuelle et collective.

633. L'amertume. Le progrès révèle des défaillances substantielles, se cristallisant essentiellement sur le statut du médecin du travail. *Primo*, si l'élargissement de l'accès à la profession de médecin du travail constitue une mesure nécessaire et pragmatique, elle suppose toutefois une réponse de fond au problème de la pénurie de professionnels. Or, aucune trace d'une telle ambition n'est perceptible dans la loi du 20 juillet 2011. Il s'agit là d'une résignation dont les conséquences seront désastreuses : la mort sourit, patiemment, en attendant une nouvelle victime en la personne du médecin du travail. *Secundo*, la

⁹³⁸ Auparavant, le médecin du travail n'était pas considéré, à juste titre, comme un salarié protégé. V. en ce sens H. Rose, Y. Struillou, *Droit du licenciement des salariés protégés*, 4^e édition, p. 49.

consolidation du statut protecteur du médecin du travail passe sous silence la protection accordée à sa nouvelle équipe pluridisciplinaire. À l'aune du lien de subordination juridique, le rapport de force entre pouvoir de direction de l'employeur et protection de la santé des travailleurs penchera en faveur du premier. *Tertio*, l'accroissement des missions du médecin du travail n'a paradoxalement pas pour corollaire la mise en place d'une législation adaptée à l'intéressé en matière de responsabilité civile et pénale. Ce constat n'est pas étonnant puisqu'en matière de santé et de sécurité au travail, le viseur du législateur comme du juge est focalisé sur l'employeur. S'agissant des missions du médecin du travail, les déceptions sont moins prégnantes. Il nous est néanmoins permis de relever que l'accroissement des missions du médecin du travail s'allie difficilement au contexte de pénurie de professionnels, ces derniers ne parvenant même pas à effectuer l'intégralité des visites médicales obligatoires. Les équipes pluridisciplinaires semblent plus que jamais bienvenues. Enfin, la mise en avant de l'action en milieu de travail, qui n'est pas nouvelle, appellera à une certaine vigilance : vigilance à l'égard des médecins du travail, afin qu'ils se saisissent de leurs nouvelles armes ; vigilance à l'égard du législateur, qui, influencé par le patronat, pourrait être tenté de réduire la surveillance médicale à une peau de chagrin⁹³⁹.

634. L'espoir. Pour que le progrès étouffe l'amertume, nous nous permettons de présenter plusieurs propositions. La politique supposant par essence d'établir des priorités, il convient de se focaliser sur les difficultés névralgiques, donc sur le statut du médecin du travail. S'agissant de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, une voie intermédiaire entre statut protecteur et absence totale de protection est envisageable. La loi pourrait ainsi préciser qu'à l'instar de nouveaux acteurs de la santé au travail⁹⁴⁰, les membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail ne peuvent faire l'objet d'une discrimination en raison de l'exercice de leurs missions. En l'absence d'action du législateur, nous proposons aux membres des équipes pluridisciplinaires victimes d'éventuelles pressions patronales d'agir en aval, sur la base de la notion de discrimination par association. Aux termes de cette notion, la prohibition des discriminations s'étend aux individus qui, sans être personnellement concernés, sont liés à des tiers présentant eux-mêmes des caractéristiques interdisant toute

⁹³⁹ En effet, la réduction de la périodicité des visites médicales a des limites. Ces limites ont été rappelées dans nos développements relatifs aux travailleurs saisonniers, aux jeunes mères ou plus généralement à la refonte de la surveillance médicale renforcée (SMR).

⁹⁴⁰ Aux termes de l'article R. 4644-1 alinéa 3 du Code du travail, le salarié désigné pour apporter son aide à l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail ne peut subir de discrimination en raison de ses activités de prévention.

mesure discriminatoire⁹⁴¹. Au cas particulier, une discrimination visant un membre de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail en raison de son action pourrait être caractérisée en raison de son lien professionnel avec le médecin du travail. Si la notion n'est aujourd'hui reconnue que par la jurisprudence européenne⁹⁴², une évolution de la norme prétorienne française, dont les prémices sont perceptibles⁹⁴³, est envisageable. S'agissant de la pénurie de médecins du travail, la tâche s'avère bien plus importante et délicate. L'objectif est de (re)donner le goût de la médecine du travail aux étudiants. Relever ce défi suppose une réforme en profondeur de l'enseignement de la discipline⁹⁴⁴. Nous avons vu que les nouveaux visages de la médecine du travail révèlent qu'il ne s'agit plus d'une matière exclusivement médicale : d'autres compétences sont requises. Selon nous, la situation étant alarmante, seule une refonte radicale est envisageable. Celle-ci se traduirait par une singularisation de l'enseignement de la médecine du travail voire une scission partielle entre la discipline et les Facultés de médecine pour créer des pôles spécifiques d'enseignement⁹⁴⁵, où les cursus seraient plus courts, le mode de recrutement et les enseignements rénovés. Bouger les lignes d'une telle façon s'avèrera difficile voire impossible. Impossible n'est pas français...

⁹⁴¹ M. Le Barbier-Le Bris, *L'actualité de la jurisprudence communautaire et internationale, Protection pour la mère d'un handicapé : la Cour de Justice reconnaît la « discrimination par association »* : Rev. jur. Soc. 2008, 01/10/2008, p. 883 et s.

⁹⁴² CJCE 17 juillet 2008 aff. 303/06, Coleman c/Attridge Law.

⁹⁴³ Cons. Prud'h. Caen 25 novembre 2008, n°06/00120.

⁹⁴⁴ V. Dellacherie C., Frimat P., Leclerc G., *La santé au travail, Visions nouvelles et professions d'avenir, Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions*, avril 2010.

⁹⁴⁵ Sur cette question, il semble utile de s'intéresser au modèle de l'Institut National de Médecine Agricole (INMA) ; v. par. n°113.

BIBLIOGRAPHIE

I. Ouvrages généraux

- BENABENT A., *Droit civil Les obligations*, Montchrestien, 11^e édition, 2007.
- BOULOC B., *Droit pénal général*, Dalloz-Sirey, 22^e édition, 2011.
- FAVENNEC-HERY F., VERKINDT P-Y., *Droit du travail*, LGDJ, 3^e édition, 2011.
- LOKIEC P, *Droit du travail Tome I Relations individuelles de travail*, PUF, 2011.
- LYON-CAEN A. et FABRE A., *Le nouveau Code du travail*, Dalloz, 2008.
- MAZEAUD A., *Droit du travail*, Montchrestien, 7^e édition, 2010.
- PELISSIER J., AUZERO G., DOCKES E., *Droit du travail*, Dalloz-Sirey, 26^e édition, 2011.
- PESKINE E., WOLMARCK C., *Droit du travail*, Hypercours, 6^e édition, 2011.
- RADE C., *Code du travail*, Dalloz, 2011.
- RAY J-E., *Droit du travail, Droit vivant*, Editions Liaisons, 19^e Edition, 2010-2011.
- TEYSSIE B., *Code du travail*, Editions LexisNexis, 2012.
- *Le nouveau Code du travail annoté*, Groupe Revue fiduciaire, 2011.

II. Ouvrages spécialisés

- BABIN M., *Santé et sécurité au travail*, Collection Lamy Axe Droit, 2011.
- BOURGEOT S., BLATMAN M., *L'état de santé du salarié*, Editions Liaisons, 2^e Edition, 2009.
- COEURET A., FORTIS E., *Droit pénal du travail*, Litec, 4^e édition, 2008.
- COTTIN J-B., *Le CHSCT*, Collection Lamy Axe Droit, 2010.
- DESOILLE H., SCHERRER J., TRUHAUT R., *Précis de médecine du travail*, Masson, 3^e Edition, 1980.
- LEURIDAN S., MEREAU M., *2000 ans de médecine du travail*, Les éditions de l'encre vive.
- MEMETEAU G., *Cours de Droit médical*, Les Etudes Hospitalières, 4^e Edition, 2011.
- PELLET R., *Leçons de Droit social*, Dalloz-Sirey, 2004.
- ROSE H., STRUILLOU Y., *Droit du licenciement des salariés protégés*, 4^e édition, 2011.
- THOUVENIN D., *La responsabilité médicale*, Médecine-Sciences Flammarion, 1995.
- VILLEY R., *Histoire du secret médical*, Médecine et Histoire, Editions Seghers, 1986.
- *Guide pratique en Droit du travail*, La documentation française, 11^e édition, 2011.
- *La santé du salarié : actes des journées Michel Despax*, Dalloz, 1999.
- *Le droit du travail en pratique*, Eyrolles, Editions d'Organisation, 23^e édition, 2011.
- *Pratique de la santé sécurité au travail*, Editions Tissot, 2011/2012.

III. Encyclopédies

- RICHEVAUX M., *JurisClasseur Travail Traité, Hygiène et sécurité – Services de santé au travail*, Fasc. 20-30, 2008.
- *Dictionnaire Permanent, Sécurité et conditions de travail*, Editions Législatives, 2012.
- *Dictionnaire Permanent, Social*, Editions Législatives, 2012.
- *Documentation pratique, Série N – Contrat de travail*, Editions Francis Lefebvre, 2012.
- *Documentation pratique, Série P – Hygiène et sécurité*, Editions Francis Lefebvre, 2012.
- *La médecine du travail: service de santé au travail*, Editions Liaisons, 2005.
- *La revue fiduciaire, Feuilles hebdomadaires*, 2011/2012.
- *Lamy Droit de la santé*, Editions Wolters Kluwer France, 2011.
- *Lamy Droit social*, Editions Wolters Kluwer France, 2011.
- *Safework Bookshelf*, International Labour Organization (ILO), 3e Edition, 2000.

IV. Articles

- AMAUGER-LATTES M-C., *Pénurie de médecins du travail et visites médicales obligatoires* : Dr. social 2011.
- BABIN M., *La réforme de la médecine du travail : quels changements pour l'entreprise ?*: JCP S n°39, 27 sept. 2011.
- BABIN M., *Les perspectives de la médecine du travail* : Dr. social, juin 2005.
- BENACH J., *Santé au travail en Espagne : enjeux, initiatives et priorités*, 2004.
- 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.
- CABANES P., *Perspectives* : Dr. social n° 4 avril 1980.
- CARON M., VERKINDT P-Y., *La réforme de la médecine du travail n'est plus (tout à fait) un serpent de mer...* : JCP S n°39, 27 septembre 2011.
- CHATZILAOU K., CONDE M. A., GOMES B., ROUSSEL M., *Les nouveaux visages de la médecine du travail* : RDT avril 2012.
- DAVEZIES P., *Défis et responsabilités face à la souffrance au travail* : SSL supplément n°1536, 30 avril 2012.
- DENIAU M., *Les services de santé au travail enfin réformés* : Les cahiers Lamy du CE, n°108 octobre 2011.
- DOCKES E., *Le stroboscope législatif* : Dr. Social, n°9/10 2005.
- DORE L., *Evolution de la médecine du travail* : Dr. social, nov. 2004.

- DURAND E., *Addictions et santé au travail : quel enjeu pour les services de santé au travail ?*: Santé Publique, 2008/hs vol. 20.
- FANTONI-QUINTON S., LECLERCQ G., VERKINDT P-Y., FRIMAT P., *Un avenir pour la santé au travail sans « aptitude périodique » est possible...* : JCP S n°48, 29 nov. 2011.
- FRIMAT P., GUILLON F., *La médecine du travail est-elle menacée ? Controverse* : RDT, février 2011.
- FROMONT Y., *Le statut des médecins du travail* : Dr. social n°7/8 1987.
- GOSSELIN H., *Aptitude et inaptitude : les pistes d'une réforme* : SSL, 19 mars 2007.
- JACQUES C., *Travail et santé : le point de vue d'un médecin* : Dr. social 2002.
- JAMMEAUD A., *Médecine du travail et responsabilité civile* : Dr. social n°4 avril 1980.
- JAVILLIER J-C., *Le statut des médecins du travail* : Dr. social n°4 avril 1980.
- KAPP T., *La contestation des avis du médecin du travail encadrée* : JCP S, 20 mars 2012.
- KAPP T., *Le mystérieux salarié qui apporte son « aide à l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail »* : Dr. ouvrier, avril 2012, n°765.
- LEROUGE L., *Risques psychosociaux au travail : quel rôle du CHSCT aujourd'hui ?*: SSL Supplément 30 avril 2012.
- LOUBET-DEVEAUX A., Bardot F., *Une nouvelle pratique : la clinique médicale du travail* : Travailler 2003/2 n°10.
- MAGGI-GERMAIN N., *Travail et santé : le point de vue d'une juriste*, Dr. social mai 2002.
- MARICHALAR P., *La médecine du travail sans les médecins. Une action patronale de longue haleine (1971-2010)*: Politix 2010.

- MOREAU M-A., *Pour une politique de santé dans l'entreprise*, Dr. social sept/oct. 2002.
- MOREL F., *Médecine du travail - Une prévention des risques professionnels plus efficace* : SSL 13 février 2012.
- MOUTET-KREBS C., *Lutte contre le harcèlement moral et la violence au travail – Le rôle du médecin du travail* : Dr. ouvrier, janvier 2011.
- NATHON J-F., *L'univers de la santé au travail va changer de visage*, SSL 31 octobre 2011.
- PELISSIER J., *La médecine du travail : œuvre sociale* : Dr. social 1980.
- POCHE P., *L'aptitude avec réserves* : JCP S 17 avril 2012.
- SCHRÖDER M., *La santé et sécurité au travail en Allemagne avant la réforme de la législation européenne : état des lieux et lacunes*, 2004.
- SOULA M-C., *La médecine du travail, acteur de prévention* : Dr. ouvrier, mars 2003.
- TEYSSIE B., *Prolégomènes sur la médecine du travail* : Dr. social 1987.
- 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.
- VERICEL M., *Les décrets du 30 janvier 2012 relatifs aux services de santé au travail* : RDT 2012.
- VERKINDT P-Y., *La responsabilité du médecin du travail*, 2000.
- VERKINDT P-Y., *La santé au travail, quelques repères pour un droit en mouvement* : Dr. ouvrier, mars 2003.

V. Rapports

- DELAUNAY M., LEFRAND G., *Rapport d'information sur la mise en œuvre de la loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail*, Commission des affaires sociales, 7 mars 2012.
- DELLACHERIE C., FRIMAT P., LECLERC G., *La santé au travail, visions nouvelles et professions d'avenir, propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions*, avril 2010.
- FRIMAT P., CONSO F., *Rapport sur le bilan de la réforme de la santé au travail*, 2007.
- *L'organisation de la médecine du travail*, Les documents de travail du Sénat, Série Législation comparée, 1999.
- *La médecine du travail, Conditions d'accès*, Ordre national des médecins, Conseil national de l'ordre, 2006.
- *La réforme de la santé au travail passée au crible de la déontologie médicale*, Ordre national des médecins, Conseil national de l'ordre, 2010.
- *Rapport de la Cour de cassation, 2011.*
- *Rapport fait au nom de la mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante*, n° 2884, 2006.

VI. Ressources électroniques

- ANACT : *<http://www.anact.fr/>*
- CCNE : *<http://www.ccne-ethique.fr/>*
- Collectif SLMT: *<http://www.slmt.fr/SLMT/Accueil.html>*
- INMA : *<http://www.inma.fr/>*
- OIT : *<http://www.ilo.org/global/lang--fr/index.htm>*
- OMS : *<http://www.who.int/fr/>*
- Ordre national des médecins : *<http://www.conseil-national.medecin.fr/>*
- UE : *http://europa.eu/index_fr.htm*

INDEX

Les numéros indiqués renvoient aux pages.

A	F
Accès à la profession	Faute inexcusable .....118, 189
Diplôme 45	Fiche d'entreprise
Interne en médecine du travail..... 49	Contenu 196
Qualification 47	Publicité..... 196
Reconversion 49	Fiche médicale 122
Régularisation 48	Formation continue 197
Accès aux lieux et documents de travail 199	
Affectation 57	H
Changement 66	Handicap .....129, 185
Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail 9	
Aptitude	I
Aptitude avec réserves 143	Inaptitude
Aptitude totale..... 143	Double examen médical 146
Recours 165, 169	Etude du poste 145
Assistant de service de santé au travail 36	Notion de danger immédiat 147
Assistant(e) maternel(lle)..... 141	Obligation de reclassement pour inaptitude non professionnelle..... 152
Associations intermédiaires 137	Obligation de reclassement pour inaptitude professionnelle..... 160
Autorisation de l'inspecteur du travail..... 71	Propositions individuelles..... 149
	Recours .....165, 169
C	Visite de préreprise 148
Caisses d'assurances retraite et de santé au travail..... 9	Incompatibilités professionnelles 51
Charge de travail 58	Indépendance professionnelle 62
Collaborateur médecin 35	Inspecteur du travail .....9, 71, 177
Collège interentreprises de sécurité, de santé et des conditions de travail 183	Institut national de médecine agricole .....46, 203
Comité d'entreprise 10	Institut national de recherche en sécurité..... 9
Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail 10, 182	Interne en médecine du travail.....35, 49
Contrat de travail 41	Intervenant en prévention des risques professionnels. 36
Déontologie médicale 54	
Ecrit..... 53	L
Rémunération 55	Licenciement
Convention collective	Consultation de l'instance de contrôle compétente 71
Service de santé au travail autonome 60	Motif disciplinaire..... 76
Service de santé au travail interentreprises 60	Motif économique..... 77
	Obligation de reclassement..... 77
D	
Démission..... 70	M
Déontologie médicale 54, 88	Médecine du travail
Diplôme.....22, 45, 50, 203	Allemagne..... 22
Certificat d'études spécialisées..... 46	Belgique..... 23
Diplôme d'études spécialisées..... 45	définition 11
Diplôme de l'Institut national de médecine agricole46	droit de l'Union européenne .....20, 186
Dossier médical 119	droit international 19
Contenu 119	Espagne 24
Transmission 121	

Etats-Unis d'Amérique	26
Grande-Bretagne	25
histoire.....	13
Japon.....	27
Russie.....	27
Mesures, analyses, prélèvements	198
Mise à la retraite	80

N

Nomination	55
------------------	----

O

Obligation de sécurité de résultat.....	9, 189
Organisation Internationale du Travail	
Bureau International du Travail	8
recommandation	19
Organisation Mondiale de la Santé.....	19

P

Pénurie.....	12, 46, 105, 171, 201, 202
Période d'essai	70
Personnel infirmier	36
Plan annuel d'activité.....	193
Pluridisciplinarité des services de santé au travail. 17, 34,	
61, 81, 102, 172, 191, 201	
Préconisation	179
Protection sociale	
Assurance chômage.....	60
Régime général	60

R

Rapport annuel d'activité	
Transmission	194
Rapport annuel d'activité.....	194
Contenu	194
Recherches, études, enquêtes	199
Remplacement	67
Responsabilité civile	
Action récursoire	85
Faute.....	84, 85
Lien de causalité	84, 85
Préjudice	84, 85
Soins urgents	87
Vaccinations.....	87
Responsabilité déontologique	88
Notion de faute.....	91
Procédure	88
Responsabilité pénale	
Faux	99

Imprudence	94
Négligence	94
Non assistance à personne en péril.....	95
Secret de fabrication	98
Secret médical	96
Risques psychosociaux.....	190
Rupture conventionnelle	79
Rupture du contrat de travail à durée déterminée	78

S

Salariés compétents en matière de santé et de sécurité	
au travail.....	10
Secret médical	64, 96
Service de santé au travail	
choix du service	32
composition.....	33
création	37
gestion.....	37
missions.....	29
organisation.....	32
renouvellement	37
Service public.....	41
Surveillance médicale renforcée	
Bénéficiaires	127
Périodicité des examens médicaux	133

T

Tiers temps	58, 124, 197
Transfert d'entreprise.....	79
Travailleur saisonnier.....	138
Travailleur temporaire	134
Visite médicale d'embauche.....	135
Visite médicale spécifique	137

U

Union européenne	
charte européenne des droits fondamentaux.....	20
directive.....	21

V

Vaccinations.....	123
Vaccinations facultatives	126
Vaccinations obligatoires.....	126
Visite médicale.....	103
Examen de reprise	114
Examen médical complémentaire	111
Examen médical de préreprise	112
Examen médical d'embauche.....	106
Examen médical périodique	110

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	8
Section 1 - La médecine du travail, au-delà des âges et des frontières	13
Sous-section 1 – Au-delà des âges	13
§1 : Les fondements	13
§2 : Les prémices	14
§3 : L’institutionnalisation	15
I. Histoire de l’institutionnalisation	15
II. Une institutionnalisation historique	16
§4 : La mutation	16
Sous-section 2 : Au-delà des frontières	18
§1 : L’inexistence de la frontière	18
I. Le droit international de la médecine du travail	19
II. Le droit européen de la santé et de la sécurité au travail.....	20
A. La directive fondatrice	21
B. Les directives complémentaires	21
§2 : L’existence de la frontière	22
I. Les droits continentaux	22
A. Allemagne	22
B. Belgique	23
C. Espagne	24
II. Les droits anglo-saxons.....	25
A. Grande-Bretagne	25
B. Etats-Unis d’Amérique.....	26
III. Les droits de l’Est.....	27
A. Japon	27
B. Russie	27
Conclusion	28
Section 2 - Le service de santé au travail, cadre d’action du médecin du travail	29
Sous-section 1 - Missions du service de santé au travail.....	29
§1 : L’action.....	30
§2 : Le conseil.....	31
§3 : La surveillance.....	31

§4 : La traçabilité	31
Sous-section 2 - Organisation du service de santé au travail	32
§1 : Forme du service de santé au travail.....	32
I. Le choix du service	32
A. La mise en avant du choix	32
B. Les effets pervers du choix.....	33
II. La composition du service.....	33
A. Service de santé au travail interentreprises	34
B. Service de santé au travail autonome	36
§2 : Formalités et gestion du service	37
I. Formalités	37
II. Gestion	37
A. Service de santé au travail autonome.....	38
B. Service de santé au travail interentreprises	38
TITRE 1 – LE STATUT DU MEDECIN DU TRAVAIL	41
Chapitre 1 – Le contrat de travail	41
Prolégomènes – La médecine du travail, une institution de l’entreprise	41
Section 1– La formation du contrat de travail.....	44
Sous-section 1 - Conditions d’exercice de la profession.....	44
§1 : L’accès à la profession.....	44
I. La voie diplômante	45
II. Les voies alternatives	46
A. La qualification ordinale	47
1. De l’exercice de la médecine du travail... ..	47
2. ... à l’assistance du médecin du travail.....	47
B. La régularisation.....	48
C. La reconversion	49
D. Les internes en médecine du travail.....	49
§2 : Les incompatibilités.....	51
I. Incompatibilités intra-entreprise	51
II. Incompatibilités extra-entreprise.....	51
A. Limite médicale	52
B. Limite extra-médicale	52
Sous-section 2 - Recrutement	53

§1 : Formalités et contenu du contrat de travail.....	53
I. Contrat écrit	53
II. Contrat déontologique	54
A. Contrôle ordinal	54
1. Contrôle en amont	54
2. Contrôle en aval	54
B. Rémunération	55
§2 : Nomination	55
I. Procédure de nomination	56
II. Procédure d'affectation	57
A. Extension de la procédure de nomination à l'affectation.....	57
B. Suppression de la notion de charge de travail	58
Section 2 – L'exécution du contrat de travail	59
Sous-section 1 – Conditions d'exercice.....	59
§1 : Le médecin du travail, un salarié ordinaire	59
I. Convention collective	59
A. Services de santé au travail autonomes.....	60
B. Services de santé au travail interentreprises.....	60
II. Protection sociale	60
§ 2 : Le médecin du travail, un salarié singulier	61
I. Un médecin salarié...et «gestionnaire »	61
II. L'indépendance professionnelle.....	62
A. Consécration du principe	62
B. Contenu du principe	62
1. Indépendance médicale	62
2. Dépendance administrative	63
III. Le secret médical.....	64
A. Principe	64
B. Limites.....	64
1. Le secret médical face à l'employeur.....	65
2. Le secret médical face à la médecine curative	65
Sous-section 2 – Changement d'affectation et remplacement.....	66
§1 : Le changement d'affectation	66
§2 : Le remplacement	67

I.	Remplacement de droit	67
II.	Remplacement facultatif	68
Section 3 –	La rupture du contrat de travail	69
Sous-section 1 –	Le licenciement	69
Introduction :	champ d’application de la protection	69
§1 :	Procédure de licenciement	71
I.	Consultation de l’instance de contrôle compétente	71
II.	Autorisation de l’inspecteur du travail	71
A.	Demande d’autorisation	72
B.	Contrôle de l’inspecteur du travail	72
C.	Décision de l’inspecteur du travail	73
1.	Forme et contenu	73
2.	Annulation	74
a.	Réintégration	74
b.	Indemnisation	74
III.	Non respect de la procédure	75
§2 :	Motif de licenciement	76
I.	Licenciement pour motif personnel	76
II.	Licenciement pour motif économique	77
Sous-section 2 –	L’extension du statut protecteur	77
§1 :	Rupture du contrat de travail à durée déterminée	78
I.	Procédure de droit commun	78
II.	Procédure dérogatoire	79
§2 :	Rupture conventionnelle	79
§3 :	Transfert partiel	79
§4 :	Mise à la retraite	80
Conclusion		80
Chapitre 2 –	La responsabilité	82
Section 1 –	De la responsabilité civile	83
Sous-section 1 –	Responsabilité de droit commun	83
§1 :	Responsabilité à l’égard de l’employeur	83
I.	Service de santé au travail autonome	83
II.	Service de santé au travail interentreprises	85
§2 :	Responsabilité à l’égard des salariés	85

I.	Conditions	85
II.	Hypothèses	86
A.	Responsabilité et médecine préventive	86
B.	Responsabilité et médecine curative	87
	Sous-section 2 - Responsabilité déontologique	88
§1 :	Procédure	88
I.	Première instance	88
II.	Appel	90
III.	Cassation	91
§2 :	Faute déontologique.....	91
	Section 2 – De la responsabilité pénale.....	93
	Sous-section 1 : Préjudice matériel	94
§1 :	Imprudence et négligence	94
§2 :	Non assistance à personne en péril	95
	Sous-section 2 : Préjudice moral	96
§1 :	Secret professionnel.....	96
I.	Secret médical.....	96
A.	Principe	96
B.	Exceptions	97
II.	Secret de fabrication.....	98
§2 :	Faux	99
	Conclusion.....	101
	TITRE 2 – L’ACTION DU MEDECIN DU TRAVAIL.....	102
	Introduction – Le cadre d’action du médecin du travail	102
	Chapitre 1 – La surveillance médicale des salariés	103
	Section 1 – Les moyens de la surveillance.....	103
	Sous-section 1 – La surveillance médicale de droit commun	103
§1 :	La visite médicale	103
Introduction :	l’encadrement de la visite médicale	103
A.	Le déroulement	104
1.	Temps	104
2.	Lieux.....	104
3.	Conditions matérielles.....	105
B.	La périodicité.....	105

I.	Visite médicale d'embauche	106
A.	Une visite obligatoire	106
1.	<i>Ratione personae</i>	106
2.	<i>Ratione materiae</i>	107
3.	<i>Ratione temporis</i>	108
B.	Un objet renouvelé	108
1.	L'objet initial : l'aptitude du salarié	108
2.	L'objet nouveau : la prévention	109
II.	Visite médicale périodique	110
A.	Périodicité	110
B.	Objet	110
III.	Visite médicale complémentaire	111
A.	Hypothèses	111
B.	Conséquences	111
IV.	Visite de préreprise	112
A.	Conditions	113
1.	<i>Ratione materiae</i>	113
2.	<i>Ratione personae</i>	113
3.	<i>Ratione temporis</i>	113
B.	Contenu	113
V.	Visite de reprise	114
A.	Hypothèses	114
1.	Droit positif	114
2.	Droits envolés	115
B.	Objet	115
C.	Modalités	116
VI.	Non respect des visites médicales	117
A.	Enjeu civil	117
1.	Conséquence directe	117
2.	Conséquences indirectes	117
a.	L'exécution du contrat de travail	117
b.	La rupture du contrat de travail	118
B.	Enjeu pénal	118
§2 :	Les documents médicaux et vaccinations	119

I.	Les documents médicaux	119
A.	Le dossier médical	119
1.	Contenu	119
2.	Transmission	121
a.	Transmission et volonté	121
b.	Transmission et impériosité	121
B.	La fiche médicale d'aptitude	122
1.	La fiche médicale classique	122
2.	La fiche médicale spéciale	122
II.	Les vaccinations	123
A.	L'encadrement des vaccinations	124
1.	Obligations personnelles	124
2.	Obligations impersonnelles	125
a.	Le salarié	125
b.	L'employeur	125
c.	Les professionnels de santé	125
B.	Les types de vaccinations	126
1.	Vaccinations obligatoires	126
2.	Vaccinations facultatives	126
	Sous-section 2 – La surveillance médicale dérogatoire	127
	§1: La surveillance médicale renforcée	127
I.	Salariés bénéficiaires	127
A.	Facteurs endogènes	128
1.	Les travailleurs mineurs	128
2.	Les femmes enceintes	128
3.	Les travailleurs handicapés	129
B.	Facteurs exogènes	129
1.	Facteurs non conditionnés	129
2.	Facteurs conditionnés	130
a.	Le plomb	130
b.	Le bruit	130
c.	Les vibrations	131
d.	Les agents biologiques	131
e.	Les agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction	

II.	Périodicité des examens médicaux.....	133
§2 :	Le suivi médical de catégories spécifiques de salariés	133
I.	La voie règlementaire	134
A.	Travailleur temporaire.....	134
1.	Visite médicale d'embauche	135
a.	Médecin du travail compétent	135
b.	Force obligatoire.....	135
α.	La situation du salarié	135
β.	La situation du médecin du travail	136
c.	Finalité	136
2.	Visites médicales spécifiques.....	137
B.	Salariés d'associations intermédiaires.....	137
1.	Périodicité.....	137
2.	Finalités	138
C.	Travailleurs saisonniers.....	138
1.	Une faible protection.....	138
2.	...améliorée par l'administration ?.....	139
II.	La voie conventionnelle	139
A.	De l'accord collectif de branche étendu.....	140
1.	Conditions	140
2.	Effets	140
B.	...au retour à la voie règlementaire	141
Section 2 –	Les finalités de la surveillance	142
Sous-section 1 :	Le choix	142
§1 :	Le choix de l'aptitude	143
I.	L'aptitude totale.....	143
II.	L'aptitude avec réserve	143
§2 :	Le choix de l'inaptitude	144
I.	Etude du poste du salarié et des conditions de travail dans l'entreprise.....	145
II.	Contrôle médical	146
A.	Principe	146
B.	Exceptions	147
Sous-section 2 :	L'accompagnement du choix	148
§1 :	Les propositions du médecin du travail	148

I.	Nature des propositions	149
II.	Prise en compte des propositions	149
	A. L'employeur et les propositions.....	149
	1. La force obligatoire.....	149
	2. ... et ses conséquences	150
	B. Le salarié et les propositions	151
§2 :	L'obligation de reclassement du salarié inapte.....	152
I.	Obligation de reclassement et inaptitude non professionnelle.....	152
	A. Champ d'application	152
	1. Salariés visés	152
	2. Situations visées	153
	a. Des éléments nécessaires.....	153
	b. ... à l'indifférence des éléments	154
	B. Mise en œuvre	154
	1. Recherche d'un poste de reclassement.....	155
	a. La prise en compte des propositions du médecin du travail	155
	b. Le cadre de la recherche du reclassement	156
	c. Les caractéristiques du poste de reclassement.....	158
	2. Proposition d'un poste de reclassement	159
	a. Nature de la proposition.....	159
	b. Volonté du salarié.....	159
II.	Obligation de reclassement et inaptitude professionnelle	160
	A. La similarité	160
	B. Les spécificités	161
	1. Le rôle des délégués du personnel.....	161
	2. Le rôle du médecin du travail.....	163
Sous-section 3 :	La contestation du choix	163
§1 :	Le recours contre l'avis du médecin du travail.....	165
I.	Champ d'application.....	165
	A. <i>Ratione personae</i>	165
	1. Personnes habilitées à former le recours	165
	2. Personne habilitée à statuer sur le recours	166
	B. <i>Ratione materiae</i>	167
	C. <i>Ratione temporis</i>	167

II.	Action de l'inspecteur du travail	168
A.	En amont	168
B.	En aval.....	169
§2 :	Les recours contre l'avis de l'inspecteur du travail	169
I.	La voie non contentieuse	170
II.	La voie contentieuse.....	170
	Conclusion.....	171
Chapitre 2 –	L'action en milieu de travail	172
	Introduction	172
	Section 1 – Les missions	173
	Sous-section 1 – Le conseil	173
	Introduction – De la surveillance médicale au conseil	173
§1 :	La consultation.....	174
I.	Les consultations classiques	174
A.	Les biens	174
1.	Biens immeubles	174
a.	Conseil de l'employeur.....	174
b.	Conseil de l'inspecteur du travail	175
2.	Biens meubles	175
B.	Les personnes	176
1.	Conseil de l'employeur	176
a.	La formation renforcée à la sécurité	176
b.	Les salariés blessés	176
c.	Le travail de nuit.....	177
2.	Conseil de l'inspection du travail.....	177
a.	Travail précaire et dangereux	178
b.	Utilisation de protecteurs auditifs.....	178
c.	Document d'organisation.....	178
3.	Conseil des « personnes compétentes en matière de santé ».....	179
II.	La consultation nouvelle	179
A.	La saisine par l'employeur.....	180
B.	La réponse du médecin du travail	180
	Conclusion	181
§2 :	La participation.....	181

I.	La participation individuelle	182
II.	La participation collective	182
A.	Organes compétents en matière de santé et de sécurité des travailleurs ...	182
1.	Le CHSCT	182
2.	Le CISSCT	183
B.	Autres organes décisionnels	183
1.	<i>Ratione materiae</i>	183
2.	<i>Ratione personae</i>	184
Sous-section 2 –	La proposition	184
Introduction :	du conseil à la prise de position	184
§1 :	Les propositions en matière de handicap	185
I.	Droit positif	185
II.	Droits éteints ?	185
§2 :	Les propositions à vocation générale	186
I.	Régime juridique	186
A.	La proposition du médecin du travail	186
1.	La notion de risque	186
2.	La notion d’écrit	187
B.	La réponse de l’employeur	187
II.	Conséquences juridiques	188
A.	Conséquences pour l’employeur	188
1.	La conservation du dialogue	188
2.	Les risques du dialogue	188
a.	Responsabilité civile	189
b.	Responsabilité pénale	189
B.	Conséquences pour le médecin du travail	190
1.	La pluridisciplinarité	191
2.	Le pouvoir de proposition	191
Conclusion	.....	192
Section 2 –	Les moyens	192
Sous-section 1 :	Les moyens obligatoires	192
§1 :	L’information	192
§2 :	Les documents	193
I.	Le rapport annuel d’activité	194

A.	Rapport annuel d'activité classique	194
1.	Contenu	194
2.	Transmission	194
B.	Rapport annuel d'activité propre à l'entreprise.....	195
II.	La fiche d'entreprise.....	195
A.	Contenu	196
B.	Publicité.....	196
§3 :	La formation continue.....	197
§4 :	Le temps de mission	197
Sous-section 2 –	Les moyens facultatifs.....	198
§1 :	Mesures et enquêtes	198
I.	Mesures, analyses et prélèvements	198
II.	Recherches, études et enquêtes	199
§2 :	Accès aux lieux et documents de travail.....	199
Conclusion	.....	200
CONCLUSION GENERALE	.....	201
BIBLIOGRAPHIE	.....	204
INDEX	.....	212
TABLE DES MATIERES	.....	214