Thèse délivrée par

L'Université de Lille, Droit et Santé

N° attribué par la bibliothèque

__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

THESE

Pour obtenir le grade de Docteur en Droit :

Présentée et soutenue publiquement par **Alizée PETITMANGIN**

Le **16 Décembre 2021**

LA RENOVATION DES RAPPORTS ENTRE LES ENTREPRISES ET LES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL

JURY :

Directeurs de thèse :

Madame **Sophie FANTONI-QUINTON**, Professeure des Universités, Praticien Hospitalier (PU -PH), Université de Lille ;

Monsieur **Jean-Philippe TRICOIT**, Maître de Conférence et Co-directeur de l'Institut des Sciences du Travail, Université de Lille.

Membres du jury :

Madame **Morane KEIM-BAGOT**, Professeure Agrégée des Facultés de Droit, Université de Strasbourg ; Présidente du jury ;

Monsieur **Bernard BOSSU**, Professeur Agrégé des Facultés de Droit, Université de Lille ;

Rapporteurs :

Monsieur **Franck HEAS,** Professeur des Universités et 1er Vice-Doyen de la Faculté de droit et de sciences politiques de Nantes ;

Monsieur **Yannick PAGNERRE**, Professeur Agrégé des Facultés de Droit, Université d'Evry-Val d'Essonne.

A mon Grand-père, Jean HODY.

"*Cela semble toujours impossible, jusqu'à ce que ce soit fait*."

Nelson MANDELA.

Remerciements

Ce travail de longue haleine n'aurait pas abouti sans le soutien d'un grand nombre de personnes.

Je tiens à remercier avant tout mes directeurs de thèse, Madame le Professeur Sophie FANTONI-QUINTON, pour sa réactivité sans faille, ses conseils avisés et son dynamisme si inspirant et Monsieur Jean-Philippe TRICOIT, pour sa vision si perfectionniste de l'écriture, son implication et sa présence dans les moments les plus angoissants, notamment à l'occasion de la finale régionale du concours *Ma thèse en 180 secondes*.

Je présente mes remerciements sincères et respectueux aux différents membres du jury et rapporteurs.

Je remercie également la Faculté de droit de l'Université de Lille qui a su me faire confiance en me confiant plusieurs vacations et, notamment, Madame le professeur Johanne SAISON qui, en tant que directrice de mon mémoire de Master 2 portant sur la santé en milieu carcéral, m'a lancée sur la voie du doctorat.

J'exprime évidement toute ma gratitude à Monsieur Sylvain RICHET, mon employeur principal, sans qui je n'aurais jamais pu réaliser ce projet doctoral avec autant de libertés. Merci aux cinq SST avec lesquels je travaille. Et, merci aux nombreuses entreprises qui ont répondu à mes questions et sondages et à toutes celles qui me sollicitent professionnellement. Nos échanges quotidiens représentent, pour moi, une source précieuse d'informations.

Je remercie tout particulièrement ma famille, mon père qui a su me transmettre sa vision entrepreneuriale si moderne et ma mère qui m'a fait partager ses compétences pédagogiques et littéraires avec bienveillance. Merci à ma petite sœur Candice qui m'a permis d'être présente aussi souvent que possible au laboratoire de l'Université de Lille. Merci à mon conjoint Morgan, mes amis et l'ensemble de mon entourage pour m'avoir soutenue, de toutes les manières possibles, pendant ces années de recherche. Enfin, merci à mon grand-père qui a pu m'aiguiller jusqu'à l'étape rédactionnelle, j'aurais aimé qu'il puisse en voir l'aboutissement.

Sommaire

REMERCIEMENTS ……....5
SOMMAIRE…….……7
TABLE DES ABREVIATIONS…….……..9
INTRODUCTION…….....….15
I. LES PREMICES DES RAPPORTS ENTRE SANTE ET TRAVAIL……...……..17
II. LA CREATION DE LA MEDECINE DU TRAVAIL……..19
III. DE LA MEDECINE DU TRAVAIL AUX SST……23
IV. LA CONSTRUCTION DU SUJET……...28

PREMIERE PARTIE : UN CADRE JURIDIQUE A L'ORIGINE DE RAPPORTS CONFLICTUELS ENTRE ENTREPTISES ET SST…….……35
CHAPITRE 1 : L'INSATISFACTION RECIPROQUE DES RAPPORTS ACTUELS ENTRE ENTREPRISES ET SST…….…….....37
SECTION 1 : LES DIFFICULTES RESSENTIES PAR LES ENTREPRISES……..……37
SECTION 2 : LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES SST……..……87

CHAPITRE 2 : LES SOURCES JURIDIQUES DES DIFFICULTES RENCONTREES DANS LES RAPPORTS ENTRE ENTREPRISES ET SST……..……....133
SECTION 1 : UNE REPARTITION IMPRECISE DES COMPETENCES ET DES RESPONSABILITES DE CHACUN……...….133
SECTION 2 : LE DECALAGE ENTRE L'EFFECTIVITE DU DROIT ET LA PRATIQUE..……..…180

SECONDE PARTIE : VERS LA CREATION DE NOUVEAUX RAPPORTS ENTRE ENTREPRISES ET SST……225
CHAPITRE 1 : LES VECTEURS D'UNE MEILLEURE COOPERATION ENTRE ENTREPRISES ET SST……..227
SECTION 1 : DE NOUVEAUX RAPPORTS FONDES EXCLUSIVEMENT SUR LA PRENVENTION EN SANTE AU TRAVAIL…….....227
SECTION 2 : LA CLARIFICATION DES MISSIONS DE CHAQUE ACTEUR DE LA SANTE AU TRAVAIL ……..270

CHAPITRE 2 : LES EFFETS POSITIFS D'UNE RECONSTRUCTION SIMPLIFIEE DES RAPPORTS ENTRE ENTREPRISES ET SST……..……..……...…315
SECTION 1 : LA MODERNISATION DE LA SANTE AU TRAVAIL ……315
SECTION 2 : UNE CONCEPTION IDEALE DE LA SANTE AU TRAVAIL……..355
CONCLUSION GENERALE…..……...……399
BIBLIOGRAPHIE ……..……..….401
TABLE DE JURISPRUDENCE…….……...427
INDEX……..441
ANNEXES……..….447
TABLE DES MATIERES……...……..…..473

Table des abréviations

ACA : Affordable Care Act

AISS : Association Internationale de la Sécurité Sociale

AJ : Journal administratif

AJDA : Actualité juridique Droit administratifs

AJFP : Actualité juridique Fonction Publique

AMT : Action en Milieu de Travail

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANI : Accord National Interprofessionnel

ANIMT : Association Nationale des Internes en Médecine du Travail

ANR : Agence Nationale de la Recherche

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'Environnement et du travail

ARACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

Arr. : Arrêté

ARS : Agence Régionale de Santé

art. : Article

AT/MP : Accident du Travail / Maladie Professionnelle

BTP : Bâtiment et Travaux Publics

Bull. civ. : Publié au bulletin civil.

C. civ. : Code civil.

C. santé pub. : Code de santé publique

C. séc. soc. : Code de la sécurité sociale

C. trav. : Code du travail

C3P : Compte Personnel de Prévention de la Pénibilité

CA : Cour d'appel

CAA : Cour administrative d'appel

CARSAT : Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

Cass. civ. : Chambre civile de la Cour de cassation

Cass. soc. : Chambre sociale de la Cour de cassation

Cass. : Cour de cassation

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CE : Conseil d'Etat

CFA : Centre de Formation des Apprentis

CHATEFP : Comité d'Histoire des Administrations chargées du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

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

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIAMT : Centre de Centre Inter-entreprises et Artisanal de Médecine du travail

Circ. : Circulaire

CISME : Centre Interservices Santé et Médecine Travail Entreprise

CMI : Certificat Médical Initial

CMT : Commission Médico-Technique

CNIL : Conseil National de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COCT : Conseil d'Orientation des Conditions de Travail

COVID-19 : Coronavirus 2019

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPH : Conseil de Prud'hommes.

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CROCT : Conseil Régional d'Orientation des Conditions de Travail

CSE : Comité Social et Economique

D. : Dalloz actualité

DADS : Déclaration Annuelle des Données Sociales

DARES : Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques

Décr. : Décret

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGT : Direction Générale du Travail

DIGEST : Outil de Diagnostic en prévention en Santé Travail

DIRECCTE : Direction Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DMP : Dossier Médical Partagé

DMST : Dossier Médical en Santé au Travail

Dr. soc. : Recueil de droit social

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DREETS : Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités

DRH : Direction ou Directeur des Ressources Humaines

DRIEETS : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités

DSN : Déclaration Sociale Nominative

DU : Document Unique

DUE : Déclaration Unique d'Embauche

DUER : Document Unique d'Evaluation des Risques

ECN : Epreuves Classantes Nationales

ECNI : Epreuves Classantes Nationales au concours de l'Internat

EPI : Equipement de Protection Individuel

ETP : Equivalent Temps Plein

ETT : Entreprise de Travail Temporaire

EUROGIP : Groupement d'Intérêt Public pour la santé et la sécurité au travail au plan Européen

FASTT : Fond d'Action Sociale du Travail Temporaire

FIVA : Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante

Gaz. Pal. : Gazette du Palais

HAS : Haute Autorité de Santé

Ibid. : *de ibidem*

Id. : *Idem*

IDEST : Infirmier Diplômé En Santé au Travail

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISO : Organisation Nationale de Normalisation

IST : Infirmier en Santé au Travail

ITI : Indemnité Temporaire d'Inaptitude

JA : Journal administratif

JCP G : Semaine juridique édition générale

JCP S : Semaine juridique édition sociale

JO : Journal officiel

L. : Loi

MSA : Médecine du Travail Agricole

MTEFP : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Fonction Publique

MTEI : Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion

NB. : *Nota Bene*

NOR : système Normalisé de numérotation des textes officiels français

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OIT : Organisation Internationale du Travail

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPCA : Organismes Partiaires Collecteurs Agréés

OPPBTP : Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics

Ord. : Ordonnance

OSHA : Occupational Safety and Health Administration

p. : page

P+B+R+I : P, arrêts publiés au Bulletin des arrêts des chambres civiles ou criminelle, B, arrêts publiés au Bulletin d'information de la Cour de cassation remplacé depuis 2020 par les lettres des chambres, R, arrêts analysés au rapport annuel de la Cour de cassation, I, arrêts diffusés sur le site internet de la Cour de cassation.

PIB : Produit Intérieur Brut

PME : Petites et Moyennes Entreprises

PNUD : Programme des Nations unies pour le développement

Présance : Prévention et Santé au travail

PRST : Plan Régional Santé Travail

PST : Plan Santé Travail

QVT : Qualité de Vie au travail

RAP : Robotique Action Perception

RDC : Revue de droit civil

RDSS : Revue de droit sanitaire et social

Rèp. com. : Répertoire de droit commercial

Rèp. trav. : Répertoire de droit du travail

req. : Requête

Rev. trav. : Revue de droit du travail

RH : Ressources Humaines

RPS : Risques Psychosociaux

RTD civ. : Revue trimestrielle de droit civil

SARL : Société A Responsabilité Limitée

SAS : Société par Action Simplifiée

SIR : Suivi Individuel Renforcé

SIS : Suivi Individuel Simple

SPST : Service de Prévention en Santé au Travail

SST : Service de Santé au Travail

SSTA : Service de Santé au Travail Autonome

SSTI : Service de Santé au Travail Interentreprises

TMS : Troubles Musculosquelettiques

TPE : Toute Petite Entreprise

UE : Union Européenne

UNESCO : Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture

URSS : Union des Républiques Socialistes Soviétiques

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

V. : Voir.

VIP : Visite d'Information et de Prévention

VMA : Visite Médicale d'Aptitude

Introduction

« Vous aboutirez parce que vous n'êtes pas seulement des théoriciens, parce que vous n'envisagez pas seulement les problèmes qui se dressent devant vous sous leur aspect purement théorique, mais parce que vous êtes profondément pénétrés de cette vérité »[1] .

1.- Le parallèle symbolique entre la pratique et la théorie juridique représente l'essence même de ce travail de recherche. Cent vingt ans après l'organisation du Congrès International pour la protection légale des travailleurs, le droit de la santé au travail baigne toujours dans la même problématique : celle de devoir réduire le fossé séparant les normes juridiques de la réalité du terrain. La complexité de ce problème est due au fait que le droit de la santé au travail est un droit particulièrement mouvant. Il dépend non seulement des avancées médicales mais également du développement et du contexte économique des entreprises. Certains auteurs ont pu constater différentes influences : « *Le droit de la santé au travail a évolué d'un droit technique de l'organisation de l'hygiène et de la sécurité au travail vers un droit de la protection de la santé de la personne en entreprise : le développement et la diversité des enjeux (santé mentale, vieillissement, pénibilité, qualité de vie), la connexion des risques professionnels, environnementaux, de santé publique et technologiques ou encore la multiplication des dispositifs en attestent* »[2]. Cette multi-dépendance a nettement pu être mise en évidence au travers du contexte récent des évènements en lien avec la propagation du Coronavirus[3]. La crise sanitaire a réaffirmé la place prépondérante qu'occupe la santé au travail

---

[1] Intervention du Ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et des Télégraphes, MILLERAND, A., au Congrès International pour la protection légale de travailleurs, Séance d'ouverture, 25 juill. 1900, Extraits des cahiers du CHATEFP n° 7, mars 2007.

[2] FANTONI-QUINTON S., HEAS F., « Pour une reconfiguration des principes en santé au travail », *Dr. soc.* 2016, p. 531.

[3] Selon les informations de santé publique France : « Il s'agit d'un nouveau coronavirus identifié en Chine en janvier 2020, nommé SARS-CoV-2, dont la maladie qui le caractérise s'appelle la COVID-19. Il appartient à une importante famille de virus infectant principalement les animaux qui provoque des infections chez l'Homme, le plus souvent associées à des rhumes et des syndromes grippaux bénins. Toutefois, deux coronavirus ont entrainé des épidémies graves chez l'Homme : le SRAS-CoV (Syndrome Respiratoire Aigu Sévère-Coronavirus) en 2002-2003 et le MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome-Coronavirus) depuis 2012. Comme le SRAS-CoV et le MERS-CoV, le COVID-19 a une origine animale. La COVID-19 est très contagieuse et peut se transmettre de personne à personne, sans ressentir les symptômes la maladie. Au 10/08/2020 on comptait 19 845 788 cas confirmés dans le monde depuis le 31/12/19 dont 1 820 986 en Europe, 731 263 décès depuis le 31/12/19 ont été comptabilisés dont 183 848 en Europe, En France : 202 775 cas confirmés au 10/08/2020 dont 30 340 décès. » Source URL < www.santépubliquefrance.fr >.

dans la gestion économique des entreprises et la protection des salariés. Les décisions récentes prises en la matière ont su montrer que la santé au travail pouvait être un réel facteur de continuité économique de l'entreprise. Des décisions jurisprudentielles très médiatiques en lien avec la propagation de la COVID-19 ont quant à elles permis de souligner l'orientation des juges actuels. La jurisprudence récente se tourne vers une valorisation de la prévention en santé au travail. Cette consécration de la prévention a su retentir rapidement dans les décisions des Tribunaux Judiciaires en période d'état d'urgence sanitaire. Pour en illustrer le propos, le tribunal judiciaire du Havre[4] a suspendu la reprise d'activité de l'usine Renault Sandouville estimant que l'organisation des conditions de travail ne permettait pas d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs face au risque lié à la COVID-19. Il était principalement reproché à l'entreprise de ne pas avoir suffisamment associé le comité social économique (CSE)[5] à la démarche d'évaluation et de prévention des risques professionnels. De la même manière, après la décision du tribunal judiciaire de Nanterre[6], Amazon France avait fermé temporairement ses entrepôts avant de conclure un accord d'entreprise permettant une réouverture. Malgré le caractère exceptionnel et urgent de la situation sanitaire, aucune négligence en matière de prévention de la santé au travail n'a été tolérée.

2.- La santé au travail a évolué d'un objectif unique de protection du travailleur vers une véritable mission globale de prévention inhérente aux différents acteurs de la santé au travail que sont principalement l'entreprise et les services de santé au travail (SST). L'histoire de la santé au travail est imprégnée de nombreux questionnements et réflexions autour des rapports particuliers qu'elle implique entre ses acteurs. « *La question du rapport entre santé et travail plonge ses racines dans la plus haute antiquité, un papyrus de 2 500 ans avant Jésus-Christ contient la description dans l'ancienne Égypte du lumbago aigu survenu accidentellement chez un ouvrier ayant participé à la construction d'une pyramide. C'est au cours de la révolution industrielle du XIXe siècle que cette question fut posée de façon la plus aiguë, conséquence du libéralisme effréné qui sévit à cette époque, l'assemblée constituante ayant proclamé après la révolution de 1789 la liberté du travail, liberté sans limite. Les rapports au travail reposent*

---

[4] T. jud. Le Havre, ord., réf., 7 mai 2020, RG n° 20/00143, inédit ; V., ABATE Cl., « RPS, qualité de vie au travail et COVID-19 », *JCP S* 2020, act. 545 ; BOULANGER M.-L. MARRE J.-O., « COVID-19 : l'obligation de sécurité de l'employeur à l'épreuve des tribunaux », *JSL* n° 501, 8 juill. 2020, pp. 4.

[5] Le CSE doit inviter le médecin du travail pour avis à toutes les réunions concernant la santé, sécurité au travail. *C. trav.*, art. L. 2314-3.

[6] T. jud Nanterre, ord., réf., 14 avr. 2020, Amazon France Logistique SAS, RG n° 20/00503 ; *V.* CHAMPEAUX Fr., « Les juges des référés dans la tourmente du COVID-19 », *SSL* n° 1906, 4 mai 2020, pp. 11-12.

alors sur une base exclusivement contractuelle, l'État étant tenu de ne pas intervenir. Le contrat de travail fait naître à la charge de l'ouvrier une obligation d'exécuter le travail qui lui est confié, et à la charge de l'employeur, une obligation de payer le prix convenu. Il n'y a, ni dans le Code civil, ni dans les textes de la première moitié du XIXe siècle, d'obligation patronale d'assurer à l'ouvrier l'exécution de son travail dans certaines conditions légales de durée, d'hygiène, de moralité, ou d'indemniser l'ouvrier du préjudice résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle »[7]. Devant l'ampleur des axes gravitant autour de la santé au travail, nos propos introductifs se sont organisés autour des prémices des rapports entre santé et travail (I.), pour ensuite s'intéresser aux origines de la création de la médecine du travail (II.) Puis, nous avons observé la transition de la médecine du travail vers le statut de SST (III.). Cette approche historique nous a permis de mettre en exergue les éléments clés de notre de travail de thèse. Il nous a alors paru nécessaire de devoir expliciter notre façon de construire notre sujet de thèse.

I. Les prémices des rapports entre santé et travail

3.- Le domaine de la santé au travail s'est construit en même temps que l'émergence du droit social, du droit du travail et des découvertes médicales. C'est le contexte de la révolution industrielle du XIXe siècle qui a conduit les études médicales à observer précisément les conséquences de l'activité professionnelle sur la santé des ouvriers. Les rapports entre santé et travail se fondent alors sur le cadre du contrat de travail dans lequel seules les parties à ce contrat peuvent intervenir. La jurisprudence a d'abord peiné à trouver une argumentation juridique pouvant justifier la reconnaissance d'une certaine responsabilité de l'employeur. Selon certains historiens, « *la jurisprudence va évoluer dans des sens contradictoires au cours du XIXe siècle. Entre 1836 et 1839 des cours d'appel refusent la réparation lors d'accidents du travail au motif que le contrat de louage de services se résume dans le seul échange d'un salaire contre un service. Il n'y a pas d'autre obligation juridique entre patron et salarié et l'existence du contrat suspend l'applicabilité des règles de la responsabilité civile de droit commun dans leurs rapports* »[8]. A cette époque, les obligations de l'employeur en matière de santé au travail, d'hygiène ou de sécurité des conditions de travail sont moindres. Le facteur de développement

[7] HUEZ D., *Les origines, les acteurs, les indicateurs*, Actualité et dossier en santé publique, Dossier : « Santé et travail », n° 9, déc. 1994, p. IV.
[8] EWVALD F., *Formation de la notion d'accident du travail,* Sociologie du travail, 1981, p. 13.

économique est prioritaire. Cependant, la publication de plusieurs avancées médicales démontre progressivement l'existence d'une corrélation entre l'état physique et moral des ouvriers et les conditions de travail offertes par l'entreprise. Le docteur Louis René Villermé établit notamment en 1840 un *« tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie* »[9]. Il écrit : « *l'Académie des sciences morales et politiques de l'institut nous a chargé de faire dans les départements de la France des recherches d'économie, politique et de statistique, dont le but est de constater aussi exactement qu'il est possible, l'état physique et moral des classes ouvrières* »[10]. La publication de cette étude médicale innovante en santé au travail permet d'enclencher un nouveau courant juridique. La même année, la Cour de cassation opère un revirement de jurisprudence[11] en acceptant de reconnaître l'existence d'un premier rapport entre santé et travail. La Haute Cour décide alors de se fonder sur la théorie de la responsabilité civile de l'article 1382 du Code civil pour pouvoir retenir la responsabilité personnelle de l'employeur en cas d'accident. La théorie de la responsabilité du fait personnel est ainsi traduite en droit du travail. L'employeur est déclaré responsable des ouvriers de son entreprise qu'il a sous sa « garde ». Mais ce fondement présente certaines limites reconnues par la doctrine : « *la théorie de la faute de l'article 1382 laisse sans réparation tout ce qui est le fait du hasard : la force majeure, le cas fortuit, la cause inconnue* »[12]. Toutefois, la création en 1892 de l'inspection du travail[13] par le législateur engendre d'autres préoccupations. Les inspecteurs du travail sont désormais chargés d'une mission principale : celle de protéger une partie des salariés et notamment les enfants et les femmes dans les établissements industriels. Quelques années plus tard, la loi du 9 avril 1898[14] intervient enfin pour fonder le socle de la responsabilité en matière d'accident du travail. Cette loi ouvre alors le chemin d'une nouvelle théorie juridique sur laquelle les juges peuvent valablement se fonder. Elle inverse la charge de la preuve en cas d'accidents survenus par le fait du travail, ou à l'occasion du travail pour ouvrir droit à une indemnisation prise en charge par l'entreprise. Cette loi donne « *droit, au profit de la victime ou de ses représentants, à une*

---

[9] VILLERME L.-R., Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie, Tome 1, Bibliothèque nationale de France, 1840, 459 p., Source URL < gallica.bnf.fr >.
[10] *Ibid.*, p. 1.
[11] Cass., 21 juin 1841, *S.*, 1861, p. 477.
[12] HESSE P.-J., « Les accidents du travail et l'idée de responsabilité civile au XIXe siècle », Histoire des accidents du travail. *CRHES*, n° 6, 1979
[13] L. 2 novembre 1892 sur le travail des enfants, des filles et de femmes dans les établissements industriels, JO 25 juill. 1891.
[14] L. du 9 avril 1898 sur les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, Bulletin de l'Inspection du travail, n° 2, 1898.

indemnité à la charge du chef d'entreprise, à la condition que l'interruption de travail ait duré plus de quatre jours »[15]. Tout accident survenu du fait ou à l'occasion du travail est présumé relever de la responsabilité de l'entreprise. Par la suite, ce même fondement juridique sera étendu aux maladies professionnelles[16]. Pour autant, si les employeurs sont désormais responsables de la santé et sécurité de leurs ouvriers, aucune institution n'existe encore pour les conseiller dans cette démarche de protection. En effet, la médecine du travail ne sera créée que bien plus tard.

II. La création de la médecine du travail

4.- Marquée par le contexte de l'après-guerre, la tendance normative est de vouloir faire évoluer les droits humanitaires. La création d'un nouveau dispositif permettant d'agir en faveur de la santé au travail est réfléchie. Lorsque la naissance de la médecine du travail a lieu, elle repose sur une construction organisationnelle inédite et surprenante, surtout pour l'époque : celle de confier aux employeurs le choix de l'organisation d'une association médicale. Certains auteurs ont tenté d'expliquer ce choix audacieux : « *dans le contexte politique de cette époque, le traité d'alliance et d'assistance mutuelle avec l'Union des républiques socialistes soviétiques (URSS) du décembre 1944*[17]*, avec Maurice Thorez, secrétaire générale du parti communiste, ministre d'état et Ambroise Croisat, ministre communiste du travail de 1945 à 1947 avec les nationalisations, l'entreprise privée vit au milieu de turbulences très tempétueuses. Seules des raisons essentielles ont donc pu déterminer ce choix du législateur de confier la gestion du nouveau dispositif aux chefs d'entreprises. Ce sont des raisons d'ordre pratique qui seules ont pu faire consensus entre des idéologies si contrastées que libérales, démocrates chrétiennes et communistes. On peut les ramener à ceci : si l'on veut agir sur le travail, si l'on veut être proche de lui et des salariés, il faut placer le dispositif au plus près, et il faut que les entreprises apportent leur concours. Une idée forte qui a valeur de principe. Le dogme socialiste a été sacrifié sur l'autel du sens de l'Etat et de l'intérêt général »*[18]. La médecine du travail n'apparait

[15] Extraits de L. du 9 avril 1898 sur les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, Bulletin de l'Inspection du travail, n° 2, 1898.
[16] L. du 25 octobre 1919 *étendant aux maladies d'origines professionnel la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, JO*, 27 oct. 1919 : création du Tableau n° 1 de maladie professionnelle (affections dues au plomb et à ses composés).
[17] Décr. n° 45-334 du 3 mars 1945 relatif à la promulgation du Traité d'Alliance et d'Assistance Mutuelle du 10 décembre 1944 entre la France et l'Union Soviétique, JO, 7 mars 1945.
[18] SEILLAN H., *Droit des Services de Santé au Travail*, Editions DOCIS, 2017, p. 42.

donc qu'en 1946[19]. Dès lors, une nouvelle obligation est imposée aux entreprises du secteur privé : celle de devoir organiser un service médical de travail. D'après les archives nationales, la loi ne compte que deux pages de rédaction. L'article 1er détaille son champ d'application. Il dispose que : « *les établissements énumérés à l'article 65 du livre II du Code du travail ainsi que les offices publiques et ministérielles, les établissements relevant des professions libérales, les sociétés civiles, les syndicats professionnels et les associations de quelques natures que ce soit, occupant des salariés devront organiser des services médicaux de travail. Ces services seront assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de « médecins du travail » et dont le rôle exclusivement préventif consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion, et l'Etat de santé des travailleurs »*[20]. Cette loi de 1946 fixe ainsi les prémices de la médecine du travail. Rapidement, certains textes spécifiques interviennent pour adapter la réglementation à différents domaines d'activité professionnelle. La doctrine a su observer que « *sous l'empire de la loi de 1946, des textes spécifiques étaient intervenus pour adapter la réglementation relative aux services de santé au travail aux salariés relevant de certaines professions présentant des caractéristiques particulières : travailleurs temporaires – salariés des associations intermédiaires et d'entreprises extérieures – salariés des entreprises foraines – de l'agriculture – des entreprises de transport – des mines et carrières et marins de la marine marchande* »[21]. Le statut particulier des travailleurs temporaires a d'ailleurs fait l'objet d'une attention particulière dans nos développements[22]. Par soucis d'uniformité, d'autres spécificités n'ont pas été traitées dans nos recherches. Parmi ces spécificités se trouve la médecine du travail agricole (MSA). Nous avons choisi de la présenter en aparté dans nos propos introductifs puisque cette médecine du travail spécifique est qualifiée par certains rapports récents[23] d'exemple à suivre en matière de santé au travail. Pourtant, son organisation n'est pas si différente du régime général.

---

[19] L. n° 46-2195 du 11 octobre 1946, relative à l'organisation des services médicaux du travail, JO n° 239, 12 oct. 1946.

[20] L. n° 46-2195 du 11 octobre 1946, *relative à l'organisation des services médicaux du travail, JO* n° 239, 12 oct. 1946, art. 1er .

[21] VERICEL M., « Services de santé au travail – Statut des personnels des services de santé au travail », *Rép. trav.*, janv. 2018, pp. 231-244.

[22] *V.* Première partie : section 1, I. A et Section 2, I. A., (1).

[23] Le rapport LECOCQ s'est notamment inspiré du système de guichet unique du régime de la MSA. *« La Mutualité Sociale Agricole (MSA) incarne une conception globale de la protection de chaque adhérent que traduit sa gestion en « guichet unique » avec une organisation décentralisée permettant un service de proximité ».* LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée,* Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, p. 124.

La MSA

5.- Le système de santé au travail de la mutualité sociale agricole (MSA) est propre à son secteur d'activité, pourtant de nombreuses similitudes existent avec les SST du droit privé. Par exemple, tout employeur agricole a pour obligation d'adhérer à un service de santé au travail[24]. Les missions de ces services de santé au travail agricoles sont également similaires. Le Code rural et de la pêche maritime se réfère au Code du travail pour les définir. Il énonce en ce sens que « *dans les services de santé au travail mentionnés aux 1° et 2° de l'article D. 717-1, les missions définies à l'article L. 4622-2 du Code du travail sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels, des infirmiers et des assistants des services de santé au travail. En application de l'article L. 4622-8 du même Code, l'équipe pluridisciplinaire peut être complétée de professionnels recrutés après avis du médecin du travail, chef de service, dont les collaborateurs médecins, et à titre temporaire, par des internes de la spécialité en application des dispositions des articles R. 717-52-4 et R. 717-52-7 du présent Code. Le médecin du travail conduit des actions en milieu de travail avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire et procède à des examens médicaux. Un médecin du travail, chef de service, anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail ou le service de santé et de sécurité au travail en agriculture dans les conditions fixées à l'article D. 717-43* ».

6.- Les services de santé de la MSA se distinguent des SST du droit privé en ce qu'ils s'organisent autour de la caisse de mutualité sociale agricole. Cette caisse de mutualité finance et administre le fonctionnement des services. La MSA suit la même logique globale que les SST en matière de suivi de santé. La principale différence réside dans le mode d'organisation du service puisque selon le Code rural et de la pêche maritime « *la caisse centrale de la mutualité sociale agricole assure, par son échelon national de santé et de sécurité au travail, la coordination des services de santé et de sécurité au travail mentionnés à l'article D. 717-34 du Code rural et de la pêche maritime ainsi que celle des services de santé au travail mentionnés à l'article D. 717-35 du même Code. L'échelon national, dont les principes d'organisation sont fixés par arrêté du ministre chargé de l'agriculture, est placé sous la responsabilité d'un médecin du travail, chef de l'échelon national de santé et de sécurité au travail* »[25]. L'organisation de la MSA n'étant pas si différente du droit commun, nous avons

[24] *C. rural et de la pêche maritime*, art. D. 717-1.
[25] C. rural et de la pêche maritime, art. D. 717-33.

pensé que nos travaux de recherches pourraient facilement s'adapter à ce domaine professionnel.

7.- D'autres régimes spécifiques en santé au travail ont également été évincés de nos développements. Il s'agit notamment de la Fonction publique.

La Fonction publique

8.- Concernant la Fonction publique, la complexité des régimes de santé au travail existants a conduit notre étude à exclure l'ensemble de ces spécifiés au profit d'une seule et même organisation en santé au travail qui se calquerait sur le droit privé. Cette volonté d'uniformisation se retrouve chaque année dans les écrits du législateur contemporain. Dernièrement le décret n° 2020-647 du 27 mai 2020 relatif aux services de médecine de prévention dans la Fonction publique d'Etat en application de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la Fonction publique a initié un commencement d'uniformisation des régimes entre les agents de la Fonction publique d'Etat, et les salariés du secteur du privé. La Fonction publique territoriale[26] se fonde quant à elle sur une loi de 1984 pour organiser le suivi de santé de ses agents[27]. La Fonction publique hospitalière dispose d'un régime spécifique actualisé en 2015[28] également dans un esprit partiel d'uniformisation par rapport au droit commun. Le législateur tend au fil des années de répondre à un besoin d'harmonisation. Récemment, deux arrêtés ont été pris en matière de santé au travail au sein du ministère de la Défense afin de contribuer au rapprochement des dispositions de la santé et la sécurité au travail entre le secteur public et le secteur privé[29]. Aussi, une ordonnance datant du 25 novembre

[26] La Fonction publique territoriale regroupe les personnels des collectivités territoriales (communes, départements, régions), des structures intercommunales (communautés d'agglomérations, communautés de communes…) des établissements publics et des offices publics d'HLM.
[27] L. n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, JO 27 janv. 1984.
[28] Décr. n° 2015-1588 du 4 décembre 2015 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article 2 de L. n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, JO n° 283, 6 déc. 2015, texte n° 9.
[29] Arr. du 4 décembre 2020 fixant les modalités de nomination des médecins de prévention ainsi que l'organisation et les conditions de fonctionnement du service de médecine de prévention organisé au profit du personnel civil du ministère de la défense, JO n° 298, 10 déc. 2020, texte n° 20 ; Arr. du 4 décembre 2020 fixant au ministère de la défense l'organisation et les conditions de fonctionnement de l'exercice de la médecine de prévention au profit du personnel militaire, JO n° 298, 10 déc. 2020, texte n° 21.

2020[30] est venue modifier la dénomination du « *médecin de prévention* » propre à la Fonction publique pour y substituer le terme de droit commun « *médecin du travail* » dans le statut de la Fonction publique d'État.

9.- Même si elle reste discrète, l'uniformisation est donc en marche. Notre travail de recherche a, dès lors, consisté à ne développer qu'un seul système destiné à s'adapter à l'ensemble des travailleurs qu'il s'agisse de fonctionnaires ou de salariés du secteur privé. Toutefois, il convient de souligner qu'une particularité inhérente à la Fonction publique devra perdurer. En effet, le médecin de prévention ne dispose pas du même pouvoir contraignant envers l'Etat que celui dont il dispose envers les employeurs de droit privé. Il semble alors difficile de soumettre l'Administration aux préconisations du médecin du travail, alors qu'elle représente une autorité décisionnelle ultime. Notre travail de thèse aborde le sujet du renforcement des préconisations du médecin du travail et de leur force contraignante[31]. Néanmoins, il est vrai que cet outil pourrait présenter certaines limites juridiques en matière de droit public, notamment au moment de reconnaître la responsabilité de l'employeur.

La médecine du travail est issue d'un contexte particulier qui a ensuite donné lieu progressivement à la création des SST.

III. De la médecine du travail aux SST

10.- Le XIXe siècle a représenté le berceau de la création de la médecine du travail. Cependant, cinquante ans après sa création, une première réforme a lieu en 2002[32] sous l'impulsion de la directive cadre européenne 89/391/CEE du 12 juin 1989 *sur l'amélioration de la santé des travailleurs sur les lieux de travail*. Cette directive marque un tournant décisif pour le droit de la santé au travail. Elle impose des garanties minimales applicables à travers l'Europe particulièrement modernes et innovantes. La directive opte pour une approche globale de la santé au travail en évoquant la notion d'environnement de travail intégrant aussi bien la prévention des risques que la sécurité des conditions de travail. La norme européenne a pour

[30] Ord. n° 2020-1447 du 25 novembre 2020 *portant diverses mesures en matière de santé et de famille dans la fonction publique, JO* n° 286, 26 nov. 2020, texte n° 47.
[31] *V.* Partie 1, Chapitre 1, II, B, 1, b) le renforcement des préconisations du médecin du travail.
[32] L. n° 2002-73 du 17 janvier 2002 *de modernisation sociale, JO* 18 janvier 2002, texte n° 1.

ambition d'offrir à l'ensemble des travailleurs les mêmes garanties de sécurité et les mêmes conditions de travail. Elle va même plus loin en imposant la mise en place de mesures de prévention devant présenter des critères de cohérence avec l'évaluation des risques établie. La prévention et ses principes deviennent, dès lors, le facteur clé inhérent à la santé au travail. Selon le rapport au Président de la République publié le 24 février 2001, ce modernisme était nécessaire au système français : « *à la différence d'une majorité d'Etats membres où la transposition de la directive-cadre a donné lieu à la création ou à la refondation législative des principes généraux en la matière, la transposition française s'est située dans une logique d'ajustement du droit existant. La directive a été transposée, dans le domaine législatif, par une mesure unique, la loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 relative à la prévention des risques professionnels et à la transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail, complétée par plusieurs décrets d'application. Alors que de nombreux contentieux communautaires ont été engagés à l'encontre d'autres pays sur cette directive, la France fait l'objet d'un précontentieux. Le 4 mars 1997, la Commission a adressé à la France une mise en demeure, demandant une transposition complémentaire sur un certain nombre de points, essentiellement liés à l'organisation de la prévention en entreprise et à l'implication des travailleurs* »[33]. L'influence du droit communautaire a fait largement évoluer les législations nationales. Notre travail de recherche a d'ailleurs tenté d'intégrer au maximum cette culture de la prévention initialement insufflée par l'Union Européenne (UE) et les évolutions qu'elle propose encore actuellement. Un déploiement à l'échelle communautariste a, été envisagé dans nos propos.

11.- La transposition de la directive européenne de 1989 en droit français a donné lieu à une réforme de modernisation sociale[34]. Cette réforme fait apparaitre pour la première fois le terme de « *service de santé au travail (SST)* » au détriment de la « *médecine du travail* ». Cette nouvelle appellation rend compte de la création de la pluridisciplinarité en santé travail. Les SST se voient attribuer une nouvelle mission, la « *mise en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à*

[33] Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2001-175 du 22 février 2001 relative à la transposition de la directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 *concernant la mise en œuvre des mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, JO* n° 47, 24 févr. 2001, texte n° 11.
[34] L. n° 2002-73 du 17 janvier 2002 *de modernisation sociale, JO* 18 janv.2002, texte n° 1.

l'amélioration des conditions de travail »[35]. Le déploiement et la diversité de l'offre de service favorise le recrutement d'ingénieurs, de techniciens et autres professionnels en prévention des risques. Le médecin du travail assure principalement les missions de prévention de la santé au travail et l'équipe pluridisciplinaire intervient en complément technique. Le chemin de la diversification est alors tracé. Les missions des services s'orientent désormais vers une prise en compte globale de la santé au travail intégrant l'environnement et les enjeux individuels et collectifs. Pour autant, cette réforme n'a pas toujours été comprise. Les équipes pluridisciplinaires ont parfois fait connaître leurs ambitions d'indépendance et les médecins du travail ne se sont pas toujours autorisés à déléguer leurs missions et à travailler en équipe.

12.- Moins de dix ans après cette première réforme, le législateur reprécise en 2011[36] les missions des SST en réaffirmant la logique de pluridisciplinarité. Le médecin du travail anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire mais les missions des SST sont désormais réparties entre l'ensemble des membres de l'équipe. La création des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)[37] impose une approche collective et territoriale de la santé au travail. Les CPOM permettent ainsi de recadrer les objectifs des services et de leurs équipes. Cette loi a permis d'actionner un second levier de déploiement de la pluridisciplinarité. Malgré tout, le suivi de santé des salariés reste largement critiqué notamment en raison du phénomène croissant de pénurie de médecins du travail. L'organisation des visites médicales est inadaptée. Les entreprises se voient alors condamnées pour défaut de visite qu'elles n'arrivent pas à obtenir de la part des SST. Les SST, quant à eux, ne parviennent pas à répondre aux délais irréalistes imposés par la loi. Les conflits intervenant dans les rapports entre SST et entreprises se multiplient et semblent demeurer sans issues. En moins de vingt ans, depuis la naissance de la médecine du travail une troisième réforme voit le jour[38]. Elle vient ici proposer une solution permettant de libérer l'organisation des visites en s'appuyant sur les professionnels de santé de

---

[35] *Ibid.* art. 193.

[36] L. n° 2011-867 du 20 juillet 2011 *relative à l'organisation de la médecine du travail*, *JO* n° 170, 24 juill. 2011, texte n° 1.

[37] Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) sont signés, d'une part, entre chaque agence régionale de santé et le ministère des affaires sociales et de la santé en tant que ministère de tutelle ; et, d'autre part, entre l'ARS et les établissements de santé. Depuis 2012, chaque Service de Santé au Travail doit engager avec l'Etat et la CARSAT une démarche partenariale concrétisée par la signature d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens. Les Services de Santé au Travail Interentreprises (SSTI) sont désormais dans l'obligation de signer un contrat tripartite afin de pouvoir exercer leurs missions.

[38] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO n° 184, 9 août 2016, texte n° 3, Decr. n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 *relatif à la modernisation de la médecine du travail*, JO n° 302, 29 déc. 2016, texte n° 65.

l'équipe pluridisciplinaire. Cette loi « Travail » adopte une dualité dans le suivi de santé au travail des salariés. D'un côté, les suivis renforcés pour lesquels les médecins du travail continuent de délivrer des avis d'aptitude et de l'autre, les suivis individuels simples pouvant être effectués par le médecin du travail ou bien par l'infirmier en santé travail, un collaborateur médecin ou un interne en médecine du travail. Cette possible délégation a d'abord été mal reçue par la plupart des médecins du travail puis finalement, s'est révélée judicieuse au fil des mois suivant son application[39].

13.- Toutefois, cette volonté législative de modernisation a manqué d'audace dans ses autres propositions. Tout d'abord, elle a donné lieu à une année entière de flottement entre la date de publication de la loi et celle des arrêtés[40] permettant son applicabilité. Pendant cette année, l'absence de publication des arrêtés a laissé place à une incompréhension totale de la part des entreprises adhérentes qui exigeaient d'obtenir des documents juridiques valables que les SST n'étaient juridiquement pas en mesure de fournir. L'insatisfaction et l'incompréhension des entreprises adhérentes s'est fait plus largement ressentir encore. Les effets de la réforme n'ont donc pu vraisemblablement se constater que durant l'année 2020.

14.- Pour autant, en 2018, un nouveau rapport[41] est publié et préconise déjà une nouvelle refonte globale surnommée le « big-bang » de la santé au travail devant voir le jour fin 2020. Durant presque deux ans, pas moins de sept rapports se sont succédés détaillant différentes propositions d'améliorations ou de simplifications autour de la santé au travail. La proposition de loi pour renforcer la prévention en santé travail[42] en date du 23 décembre 2020 (rédigée à l'issue de l'accord national interprofessionnel du 10 décembre 2020 sur la santé au travail) retrace les différentes publications : *« en août 2018, Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis et Henri Forest remettaient au Premier Ministre un rapport intitulé santé au travail : vers un système simplifié*

---

[39] Les arrêtés permettant l'applicabilité de la réforme n'étant intervenus qu'en octobre 2017, les SST ont commencé réellement à mettre en place la réforme et les délégations de visite que début 2018. Le temps de la mise en place et le temps de recruter des infirmiers en santé travail, en 2020 les rapports annuels des médecins commencent seulement à révéler l'efficacité de cette réforme.

[40] Arr. du 16 octobre 2017 fixant le modèle d'avis d'aptitude, d'avis d'inaptitude, d'attestation de suivi individuel de l'état de santé et de proposition de mesures d'aménagement de poste, JO n° 247, 21 oct. 2017, texte n° 28.

[41] LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, 2018, 174 p.

[42] PARMENTIER-LECOCQ C., GRANDJEAN C., CASTANER C., KHATTABI F., CLOAREC-LE NABOUR C., *Proposition de loi n° 3718 , pour renforcer la prévention en santé au travail, déposée* le mercredi 23 décembre 2020.

pour une prévention renforcée. Le même mois, Paul Frimat remettait à Muriel Pénicaud, Ministre du travail et de l'emploi, son rapport de mission relative à la prévention et à la prise en compte de l'exposition des travailleurs aux agents chimiques dangereux. En janvier 2019, Jean-Luc Bérard, Stéphane Oustric et Stéphane Seiller remettaient au Premier Ministre un nouveau rapport intitulé « plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail ». En septembre 2019, Charlotte Lecocq, Pascale Coton et Jean-François Verdier livraient les conclusions d'un rapport sur la « santé, sécurité, qualité de vie au travail dans la Fonction publique : un devoir, une urgence, une chance ». Enfin, l'inspection générale des affaires sociales faisait paraître en février 2020 un nouveau rapport, rédigé par Delphine Chaumel, Benjamin Maurice et Jean-Philippe Vinquant portant sur « l'évaluation des services de santé au travail interentreprises ». Des initiatives d'origine parlementaire attestent également de cette volonté : le rapport d'enquête sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie de MM. Julien Borowczyk et Pierre Dharréville publié le 19 juillet 2018 comme le rapport d'information sur la santé au travail des sénateurs M. Stéphane Artano et Mme Pascale Gruny du 2 octobre 2019 ».

15.- Malgré le contexte de l'état d'urgence sanitaire déclaré depuis le 17 octobre 2020[43], la loi du 2 août 2021[44] pour renforcer la prévention en santé au travail voit le jour. Le projet de réforme de la santé au travail avait fait l'objet le 2 février 2021 d'une procédure accélérée donnant lieu le 23 juillet dernier au votre définitif de l'Assemblée Nationale faisant suite à son adoption par le Sénat le 20 juillet. La loi pour renforcer la prévention en santé au travail a donc été promulguée le 2 août 2021 avant d'être publiée au JORF le 3 août 2021. La présente loi comporte 5 titres et 40 articles dont la plupart entreront en vigueur au plus tard le 31 mars 2022**.**

16.- Toutefois, le « big-bang » annoncé[45] de la santé au travail n'aura pas lieu. Cette réforme propose des innovations essentiellement structurelles impactant le fonctionnement et l'organisation des services de santé au travail rebaptisés en « services de prévention et de santé au travail (SPST) ». Un devoir de transparence est désormais imposé aux SPST devant présenter

---

[43] Décr. n° 2020-1257 du 14 octobre 2020 *déclarant l'état d'urgence sanitaire, JO* n° 251, 15 oct. 2020, texte n° 30.

[44] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2.

[45] Termes utilisés dans le rapport LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, p. 3.

une offre socle harmonisée au niveau national. L'objectif est de proposer aux entreprises adhérentes plus de visibilité dans l'organisation de l'association qu'elles administrent. Cependant, aucune disposition permettant de libérer du temps médical n'est retenue. Au contraire, trois nouveaux types de visites sont créés tels que la « *visite médicale de mi carrière* », la « *visite médicale précédant le départ à la retraite* » ou encore le *« rendez-vous de liaison* ». La création d'obligations administratives supplémentaires telles que le « passeport prévention » ou encore « le programme annuel de prévention » laissent les services de santé au travail et les entreprises assez perplexes quant aux retombées de cette réforme.

17.- L'accumulation de réformes successives de la santé au travail ne laisse pas le temps aux acteurs de la santé au travail d'appréhender les dernières dispositions adoptées. Le sentiment d'insatisfaction perdure ainsi sans qu'aucune solution efficace ne soit véritablement posée. Cette volonté si récurrente du législateur d'intervenir dans le domaine de la santé au travail témoigne aussi du fait que les enjeux en la matière sont envisagés aujourd'hui comme un facteur de développement économique incontournable. Les évènements en lien avec l'état d'urgence sanitaire n'ont fait que mettre en valeur le constat suivant : les normes juridiques propres au droit du travail ne suffisent plus. Un véritable droit spécialisé en santé travail est né et il a suscité notre attention.

IV. La construction du sujet

18.- Le sujet de ce travail de recherche s'est construit après avoir étudié l'histoire et la théorie juridique afférentes à l'organisation des SST, mais aussi, après avoir observé sur le terrain les rapports existants avec les entreprises adhérentes. Le sujet cible uniquement le système français de santé au travail même si, en perspective, quelques modèles européens ont été analysés. Le cadre géographique s'est donc limité au droit applicable en France métropolitaine. Les territoires d'Outre-Mer, bénéficiant parfois d'un régime juridique quelque peu différent, n'ont pas été étudiés[46]. La partie 4 du Code du travail comprend en son livre VIII des dispositions spécifiques à l'Outre-Mer. Par exemple, à Saint-Pierre-et-Miquelon, l'autorité administrative peut autoriser un médecin à y exercer l'activité de médecin du travail sans être titulaire du

[46] Le Livre VIII intitulé « *dispositions relatives à l'Outre-Mer* » comprend les articles L. 4811-1 à L. 4831-1 encadrant spécifiquement le droit en santé travail applicable spécifiquement à l'Outre-Mer.

diplôme correspond à la spécialité de médecine du travail en l'absence de médecin du travail[47]. Hormis quelques différences, nos propositions ont vocation à s'appliquer à l'ensemble des travailleurs français et idéalement à s'étendre à l'ensemble des travailleurs européens.

19.- A cet égard, l'intitulé du sujet s'est imposé naturellement. Il ne s'agissait pas de vouloir proposer une nouvelle refonte totale de la santé au travail comme cela a pu être et est encore proposé aujourd'hui. L'idée d'une reconstruction et d'une véritable simplification du droit existant nous a paru plus plausible. L'observation des réformes ayant eu lieu en santé au travail nous a permis d'identifier leurs aspects positifs et négatifs notamment dans leur applicabilité pratique. Notre expérience professionnelle et l'instauration d'un « *carnet de bord* »[48] nous a permis de nous rendre compte de l'application des réformes et de recenser les différentes remarques des acteurs du terrain de manière quotidienne. Une première conclusion s'est vite dessinée. Le fossé entre la théorie juridique, le droit positif et la pratique est significatif. De plus, la pratique révèle quotidiennement l'inadaptation du cadre juridique en santé au travail à certaines situations de terrain, inadaptation qui est à l'origine même des turbulences dans les rapports entre SST et entreprises.

20.- L'envie de rebâtir ces rapports sur la base de nouvelles normes juridiques propres au droit de la santé au travail permettant d'allier à la fois la théorie et la mise en pratique a donc été le socle fondateur de ce sujet de thèse. Le terme « *rénovation* » est ainsi apparu. Ce terme se dissocie de la notion de refonte puisqu'il sous-entend au sens propre de conserver ce que l'on pourrait appeler la « *structure* ». Les différentes interventions du législateur ont d'abord permis de construire certains aspects positifs non négligeables inhérents à la santé au travail. Ensuite, les systèmes juridiques déjà adoptés n'ont pas à être entièrement reconstruits selon nous. En revanche, l'idée de simplification est primordiale. Une analyse particulière nous a semblé opportune concernant le socle commun des références juridiques en matière de santé au travail. L'observation de cette « *structure* » que représente la partie 4 du Code du travail a représenté notre premier outil de travail.

---

[47] *C. trav*., art. L. 4822-1.
[48] Annexe 1 : extraits du carnet de bord.

21.- Nos développements insistent sur la volonté de pouvoir s'appuyer sur des « *fondations* » solides et stables propres au droit de la santé au travail. Le titre du sujet devait donc refléter ce champ lexical et insuffler notre exigence de modernité. Le terme de « *rénovation* » a donc été adopté. Le dictionnaire Larousse propose plusieurs définitions de cette notion. L'une d'entre elles nous a particulièrement séduits. Elle évoque une « *transformation aboutissant à un meilleur état : la rénovation d'une doctrine* »[49]. Cette idée de transformation, dans un objectif d'amélioration, correspondait à ce que nous souhaitions réaliser dans ce travail de recherche. Il a donc ensuite fallu cibler les axes à rénover. L'analyse juridique des rapports entre entreprises et SST nous a tenu particulièrement à cœur aux vues du contexte professionnel dans lequel nous évoluons. De plus, l'une de mes missions professionnelles est celle de devoir développer la communication des SST envers les entreprises de manière à en améliorer les rapports. L'exercice de cette mission représente une source précieuse d'informations. En choisissant ce titre, un objectif s'est immédiatement dressé : celui de pouvoir réussir à lister un ensemble de principes rénovateurs et synthétiques pouvant répondre aux attentes du sujet. Cette liste de principes réunit l'idée théoricienne de rénovation des fondations du droit de la santé au travail et la problématique pratique d'accessibilité du droit aux acteurs de la santé au travail. Une sous-partie y est donc entièrement consacrée.

22.- Ce travail de thèse cherche à rénover des « *rapports* » d'un point de vue juridique. Ce terme de « *rapport* » englobe le sens premier du sujet de recherche à savoir, les rapports juridiques notamment issus du droit du travail mais également leurs impacts sur les rapports humains et relationnels. Au sens juridique, les rapports s'appuient sur le contrat d'adhésion signé entre une entreprise adhérente et un SST. Ce contrat d'adhésion a été le premier objet scientifique d'observation et d'analyse par le droit des contrats. Quant aux rapports humains ils concernent aussi bien les rapports sociaux, professionnels, individuels et collectifs qui coexistent entre les parties au contrat d'adhésion. Si le titre de ce travail de recherche ne cite nommément que les rapports entre entreprises et SST, le sujet nous a conduits à observer les interférences entre tous les acteurs gravitant autour de la santé au travail. Les relations avec le salarié, le médecin traitant ou encore certaines institutions comme l'organisme de sécurité sociale par exemple nous ont aidés à mieux comprendre les obligations de chacun en fonction de leurs missions respectives. Un premier sujet d'étude scientifique s'est d'abord ouvert du côté « *entreprises* ». La première

[49] Dictionnaire LAROUSSE, 2017, p. 960.

question a été de vérifier si l'insatisfaction des entreprises pouvait être mesurée et affirmée. Les premières limites de notre travail se sont rapidement fait observer. En effet, le peu d'études scientifiques sur la thématique ne permet pas à l'échelle nationale de mesurer précisément cette insatisfaction. Nos constatations ont donc été dressées grâce aux moyens que nous avions en notre possession. Un sondage sur le terrain a permis de recueillir l'avis d'une centaine d'entreprises concernant l'image qu'elles pouvaient avoir de la santé au travail[50]. De plus, les différentes formations et conférences juridiques animées au cours de ces dernières années nous ont permis de recenser directement les réactions des différents interlocuteurs.[51]

23.- Juridiquement le terme « *entreprise* » ne fait pas l'objet d'une définition unique. Dans le rapport Lecocq[52], le terme « *entreprise* » est utilisé pour regrouper les employeurs et les salariés. Ce regroupement nous semble approprié lorsqu'il s'agit d'aborder les questions de santé au travail. Selon le Dictionnaire juridique « *le vocable "entreprise" désigne à la fois une organisation, et un contrat. Dans le premier cas, il s'agit d'une structure publique ou privée sous laquelle s'exerce une activité économique en utilisant un personnel, des locaux et des équipements appropriés. Cette dénomination n'est pas attachée à l'importance de la structure économique concernée puisque les activités artisanales se réalisent aussi dans le cadre d'une entreprise. Dans le second cas, il s'agit du nom d'un contrat dit contrat d'entreprise dénommé par le Code civil "louage d'ouvrage ou d'industrie"* »[53].

24.- La première partie de cette définition semble correspondre au cadre de notre sujet puisqu'elle représente la majorité des entreprises adhérentes à un service de santé au travail interentreprises. Il pourra ainsi s'agir d'artisans, de commerçants, d'agences intérimaires ou encore de particuliers employeurs. Selon le droit communautaire, la notion d'entreprise est « *une entité unitaire, de jure ou de facto, dotée d'une direction autonome, qui exerce une activité de caractère économique dans un but lucratif, à titre onéreux et de manière*

---

[50] *V.* Annexe 3 sondage réalisé le 26 janv. 2017.
[51] Quelques-unes de ces réactions ont été retranscrites en Annexe 2.
[52] LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée, Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, p. 2 : « La terminologie : "entreprise" utilisée dans l'ensemble du rapport fait référence tant aux employeurs qu'aux salariés qui la composent ».
[53] BRAUDO S., *V° Entreprise*, *Dictionnaire de droit privé*, Disponible à l'URL suivante : <https://www.dictionnaire-juridique.com/index.php>.

durable »[54] . Pour d'autres sources, plus accessibles, il s'agit d'une « *notion mouvante dont la nature varie en fonction de la branche du droit dans laquelle elle est considérée. Ainsi, au regard du droit commercial, l'entreprise peut se définir comme une unité économique reposant sur une organisation préétablie et fonctionnant autour de moyens de production ou de distribution. Mais l'entreprise peut être définie autrement par le droit du travail, au regard duquel elle est considérée comme un ensemble de personnes rémunérées exerçant une activité en commun tout en étant sous l'autorité d'un même employeur. Pour avoir une existence légale, une entreprise doit adopter une des formes prévues par la loi (entreprise individuelle, EURL, etc.). Une entreprise n'adopte pas nécessairement la forme d'une société, ces deux notions étant distinctes* »[55].

25.- Face à ces diverses définitions, nous avons décidé que le champ d'application de nos développements se cantonnerait au cadre d'application de la partie 4 du Code du travail [56] à savoir « *les employeurs de droit privé, les établissements publics à caractère industriel et commercial ; les établissements publics administratifs lorsqu'ils emploient du personnel dans les conditions du droit privé ; et les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction publique hospitalière* ». Toutes les entreprises sont évoquées dans notre travail de recherche. Néanmoins, nous avons choisi d'orienter principalement nos débats vers une facilitation des démarches juridiques des TPE/PME en matière de santé travail. Une large partie évoquera les rapports particuliers que les SSTI[57] entretiennent envers ces petites et moyennes entreprises, lesquelles ne disposant pas, pour la plupart, de services juridiques ou de ressources humaines.

26.- Le terme « *SST* » est quant à lui définit par le Code du travail [58] comme pouvant revêtir une forme de dualité organisationnelle. Le service de santé au travail est organisé soit sous la forme d'un service autonome faisant partie intégrale de l'entreprise qui partage le même et

---

[54] CJCE, 12 juill. 1984, Hydrotherm c/ Compact, aff. 170/83, Rec. p. 2999, et les conclusions de l'avocat général G. TESAURO dans CJCE, 19 janv. 1994, SAT Fluggesellschaft, aff. C-364/92 , Rec. I. 43.
[55] ROIG E., *V° Entreprise* ? *définition juridique,* dir., source URL < http://droit-finances.com >.
[56] *C. trav*., art. L. 4111-1.
[57] Un Service de Santé au Travail Interentreprises (ou SSTI) est une association d'employeurs qui mutualise des moyens pour préserver la santé des salariés, dans le cadre de la réglementation en vigueur. Régie par la loi de 1901, il s'agit d'une association à but non lucratif. *V. supra*, pour une définition.
[58] *C. trav*., art. D. 4622-1.

unique employeur, soit d'un service de santé au travail interentreprises caractérisé sous la forme d'une association à but non lucratif indépendante et administré par les entreprises adhérentes représentées. Un service de santé au travail de groupe, d'entreprise ou d'établissement peut être organisé lorsque l'effectif de salariés suivis atteint ou dépasse 500 salariés. Dans ce cas, la décision de créer un service de santé autonome ou bien d'adhérer à un service interentreprises appartient à l'employeur. Ainsi nos développements utilisent le terme SST pour englober les deux formes de services qui peuvent exister, à savoir le service de santé au travail autonome (SSTA) et le service de santé au travail interentreprises (SSTI). Cependant, il est vrai que les situations propres aux services interentreprises seront majoritairement traitées dans nos développements. Dans les deux cas de figure, il revient à l'entreprise ou à l'ensemble des entreprises adhérentes de gérer et d'organiser l'administration du SST. Qu'il s'agisse d'un SSTA ou d'un SSTI, la gestion de la santé au travail des salariés dépend pleinement des rapports avec l'entreprise. Le droit de la santé au travail baigne au sein de cette particularité propre à sa gestion organisationnelle. Dès lors, la complexité actuelle du droit applicable en la matière a parfois tendance à ternir ces relations. Plusieurs questionnements se sont posés.

27.- Au regard de ces constations, la problématique suivante s'est dessinée :

Comment le droit de la santé au travail peut-il permettre d'améliorer les rapports entre entreprises et SST ?

28.- L'objectif visé par la réflexion suscitée n'est pas de proposer une version différente de réécriture de la partie 4 du Code du travail mais plutôt de soumettre plusieurs idées novatrices permettant de mieux organiser les principes fondateurs et ainsi faciliter l'accès du droit de la santé au travail à ses acteurs non juristes. Ce travail tente de trouver comment la théorie juridique peut réussir à s'appliquer efficacement en pratique. En ce sens, l'ensemble des connaissances professionnelles, scientifiques, juridiques, universitaires et jurisprudentielles nous ont guidés vers la création de nouveaux principes directeurs de la santé au travail.

29.- Notre propos s'organise de la même façon que se sont déroulées nos recherches. Tout d'abord, l'observation des rapports entre entreprises et SST nous a permis de constater que l'ensemble des acteurs de la santé au travail évoluaient dans un contexte plutôt conflictuel. Il a donc fallu étudier les causes de cette insatisfaction bilatérale. Plusieurs failles juridiques ont pu être recensées et analysées comme étant très à l'origine de tensions et de mécontentements.

Différentes conclusions ont pu être tirées de ces observations pratiques (première partie). Nos travaux se sont ensuite tournés vers la théorisation de ces constats. Plusieurs propositions d'amélioration du droit ont été formulées sous forme de nouveaux principes permettant de régir les rapports entre entreprises et SST. Ces propositions juridiques recentrent les missions de chaque acteur de la santé au travail autour de la prévention. Nous avons choisi de rédiger une liste résumant et simplifiant la lecture de l'ensemble des idées avancées. Pour clore notre analyse, plusieurs hypothèses ont été envisagées afin de tenter d'évaluer les effets positifs de cette conception rénovée de la santé au travail (seconde partie).

PREMIERE PARTIE : UN CADRE JURIDIQUE A L'ORIGINE DE RAPPORTS CONFLICTUELS ENTRE ENTREPRISES ET SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL

30.- La rénovation des rapports entre entreprises et SST a nécessité avant toute chose une observation attentive du contexte actuel. L'expérience du terrain permet de constater l'existence d'un contexte conflictuel. Ce climat conflictuel a également été observé par le rapport Lecocq qui énonce que « *lorsque l'on évoque la question de notre système de santé au travail avec les acteurs « de terrain », la réaction ne se fait pas attendre : « il y a tant à faire ! », « cela ne fonctionne pas », « on paye une fortune pour une visite de quelques minutes, quel sens cela a ? ». Que l'on se positionne du point de vue de l'employeur ou du salarié, les insatisfactions se font immédiatement ressentir. Du côté des services de santé au travail eux-mêmes, la situation n'est guère satisfaisante et est inégale : « on ne peut pas véritablement prendre le temps de remplir toutes nos missions », « on ne peut pas voir toutes les entreprises dont on a en charge le suivi », « le temps pour aller sur le terrain en entreprise est insuffisant »*[59]. *« La médecine du travail* »[60] souffre en apparence d'une perception plutôt négative de la part des entreprises. Le respect l'obligation de sécurité[61] impose aux entreprises une multitude de démarches administratives et procédurales dont celle d'adhérer à un service de la santé au travail, ce qui représente parfois une première source de conflit. La complexité de la gestion du suivi de santé des salariés créé de telles réticences qu'il arrive que certaines entreprises décident délibérément de ne pas y adhérer. De leur côté, les SST manquent cruellement de temps médical et n'arrivent pas à répondre aux demandes des entreprises qui, du fait de leurs obligations légales, ne sont pas toujours coopératives. Il convient alors de tenter de délimiter les difficultés à l'origine de cette insatisfaction globale constatée (Chapitre 1) avant de pouvoir démontrer l'existence de certaines failles juridiques identifiées comme pouvant être à l'origine de ces rapports conflictuels (Chapitre 2).

---

[59] Ces constations sont tirées du rapport LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée,* Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, p. 2 : « *La terminologie : « entreprise » utilisée dans l'ensemble du rapport fait référence tant aux employeurs qu'aux salariés qui la composent.* » Pour pouvoir établir ce rapport deux réunions rassemblant chacune une quarantaine d'acteurs de terrain ont permis de recenser certaines remarques.

[60] Terme couramment employé dans la pratique mais pourtant inadapté. Depuis la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 *de modernisation sociale,* (*JO* 18 janv. 2002, texte n° 1), la réforme de la pluridisciplinarité a conduit à instaurer la création des Services de Santé au Travail. *V.* explications dans l'introduction.

[61] C. trav., art. L. 4121-1, « l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs ». L'adhésion à un SST fait partie de cette obligation. C. trav., art., D. 4622-14, « Les entreprises et établissements qui ne relèvent pas d'un service autonome de santé au travail doivent adhérer à un service de santé au travail interentreprises ».

Chapitre 1 : L'insatisfaction réciproque des rapports entre Entreprises et Services de Santé au Travail

31.- L'insatisfaction observée a nécessité une analyse bilatérale des difficultés évoquées de la part des deux principaux protagonistes de la santé au travail. Le premier paragraphe a l'ambition de retranscrire le point de vue des employeurs (Section 1). Beaucoup de confusions ont été constatées notamment concernant la notion de la prévention et sa définition. Un sentiment d'isolement face à l'ampleur des impératifs juridiques est largement évoqué. Le second paragraphe retrace les difficultés rencontrées par les SST (Section 2). Les difficultés de communication avec leurs adhérents reviennent fréquemment. Nous verrons que l'ensemble de ces constations rend compte d'un climat d'insatisfaction générale. Pour autant, entreprises comme SST tentent de concourir à un objectif commun : la prévention et la préservation de la santé des salariés.

Section 1 : Les difficultés ressenties par les entreprises

32.- Ce travail de recherche a débuté par l'observation pratique des relations entre entreprises et SST. Le manque de données statistiques sur le sujet nous a conduit à recenser différentes constations directement sur le terrain. Il a fallu, dans premier temps, rassembler des aveux, témoignages, confidences, sondages recueillis du côté des employeurs[62]. Certains propos ont parfois été exprimés au cours d'entretiens entre employeurs et médecins du travail[63]. Des échanges téléphoniques avec les agents de planning des SST, notamment à l'occasion des prises de rendez-vous, ont également contribué à faire proliférer nos recueils d'informations. Par la suite en 2018, le rapport Lecocq a proposé de retranscrire les avis des différents acteurs au cours de différentes réunions[64]. Ce rapport partage alors le même constat : *« notre système de santé*

[62] Exemples des questions posées oralement aux entreprises et résultats des sondages en annexe 2 et 3.
[63] Dans le respect du secret professionnel, l'anonymat a été respecté. Certains propos seront retranscrits directement au sein des développements.
[64] « Nous avons souhaité, pour lancer nos travaux, prendre le pouls des salariés, des entreprises, en particuliers les TPE et PME, des travailleurs indépendants, des médecins, directeurs, infirmiers(es) en santé au travail, des consultants, des conseillers en prévention, etc., à travers deux réunions rassemblant chacune une quarantaine d'acteurs de terrain ». Extrait issu des propos introductifs du rapport LECOCQ p.29 cité ci-après.

au travail suscite avant tout une incompréhension des acteurs de terrain »[65]. Aux premiers abords, une vision assez négative de la santé au travail ressort. Les entreprises présentent ainsi de réelles difficultés à cerner la notion même de prévention en santé travail (I). Ces incompréhensions sont à l'origine de rapports conflictuels récurrents (II.).

I. Des difficultés à cerner la notion de prévention en santé travail

33.- Il a pu être constaté que les contraintes évoquées par les entreprises par rapport à leurs obligations en matière de santé au travail sont notamment dues aux difficultés d'appréhension de la définition juridique de la prévention (A.). A cette méconnaissance s'ajoute l'« *illusion* »[66] que l'employeur est le garant exclusif de la prévention de la santé au travail. De facto, un sentiment d'isolement face aux obligations découlant de cette mission s'en détache (B.).

A- La prévention, une notion juridique difficile à appréhender

34.- Les difficultés d'appréhension de la notion de prévention en santé travail trouvent des sources multiples. D'une part, la définition juridique adoptée par le législateur[67] est souvent perçue comme trop complexe et trop floue (1). D'autre part, la perception que les entreprises ont de la prévention est souvent faussée (2). Enfin, les critères de rentabilité et de performance largement exposés aux employeurs sont souvent insuffisants pour convaincre (3).

1) La complexité de la définition juridique de la prévention

35.- Afin de comprendre pourquoi les entreprises présentent des difficultés à cerner leurs obligations en matière de prévention, il a fallu analyser le formalisme et la rédaction de ces obligations contenues dans le Code du travail. Le titre II de la quatrième partie du Code du travail intitulé *« santé et sécurité au travail* » fait justement référence aux « *principes généraux*

---

[65] LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, p. 30.
[66] L'illusion peut se définir « *comme une erreur de perception causée par une fausse apparence* », Dictionnaire Le Petit Robert, 2019, p. 2880.
[67] *C. trav*., art. L. 4121-1.

de prévention ». Parmi les obligations de l'employeur, l'article L. 4121-1 dudit Code énonce que :

« *L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.*

Ces mesures comprennent :

1° Des actions de prévention des risques professionnels, y compris ceux mentionnés à l'article L. 4161-1 ;

2° *Des actions d'information et de formation ;*

3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes ».

36.- De la même manière, l'article L. 4221-2[68] du même Code précise comment l'employeur peut mettre œuvre ces mesures de prévention :

« *L'employeur met en œuvre les mesures prévues à l'article L. 4121-1 sur le fondement des principes généraux de prévention suivants :*

1° Eviter les risques ;

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

3° Combattre les risques à la source ;

4° Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;

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

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

7° Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral et au harcèlement sexuel,

---

[68] Modifié par L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.

tels qu'ils sont définis aux articles L. 1152-1 et L. 1153-1, ainsi que ceux liés aux agissements sexistes définis à l'article L. 1142-2-1 ;

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

9° Donner les instructions appropriées aux travailleurs ».

37.- La retranscription de ces articles au sein de nos propos rédactionnels (et non en note de bas de page) nous permet d'appréhender visuellement le cadre juridique auquel l'employeur est confronté. C'est en effet sur la base de ces textes qu'il se réfère lorsqu'il cherche à comprendre ses obligations en matière de prévention.

38.- A la lecture de ces deux articles, le premier constat est que la prévention ne fait pas l'objet d'une définition juridique claire. A aucun moment ces normes ne permettent de se représenter une idée concrète de cette notion et la réforme de 2021[69] n'apportera aucune précision en la matière[70]. Elles dictent simplement les obligations de l'employeur sous la forme d'un listing. Il convient alors de tenter de préciser les contours des principes généraux de prévention.

39.- D'un point de vue juridique, la prévention est à distinguer du principe de précaution. Selon le répertoire du droit international : « *A. KISS affirmait que le principe de précaution pouvait être considéré comme la forme la plus poussée de la prévention. Comme le prétend M. BEDJAOUI, le principe est simple et sage : si l'homme ne peut pas mesurer les effets négatifs possibles d'une de ses activités sur son environnement, il a le devoir de renoncer à l'entreprendre* »[71]. En comparaison avec ce principe de précaution, la prévention permettrait alors d'entreprendre une activité tant que la possibilité de mesurer et de limiter ses effets négatifs sur son environnement sont possibles. Un premier aspect de définition de la prévention

---

[69] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2.

[70] La réforme prévoit un renforcement global de la prévention et des actions de prévention avec notamment la création d'une cellule pluridisciplinaire de prévention de la désinsertion professionnelle ou encore un titre consacré à la prévention au sein des entreprises, la création d'un programme annuel de prévention, d'un passeport de prévention, le devoir de définir une offre socle permettant de couvrir l'intégralité des missions en matière de prévention. Toutefois, aucune définition de la notion de prévention n'a été précisée. L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2.

[71] PETIT Y., « Mécanismes et instruments du droit international de l'environnement », *Rép. droit international,* Environnement, 2010 (actualisation Janvier 2020), p. 66.

se dégage de cette comparaison : celui de l'objectif visé, à savoir, supprimer, réduire ou limiter les risques.

40.- De surcroît, la prévention doit également se distinguer de la prévision contractuelle. Lorsqu'un contrat de travail est conclu selon certaines modalités particulières notamment concernant le salaire, la zone géographique ou bien les missions, et qu'il se déroule normalement, l'ensemble des conditions constituent les prévisions contractuelles[72]. De ce fait, aucune des parties ne pourra prétendre à autre chose que ce que le contrat contient. La prévention, en revanche, semble revêtir un aspect beaucoup plus général qu'il semble difficile de contractualiser.

41.- Des précisions peuvent alors être trouvées notamment dans la définition proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'OMS met en évidence le fait que la prévention se décline en trois niveaux et n'implique pas les mêmes obligations selon les niveaux présentés[73] : « *la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. Il s'agit dès lors d'en distinguer trois niveaux :*

- *La prévention primaire : c'est l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en termes environnementaux ou sociétaux.*
- *La prévention secondaire : son but est de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque.*

---

[72] BARBIER H., « De l'effet des prévisions météorologiques sur les prévisions contractuelles », *RTD civ*., 2015, p. 134.

[73] D'autres définitions ont été proposées : La prévention selon RS Gordon (1982) : une classification sur la population cible ; glossaire de la Banque de Données en Santé Publique (BDSP) ; Traité de Santé Publique" chapitre 15 : Prévention et promotion de la santé de BOURDILLLON F., BRUCKER G., TABUTEAU D. édition Médecine-Sciences Flammarion, etc…

- La prévention tertiaire : elle intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie »[74].

42.- La mise en parallèle de cette définition de l'OMS avec la définition juridique de l'article L. 4121-1 du Code du travail permet de se rendre compte que l'employeur est tenu de répondre aux trois niveaux de prévention présentés. Un tableau schématique nous permet de mieux en visualiser le contenu :

43.- Tableau comparatif des trois niveaux de prévention proposés dans la définition de l'OMS et la définition de l'article L. 4121- 1 du Code du travail

Principes Généraux de Prévention (Article L. 4121-1 du Code du travail) :	**Niveau de prévention correspondant :**
1° Eviter les risques ;	PRIMAIRE
2° Evaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;	SECONDAIRE
3° Combattre les risques à la source ;	PRIMAIRE
4° Adapter le travail à l'homme,	SECONDAIRE
5° Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;	PRIMAIRE
6° Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;	TERTIAIRE
7° Planifier la prévention	PRIMAIRE
8° Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;	SECONDAIRE
9° Donner les instructions appropriées aux travailleurs.	PRIMAIRE

44.- Quelques explications sont nécessaires concernant la clé de répartition. La réalisation du tableau ci-dessus nous a posé quelques difficultés lorsqu'il a été question de catégoriser les

[74] FLAJOLET A., Rapport de la Mission au profit du gouvernement, Paris : s.n., 2008, p. 1.

principes généraux en fonction des différents niveaux de prévention. Certains principes auraient pu être attribués à plusieurs niveaux. L'analyse de cette définition issue du Code du travail met en exergue sa complexité au regard des différents niveaux de prévention qu'elle comporte. De ce point de vue, il est donc compréhensible que les entreprises évoquent certaines difficultés à appréhender la notion de prévention et les obligations qui en découlent.

45.- Aussi, plusieurs interprétations de la notion de prévention ont été données en fonction des situations observées. La crise sanitaire liée à la propagation du COVID-19 a notamment permis de délimiter les contours de cette obligation de prévention aux vues du contexte notamment dans le cadre du protocole national pour assurer la sécurité et la santé de salariés proposé par le gouvernement[75].

46.- Selon certains auteurs, « *le contexte exceptionnel dans lequel ce document a été élaboré, la promotion qu'en a fait le ministère du travail et son contenu même retiennent néanmoins l'attention. Le protocole national témoigne d'une forme de reprise en main de la prévention directement par l'État, qui, toutefois, prend appui sur des instruments de soft law dont la souplesse est supposée permettre un ajustement à une grande variété de situations* »[76]. Une plus grande souplesse juridique a donc été donnée à la définition de la prévention pour permettre de l'adapter aux nouvelles obligations liées à la crise sanitaire.

47.- Le protocole précité contient plusieurs procédures de continuité d'activité économique fondée autour de la notion de prévention. [2]Par exemple, la mise en place du dialogue social a été présenté comme élément clé. Le protocole affirme ainsi que « *la définition et la mise en œuvre des mesures de prévention nécessitent un travail de réflexion préalable, conduit dans un cadre concerté, afin de garantir leur faisabilité, leur effectivité et leur appropriation la plus*

---

[75] Ministère du Travail, de l'emploi et de l'insertion, *Protocole National pour assurer la santé et la sécurité des salariés en entreprise face à l'épidémie de COVID-19*, 2020, 20 p. Le protocole national pour assurer la santé et la sécurité des salariés en entreprise face à l'épidémie de la COVID-19 a été actualisé le 6 janvier 2021. Il s'agit d'un document de référence pour assurer la santé et la sécurité des salariés et la poursuite de l'activité économique. Les principales évolutions portent sur : « *la généralisation du télétravail pour les activités qui le permettent ; l'organisation des réunions par audio et visio-conférences ; l'utilisation de l'application TousAntiCOVID pour faciliter le suivi des cas contacts ; la suspension des moments de convivialité dans le cadre professionnel ; la protection des personnes à risque de forme grave de COVID-19* ».

[76] JUBERT L., « Le protocole national de pour assurer la santé et la sécurité des salariés en entreprise face à l'épidémie de COVID-19 : quelques réflexions sur l'encadrement par l'État d'une situation hors-norme », *Revue de Droit du travail*, 2020, p. 521.

large par tous les acteurs participant à la lutte contre la propagation du virus »[77]. Selon cette affirmation, la prévention doit donc désormais faire l'objet d'une discussion avec les l'ensemble de ses acteurs, elle ne repose donc plus uniquement sur les épaules de l'entreprise.

48.- Selon une étude doctrinale[78] « *l'employeur est tenu à une obligation de sécurité et de protection de la santé envers ses salariés. Ainsi, il doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité en mettant en place des actions de prévention, des actions d'information et de formation et d'adapter son organisation (C. trav., art. L. 4121-1). L'employeur engage sa responsabilité, sauf s'il démontre avoir pris les mesures générales de prévention nécessaires et suffisantes pour éviter le risque (…). En conséquence, l'employeur doit mettre en place des mesures de prévention adaptées aux métiers de l'entreprise* ». La crise sanitaire a donc permis de délimiter le champ d'application de l'obligation de prévention de l'employeur sans qu'une définition claire et précise de la notion ne soit pour autant édictée.

49.- La prévention semble être une notion juridique assez mouvante. L'absence de définition claire et non équivoque complexifie son appréhension par les non juristes. Nous verrons par la suite que les juges ont également tenté de construire un cadre juridique autour de cette notion de prévention, mais ce cadre a tout autant évolué au fil des années. La méconnaissance des obligations relatives à cette mission génère une perception faussée et incomplète.

2) Une perception faussée et incomplète de la prévention par les entreprises

50.- Il faut savoir que dans la plupart des petites et moyennes entreprises ainsi que les toutes petites entreprises (PME/TPE) françaises, il existe rarement de service juridique permettant de vulgariser les textes juridiques et d'assurer une veille juridique optimale. Si les services de santé au travail (SST) peuvent apporter leur interprétation de leurs obligations face à cette mission de prévention, les employeurs ne partagent pas toujours leurs points de vue. Le manque de précision et de clarté de la définition juridique de la notion de prévention engendre des

[77] Ministère du Travail, de l'emploi et de l'insertion, *Protocole National pour assurer la santé et la sécurité des salariés en entreprise face à l'épidémie de COVID-19*, 2020, 20 p.
[78] FRAISSE W., « Coronavirus : ordonnance adaptant les conditions d'exercice des missions des services de santé au travail », *Dalloz Actualité*, 2020, p. 51.

confusions lorsqu'il s'agit de mettre en place certaines actions en milieu de travail. Beaucoup d'*apriori* et de préjugés gravitent autour leurs obligations. Les missions des SST associées principalement à celles du médecin du travail sont largement méconnues des entreprises ne trouvent pas d'utilité et sont vivement critiquées.

51.- Pour pouvoir comprendre l'opinion des entreprises adhérentes, il a fallu s'enquérir de la documentation sur laquelle elles s'appuient et recueillir leurs échanges. Nos développements ne se sont pas fondés ici sur les textes juridiques de l'ordre de la traditionnelle pyramide de Kelsen[79]. Il a plutôt été question de lire les documentations distribuées dans les entreprises notamment par les différentes fédérations ou organismes assuranciels auxquels elles adhèrent pour comprendre le niveau d'information que les entreprises reçoivent en pratique et ainsi analyser la teneur de leurs propos.

52.- A titre d'illustration, à la une d'un magazine spécialisé dans le bâtiment il est question d'un dossier intitulé : *« 10 idées reçues sur la prévention »*[80]*. Les « idées reçues » évoquées sont les suivantes :* « *la prévention, c'est une usine à gaz ; la prévention ça coute cher et ça ne rapporte rien ; je connais mon métier, je ne risque rien ; le stress, ça fait partie du métier ; j'ai réalisé mon DU, ça suffit ; si mes gars ne portent par leurs EPI, c'est leur problème ; sur une courte durée, le risque est négligeable ; la prévention est une affaire d'homme ; les jeunes et les intérimaires ne sont pas sensibles à la prévention ; il existe peu d'outils pour faire de la prévention ».*

53.- Si ces idées semblent parfois caricaturales, elles sont souvent révélatrices d'une méconnaissance générale partagée par un grand nombre d'employeurs. Force est de constater que lorsque les entreprises tentent de répondre à leurs obligations en matière de prévention, elles ne trouvent pas toujours d'intérêt à mettre en place de telles actions. Elles y voient pour la plupart une contrainte s'ajoutant à l'ensemble de leurs obligations managériales.

---

[79] « Pour KELSEN, l'ordre juridique c'est la pyramide des normes considérée dans son ensemble. La pyramide des normes est présentée par KELSEN comme un ordre normatif, auquel s'identifient à la fois le droit et l'État. Ordre normatif signifie ordre immanent de contrainte, ordre qui prescrit des actes de contrainte. Les caractéristiques de l'ordre juridique sont au nombre de quatre : l'efficacité, l'unité, la cohérence et la complétude », LASSERRE V., « Loi et règlement », Rép. civ., 2015 (actualisation : 2016), p. 158.

[80] OPPBTP, Prévention BTP, Dossier « Couteuse, compliquée, une affaire d'hommes... » 10 idées reçues sur la prévention., juill. Août 2016, n° 199, p. 15.

54.- En 2001, certains auteurs constataient déjà que la « *perception sociale des dommages* » avait évolué. Nous vivons actuellement « *dans une société où s'affirme chaque jour davantage, l'émergence d'un véritable droit subjectif à la sécurité* »[81]. La valorisation de ce droit à la sécurité donne l'impression aux employeurs de devoir avancer systématiquement aux bordures de l'illégalité. Le risque de voir leur responsabilité engagée en matière de santé est tel que les mesures mises en place en faveur de la prévention ne semblent jamais suffisantes.

55.- Certains d'entre eux[82] évoquent des « *injustices* » en matière de santé au travail. Les critiques relevées évincent complément l'intérêt de la prévention et dénoncent avec ferveur le fondement même de l'inaptitude médicale. Une partie d'entre eux témoigne notamment « *du fait qu'un salarié inapte à son emploi puisse s'installer comme autoentrepreneur dans le même emploi* », d'une certaine « *facilité à être déclaré inapte en prétextant, quand des ruptures conventionnelles sont refusées, de difficultés psychologiques souvent simulées* », ou encore d'une « *vague massive d'inaptitude en fin de carrière* ». Ils estiment que ces « *préoccupations sont quotidiennes mais que pourtant elles ne sont pas assez prises en compte* ». Ils affirment qu'il s'agit ici de « *difficultés concrètes, d'injustices dont on ne parle jamais* »[83].

56.- Ces affirmations représentent l'échec même de la mise en place des moyens de prévention, puisque seule l'inaptitude est évoquée. Ce sentiment d'injustice a d'autant plus été mis à l'épreuve au regard du contexte de crise sanitaire et de la responsabilité de l'employeur en la matière. En 2021, le magazine « La Gestion Sociale » publiait un article sur la « responsabilité pénale du chef d'entreprise et la COVID-19 »[84]. Cet article affirme qu'« *à l'aube d'une deuxième année de fortes tensions sanitaires liées à la pandémie de la COVID-19 et alors que l'activité économique est appelée à se poursuivre dans le respect de mesures toujours*

---

[81] LARRIBAU-TERNEYRE V., « Les risques de l'entreprise : de la responsabilité à la défaillance », *Rev. Sociétés*, 2001, p. 271.

[82] Les citations énoncées ont été extraites de comptes-rendus de conseils d'administrations de différentes organisations patronales qui nous ont été transmis à la condition que nous respections une garantie d'anonymat sur l'origine des propos.

[83] Les citations énoncées ont été extraites de comptes-rendus de conseils d'administrations de différentes organisations patronales qui nous ont été transmis à la condition que nous respections une garantie d'anonymat sur l'origine des propos.

[84] LAURAND D., « La responsabilité pénale du chef d'entreprise et la COVID-19 », *La Gestion Sociale, Lettre Hebdomadaire*, 23 mars 2021, source URL < www.gestionsociale.fr >.

évolutives, le chef d'entreprise est confronté à pléthore de textes normatifs et autres recommandations. Dans ce contexte de foisonnement, le risque de voir sa responsabilité pénale engagée plane et mérite d'être clarifié ». L'article précise également qu' en « *cas de contamination effective du salarié au virus COVID-19, le chef d'entreprise pourrait être pénalement poursuivie pour atteinte involontaire à l'intégrité de la personne ayant causé une ITT supérieure à trois mois, sanctionnée par l'article 222-19 du Code pénal d'une peine allant de 2 ans d'emprisonnement et 30 000 euros à trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende, voire pour homicide involontaire sur le fondement de l'article 221-6 du même code, passible d'une peine maximale de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende* ».

57.- Malgré une précision du champ d'application de la mission de prévention et un élargissement des acteurs concernés, il semblerait que les entreprises craignent tout autant qu'il y a vingt ans le fait d'être systématiquement reconnues responsables en matière de santé sécurité au travail. De ce fait, elles ne voient pas l'intérêt de l'obligation de prévention et sont focalisées sur la visite médicale et ses conséquences.

58.- La thématique de la santé au travail n'a jamais été aussi débattue qu'aujourd'hui. Pourtant, le nombre d'accidents du travail n'a pas baissé significativement depuis 10 ans et a même légèrement augmenté concernant les maladies professionnelles[85]. Selon le rapport annuel de l'Assurance Maladie[86], en 2019[87], le nombre d'accidents du travail a connu une légère hausse : 655 715 nouveaux sinistres reconnus (+ 0,6 % par rapport à 2018). Cette hausse est attribuable à l'augmentation de 2 % du nombre de salariés. En revanche, la fréquence des accidents de travail est en légère diminution par rapport à 2018.

59.- Même si, la prévention fait de plus en plus partie des débats, du côté des employeurs, le manque de définition laisse place à une perception inexacte de l'intérêt qu'elle représente. La rentabilité en matière de prévention a souvent été un critère exposé aux entreprises pour les

---

[85] Rapport de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés Direction des Risques Professionnels - Mission Statistiques - PJ / MY, *Statistiques sur la sinistralité de l'année 2016 concernant les accidents du travail, suivant la nomenclature d'activités française (NAF),* Etude 2017-134, août 2017, p. 44.

[86] Caisse nationale de l'Assurance Maladie- Risques professionnels, *Rapport annuel 2019, éléments statistiques et financiers,* décembre 2019, p. 2.

[87] Les chiffres de 2019 ont été préférés aux rapports suivants dont les chiffres pourraient être faussés par l'apparition de la COVID-19.

convaincre de son efficacité. Toutefois, cette tentative de persuasion n'a pas engendré l'effet escompté.

3) Les critères de rentabilité et de performance insuffisants pour convaincre de l'intérêt de la prévention

60.- Les différents outils de communication sur la santé au travail présentent la démarche de prévention par rapport à son taux de rentabilité. Les rubriques intitulées *« prévention et performance* » ont foisonné parmi un large panel de documentations proposées en matière de santé au travail[88]. Dans le récent rapport Lecocq, le terme « performance » est utilisé soixante-neuf fois sur cent-soixante-quatorze pages de rédaction. La performance fait même partie des objectifs visés au sein des propos introductifs[89] : *« l'ensemble des constats recueillis par la mission permet de dessiner les éléments structurants de ce que pourrait être un système moderne de prévention des risques professionnels. Celui-ci doit couvrir l'ensemble des besoins identifiés, en préservant les acquis mais en proposant des évolutions fortes afin :*

- *De répondre concrètement aux attentes des salariés et des entreprises, en prenant comme cadre de référence les plus petites d'entre elles ;*
- *D'atteindre résolument les ambitions du PST3, tournées vers la promotion de la santé et, à terme, une politique de performance globale articulant bien-être au travail et efficacité économique* ».

61.- L'argument phare utilisé consiste à dire qu'un salarié en bonne santé est plus productif. Or, vouloir faire la promotion de la prévention en santé travail par le seul biais de cet argument de rentabilité et de productivité ne nous a pas semblé suffisant pour convaincre les entreprises. Si la productivité d'une entreprise représente un enjeu économique indéniable pour l'employeur, en matière de prévention, les objectifs et les intérêts sont multiples. La prévention a pour

---

[88] Quelques exemples de documentations distribuées en entreprise sur le thème prévention et performance : CARSAT : plaquette *Amélioration de la performance par la prévention,* 2016, 2 p. ou encore CARSAT Rhône-Alpes, *Dossier Santé & Performance BTP 2018 – 2020, 2020,4 p. ;* INRS : article « *La prévention, facteur de performance des entreprises* », 2018, 1 p., INRS, CANETTO P., Dossier, P*révention et performance d'entreprise : panorama des approches et points de vue,* 1ère édition, 2018, 65 p. ; Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, *Plan Santé Travail 3,* 2016-2020, p 74., etc…

[89] LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée,* Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, p. 5.

objectif d'améliorer la qualité de vie au travail et le bien-être de tous les salariés dans l'entreprise. La rentabilité de ses actions devrait, selon nous, être présentée comme une conséquence positive éventuelle, engendrée par les mesures de prévention mises en place et non l'unique objectif.

62.- La prévention gagnerait à être mise en valeur sous d'autres aspects. Par exemple, le *label Great Place to Work*[90] récompense et met en avant les entreprises où il fait bon vivre. Une entreprise reconnue par ce label pour sa qualité de vie au travail véhicule alors une image attrayante qui peut avoir des conséquences positives autres que celles relatives à la rentabilité. Ce label permet alors de présenter la prévention sous d'autres aspects plus attrayants.

63.- Présenter l'attractivité de la prévention au travers d'un simple bénéfice économique est un critère, selon nous, trop réducteur pour convaincre qui peut même engendrer certains effets pervers. Vouloir inciter à la prévention par la notion de performance peut en effet sous-entendre que l'on considère que les employeurs ne sont intéressés que par les conséquences financières de leur entreprise. Nous pensons que d'autres aspects, tels que la qualité de vie et de bien-être au travail, peuvent les intéresser tout autant. Ces aspects se retrouvent aujourd'hui de plus en plus au cœur des préoccupations managériales[91].

64.- Le bien-être au travail est un critère qui n'est pas négligé par les entreprises. Selon certains auteurs, « *la notion de bien-être dans son emploi est américaine. Elle est née d'une prise de conscience : la plupart des employés viennent seulement faire leurs heures avec, en ligne de mire, le chèque à la fin du mois. Entrée dans l'ère des services mais aussi du numérique, la fonction de l'humain dans une entreprise est modifiée : intellectualisation des tâches, rationalisation, coworking, recherche constante de productivité, de créativité et d'innovation, changent le rapport- même à l'emploi. Dans le même temps, le Code de travail ouvre la voie à des notion plus subjectives qu'auparavant* »[92]. Une étude réalisée par l'IFOP en Avril 2016,

---

[90] « L'Institut Great Place to Work® est une société internationale d'étude, de conseil et de formation qui aide les organisations à identifier, créer et maintenir un cadre de travail où il fait bon travailler, et ce via le développement de cultures d'entreprise où règne la confiance. Nous proposons nos services à des entreprises, des organisations à but non lucratif et à des administrations dans 45 pays sur les six continents. » Source URL < http://www.greatplacetowork.fr/a-notre-sujet >.

[91] *V.* plus loin sous-partie consacrée à la politique managériale du futur (partie 2, chapitre II, section 2, I.), de la qualité de vie au travail au bienêtre au travail (2).

[92] HÉAS F., « Le bien - être au travail », *JCP S.* 2010, p. 1284.

révèle que 75 % des salariés français déclarent être heureux au travail[93]. En comparaison au terme de « performance », le bien-être au travail n'est évoqué par ledit rapport[94] que vingt-deux fois. Pourtant, la notion de bien-être au travail est rarement évoquée dans les différents textes en santé au travail. La doctrine[95] rappelle qu'« *il est vrai que peu de textes du Code du travail font allusion au bien - être au travail*[96]*, alors que ce concept est utilisé dans le cadre de la RSE*[97] *; la norme ISO 26 000 y fait également allusion (§ 6.4.6.1) ; en France, un rapport sur la question, demandé par le gouvernement a été présenté en 2010*[98] *; des enquêtes sont menées*[99] ». La qualité de vie au travail fait en revanche de plus en plus partie des préoccupations des pouvoirs publics. Elle fait même partie intégrante du plan santé travail 2016-2020[100]. La récente loi pour renforcer la prévention en santé au travail a d'ailleurs évincé complètement cette notion de performance au profit de la notion de « *qualité des conditions de travail* »[101].

65.- Le critère de la rentabilité ne semble donc pas être l'approche idéale pour convaincre les employeurs de s'investir en faveur de la prévention. De plus, ce critère est contestable d'un point de vue comptable. La rentabilité de la prévention est calculée par rapport à ce qu'on appelle un retour sur investissement. Le retour sur investissement est souvent exprimé en pourcentage. Il permet de faire le rapport entre l'argent investi dans un domaine ou bien un secteur d'activité et l'argent que cet investissement a permis de rapporter ou bien de perdre.

---

[93] IFOP. *Les Français et le bonheur au travail*, IFOP pour Pèlerin, 2016. p. 17. JF/JPD n° 113789.
[94] LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée,* Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, p. 5.
[95] DE QUENAUDON R., « Responsabilité sociale des entreprises », *Rép. dr. tr.*, oct. 2017.
[96] HÉAS F., « Le bien - être au travail », *JCP S.* 2010, p. 1284.
[97] DE MENTHON S., *Le carnet de route de la RSE, responsabilité sociétale des entreprises*, 2012, brochure éditée sous l'égide du ministère du Travail et de l'Emploi.
[98] LACHMANN H., LAROSE C., et PÉNICAUD M., Bien-être et efficacité au travail, 10 propositions pour améliorer la santé et le bien-être au travail, Rapport au Premier ministre, fèvr. 2010, p.19.
[99] Médiaprism, Rapport d'enquête hommes/femmes : Bien - être au travail, 2012, p. 21.
[100] MTEFP, *Plan Santé Travail 3*, 2016-2020, p 74.
[101] Notion utilisée à plusieurs reprises au sein des articles 4, 7, 11, 16, 38 de la réforme L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2. Les notions de « performance » et « rentabilité » ne sont en revanche citées dans aucun article de ce texte législatif.

Cela permet de se rendre compte si cet investissement a été rentable ou non. La formule de calcul est la suivante[102] :

$$\text{Retour sur investissement} = \frac{\text{(Gain ou Perte occasionné} - \text{Coût de l'investissement)}}{\text{Cout de l'investissement}}$$

66.- Les résultats évoqués varient selon les différentes études. Il s'agirait en moyenne d'un retour sur investissement égal à 2,2[103]. Cependant, même si les bénéfices apportés par la prévention semblent mesurables, les techniques utilisées pour effectuer ces calculs sont discutables du fait, notamment, de leur caractère très aléatoire. Le scepticisme des employeurs face aux résultats qui leurs sont présentés trouve sa justification dans les concepts choisis lors du calcul du *ratio* qui peuvent facilement être remis en cause. Certains rapports de recherche estiment que *« l'indicateur rendement de la prévention constitue une représentation abstraite des avantages économiques potentiels de la sécurité et de la santé au travail. (…) Un échantillonnage sélectif d'entreprises déjà concernées par la prévention risque de déboucher sur des résultats positifs supérieurs à la moyenne. (…) il faut se garder de surinterpréter ces résultats, car il s'agit seulement d'évaluations et d'estimations »*[104].

67.- Alors que les SST ont pour mission principale d'assurer la prévention des risques professionnels dans l'entreprise, cette démarche de prévention n'est pas toujours comprise. L'absence de définition juridique précise, le manque de communication sur le sujet ou encore le focus choisi de la rentabilité engendre une certaine incompréhension et confusion. La

[102] Pour un investissement de 5000 € qui a rapporté 8000 €, le retour sur investissement est égal à (8000 - 5000) /5000 = 0,6 donc 60 %.

[103]« La comptabilité de la prévention tente de calculer si les mesures de sécurité et de santé au travail sont rentables sur le plan microéconomique (rendement de la prévention, ROP). L'étude conclut que les investissements dans la sécurité et la santé procurent des avantages directs en termes microéconomiques, avec un ratio ROP de 2,2. Cela signifie concrètement que les entreprises peuvent espérer un retour potentiel de 2,20 euros (ou toute autre monnaie) pour chaque euro (ou toute autre monnaie) investi dans la prévention, par année et par salarié. Les résultats de l'étude confirment donc que les entreprises ont économiquement intérêt à investir dans la prévention ». ISSA, BRAUNIG D. et KOHSTALL T., Rapport de recherche, Rendement de la prévention : calcul du ratio coût-bénéfices de l'investissement dans la sécurité et la santé en entreprise., Genève, 2011, p. 8.

[104] Ibid.

prévention est alors souvent assimilée à un fardeau supplémentaire par les entreprises. Ces dernières ne se sentent pas suffisamment épaulées pour assurer cette mission et pensent en être les garantes exclusives.

B- L'entreprise, garante exclusive de la prévention ?

68.- L'article L. 4121-1 du Code du travail[105] liste les obligations de l'employeur en matière de santé au travail. La loi prévoit ainsi que l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent l'évaluation des risques professionnels (1), des actions d'information et de formation (2) et la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés (3). Il convient d'étudier chaque thématique et de se poser la question de savoir si à chaque fois l'employeur intervient dans ses missions en tant que garant exclusif de la prévention ou non.

1) L'employeur et l'évaluation des risques professionnels

69.- L'un des facteurs de méfiance des employeurs face à la santé au travail réside dans l'idée que la prévention n'est l'affaire que d'une personne : le chef d'entreprise. Pour mieux comprendre l'origine de ce sentiment, il convient d'étudier les démarches utilisées lors de la mise en place d'actions de prévention face aux obligations légales[106].

70.- Lorsqu'un employeur souhaite entamer une démarche de prévention, il doit d'abord y associer les salariés, les SST et s'ils existent les représentants du personnel. Ensemble, ils participent à l'identification des risques mais également à l'organisation des actions de prévention. Une première obligation de traçabilité s'impose alors à l'employeur : il doit, transcrire et mettre à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour

---

[105] C. trav., art. L. 4121-1 : « L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : 1° Des actions de prévention des risques professionnels, y compris ceux mentionnés à l'article *L. 4161-1* ; 2° Des actions d'information et de formation ; 3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes ».
[106] *C. trav.*, art. L. 4221-2.

la santé et la sécurité des travailleurs. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement[107].

71.- Si les SST peuvent aider à l'identification des risques c'est sur l'employeur que repose la responsabilité de réaliser ce document. Cependant, si cette obligation réglementaire semble être une solution à la visibilité des actions choisies, une étude de la DARES[108] de mars 2013 témoignait, dès lors, d'un réel délaissement du document unique par les entreprises. *« Seuls 46.3 % des employeurs ont créé ou actualisé un document unique d'évaluation des risques professionnels. Dans le domaine privé, les entreprises de moins de dix salariés sont les plus en retard dans l'utilisation de cet outil pourtant obligatoire pour toutes les entreprises depuis 2001. A contrario, 93,5 % des grands établissements du secteur privé ont déclaré avoir élaboré ou actualisé leur DUER durant l'année ».* En 2019, « *seuls 45 % des employeurs interrogés en 2016 ont élaboré ou actualisé un DUER au cours des 12 mois précédant l'enquête* »[109].

72.- Des grilles d'évaluations ont été proposées par l'INRS[110] afin d'aider les employeurs dans l'appréciation des risques présents dans leur entreprise. A la lecture de ces grilles, la multiplicité des questions proposées rend leur appréhension difficile. Les sujets évoqués dressent un bref aperçu du nombre de thématiques que l'employeur doit évoquer pour répondre à son obligation de prévention en santé au travail :

SUJETS EVOQUES AU SEIN DE LA GRILLE DIGEST DE L'INRS
« Sujet 1 – Organisation générale : organisation de la production, ordre, signalisation, accueil, porteur d'enjeu santé et sécurité au travail. <u>Objectif</u> : J'améliore dans mon entreprise la notion d'organisation au travers de principes simples et visibles tels que l'organisation des commandes, le rangement, l'accueil et le suivi de la santé et sécurité au travail.

[107] *C. trav*., art. R. 4121-1.
[108] DARES analyses, La prévention des risques professionnels, Les mesures mises en œuvre par les employeurs publics et privés, n° 13, mars 2016, p. 1.
[109] Ibid.
[110] Grille DIGEST pour les entreprises de moins de 50 salariés et Grille GPS&ST de positionnement en santé et sécurité du travail pour les entreprises de plus de 50 salariés, INRS, DIGEST 2018 : *Diagnostic de la gestion de la santé et sécurité au travail,* INRS, *Management de la santé et sécurité au travail, Construire vos indicateurs pour atteindre vos objectifs,* 2017, Paris, p.12.

Sujet 2 - Evaluation des risques Objectif : j'intègre dans nos pratiques professionnelles l'identification systématique des situations dangereuses et l'évaluation des risques, en prenant des précautions dans la mise en œuvre pour être autonome et avoir un résultat qui corresponde le plus possible à la réalité, et en faisant des mises à jour de façon régulière.
Sujet 3 – Actions préventives : aménagement en sécurité des postes et des situations de travail Objectif : à partir de l'évaluation des risques, je procède à la mise en œuvre des moyens de prévention les plus efficients dans le cadre d'un plan d'actions.
Sujet 4 – Traitement des situations d'urgence (accidents, incendies, …) et analyse des incidents, anomalies, accidents du travail Objectif : je m'assure que les accidents du travail sont traités, analysés et que des mesures de prévention adaptées sont prises pour éviter qu'ils se reproduisent. En plus, je veille à ce que nous soyons prêts à réagir à des situations d'urgence.
Sujet 5 – Vérifications périodiques règlementaires et maintenance des équipements Objectif : je m'assure du maintien en bon état de mon outil de production (machines, matériels, véhicules, moyens de protection,) avec le respect des vérifications règlementaires périodiques (installations électriques, extincteurs, machines, véhicules et engins de manutention, appareils à pression, installation d'aspiration, …) et des moyens d'anticipation.
Sujet 6 – Attitude de l'entreprise vis-à-vis du recrutement des opérateurs (CDI, intérim, CDD, stagiaires, apprentis, …) Objectif : je m'assure que mon personnel récemment recruté a, au départ, et va avoir, grâce à l'accueil, les compétences pour réaliser les travaux qui lui sont confiés sans incidence néfaste sur sa sécurité et sa santé avec une attention particulière pour les intérimaires.
Sujet 7 – Formation continue en Santé et Sécurité au Travail, compétences, rôles, responsabilités Objectif : je m'assure que je dispose en permanence, par l'organisation et la recherche d'efficacité de la formation continue, de ressources humaines suffisamment compétentes pour réaliser le travail en sécurité.
Sujet 8 – Achats (matériels, machines, matières, produits, constructions, services, …), sous-traitance, chantiers

Objectif : je m'assure que les opérations d'acquisition à l'extérieur (fournisseur de produit, prestataire de service, ...) se font en sécurité lors de la négociation et de la réception avec une attention particulière pour les chantiers à l'extérieur de l'entreprise.
Sujet 9 – Santé au Travail et suivi médical Objectif : je prends en compte avec l'aide de compétences (médecin du travail notamment) les risques d'atteinte à la santé au travail (particulièrement les maladies professionnelles) de mon personnel et j'organise la prévention primaire de ces risques.
Sujet 10 – Politique, objectifs, indicateurs, communication, valeurs en Santé et Sécurité au Travail Objectif : j'ai une démarche structurée d'amélioration continue de la prévention des risques professionnels basée sur une politique, des objectifs et indicateurs, une communication avec mes partenaires et des valeurs ».

73.- Cette grille laisse sous-entendre que l'employeur doit se positionner comme expert évaluateur de l'ensemble de ces sujets au sein de son entreprise. La multiplication de la reconnaissance de nouveaux risques comme les Risques psychosociaux (RPS)[111] n'a fait que renforcer la complexité ressentie par les entreprises dans leur obligation d'évaluation. Le manque de format réglementaire dans la réalisation de ce document unique conduit la plupart du temps à décourager les entreprises qui ne peuvent pas sur ce point s'appuyer sur leur SST.

74.- La réforme de 2021[112] souhaite affirmer l'appui nécessaire des SST dans l'évaluation des risques. Toutefois cette réforme impose de nouvelles obligations en la matière telles que

[111] Les RPS sont difficiles à définir précisément, certains auteurs affirment que « la grande variété des thèmes mis sous ce vocable est source d'une grande confusion. Ces thèmes recouvrent en effet les déterminants et les effets, sans distinguer entre les causes et les conséquences. Cette confusion tient non seulement à la diversité de ces risques mais aussi à la complexité des liens qui les unissent et qui ne relèvent pas toujours de la causalité linéaire car, interagissant fortement entre eux, ils sont plutôt de type circulaire ou systémique ». NASSE P., LEGERON P., Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail, 12 mars 2008, p. 15. L'observatoire des risques de l'Agence européenne pour la SST estime que « les risques psychosociaux sont le résultat d'une mauvaise conception, organisation ou gestion du travail et d'un contexte socioprofessionnel défavorable. Ils peuvent avoir des conséquences psychologiques, physiques et sociales négatives, telles que le stress occasionné par le travail, le surmenage ou la dépression. Parmi les conditions de travail susceptibles de déboucher sur des risques psychosociaux, citons par exemple: une surcharge de travail, des exigences contradictoires et un manque de clarté sur la fonction à remplir, la non-participation des travailleurs aux décisions les concernant et leur absence d'influence sur le mode d'exécution de leur activité professionnelle, des changements organisationnels mal gérés et l'insécurité de l'emploi, l'inefficacité de la communication et le manque de soutien de la direction ou des collègues, le harcèlement psychologique et sexuel et la violence exercée par des tiers ».

[112] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2.

l'obligation d'intégrer au DUERP une liste des actions de prévention menées pour les entreprises de moins de 50 salariés et pour les autres, l'obligation de conduire un programme annuel de prévention en précisant que « *l'employeur doit mettre à jour et retranscrire les résultats de l'évaluation réalisée* »[113]. Là encore, seul l'employeur est visé par cette obligation.

75.- La réalisation du document est une obligation exclusive de l'employeur. Les SST peuvent seulement leur apporter de l'aide dans l'évaluation des risques et l'appréciation des actions à mettre en place[114]. L'appui des SST dans l'évaluation des risques a fait l'objet d'une codification par la réforme de 2021. Ainsi, à l'article L. 4622-2 du Code du travail, les mentions suivantes seront insérées aux missions des services de prévention et de santé au travail (SPST) : *« 1° bis Les SPST apportent leur aide à l'entreprise, de manière pluridisciplinaire, pour l'évaluation et la prévention des risques professionnels* »[115].

76.- L'évaluation des risques dans l'entreprise par le biais du document unique est une obligation qui repose, pour le moment, uniquement sur les épaules de l'employeur. La réforme de 2021 permettra de faire évoluer ce point de vue au moment de son applicabilité prévue au plus tard en mars 2022. Mais pour l'instant, sur ce premier point, l'employeur semble donc être plutôt seul face à l'obligation d'évaluation des risques présents au sein son entreprise même si la possibilité d'être conseillé par les SST est ouverte. Il convient désormais de porter la réflexion sur la deuxième mission évoquée à l'article L. 4121-1 du Code du travail : les actions d'information et de formation et de se demander si sur ce point, aussi, la responsabilité de l'employeur est exclusive.

---

[113] art. 16, L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2.

[114] C. trav., art. R. 4121-1 : « L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il procède en application de l'article *L. 4121-3*. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement ».

[115] art. 74, L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2.

2) *L'employeur et la formation*

77.- L'employeur doit veiller à protéger la santé de ses salariés[116]. De ce fait, il doit procéder à l'évaluation des risques professionnels, mettre en œuvre des actions de prévention nécessaires à la réduction des risques, en plus de fournir une information et une formation suffisante à ses salariés sur l'existence de ces risques. Pour pouvoir répondre à son obligation de formation, tout employeur verse une contribution à un organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) permettant de financer différentes formations professionnelles. Ces formations professionnelles doivent permettre l'adaptation des salariés à leur poste de travail et une actualisation de leurs connaissances pour favoriser la continuité du maintien dans l'emploi.

78.- Un salarié cumulant plusieurs années de carrière derrière lui est relativement sensibilisé à la prévention des risques professionnels que suscite son métier. Cette sensibilisation est notamment issue de l'expérience du métier, des formations réalisées, et des conseils en prévention dont il a pu bénéficier de la part du SST de son entreprise. L'obligation de formation semble donc logique et efficace.

79.- En revanche, il en est autrement pour les jeunes salariés entrant sur le marché du travail. Pour ces jeunes travailleurs, l'obligation de formation véhicule à nouveau chez les employeurs un sentiment d'exclusivité en matière de prévention. En effet, il s'avère qu'un jeune salarié sans expérience professionnelle n'est pas suffisamment sensibilisé aux risques professionnels lorsqu'il arrive dans l'entreprise. Les taux d'accidents du travail (AT) chez les jeunes le démontrent. La fréquence des accidents du travail décroit ensuite fortement avec l'âge. *« En 2012, les salariés de 20 à 29 ans sont victimes de 28,6 accidents de travail par million d'heures salariées alors que ce taux est de 18,1 pour les salariés de 50 à 59 ans (tableau 5). La fréquence des accidents du travail des salariés de moins de 20 ans est particulièrement élevée »*[117].

80.- Or, s'il revient aux employeurs de former leurs salariés en matière de prévention[118], beaucoup d'entreprises souhaiteraient que les jeunes salariés entendent parler de santé et de

---

[116] *C. trav.*, art. L. 4121-1.
[117] DARES, « Les accidents du travail et les accidents de trajet », n° 39, juill. 2016, p. 4.
[118] Extraits C. trav., art. L. 4121-1 : « L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : (…) 2° Des actions d'information et de formation ; (…) ».

sécurité au travail durant leur apprentissage. L'avis requis de la part du SST pour pouvoir travailler en entreprise ne garantit pas à l'employeur que le jeune salarié a connaissance des risques professionnels auxquels l'expose le poste de travail pour lequel il s'est formé.

81.- Un cas d'espèce rencontré sur le terrain permet d'en illustrer concrètement le propos : un jeune salarié sortant du centre de formation des apprentis a été déclaré apte au poste de couvreur en juin 2016 par un médecin du travail. Au premier jour de la prise de poste de l'apprenti, l'employeur s'est rendu compte que ce salarié avait le vertige. Après quelques investigations menées en partenariat avec l'entreprise et le médecin du travail, il s'est avéré que le jeune salarié n'était jamais monté sur une échelle et n'avait jamais appris à travailler en hauteur durant toute sa formation. Ce cas d'espèce illustre les difficultés évoquées par les employeurs pour répondre à cette obligation de formation. En l'occurrence, malgré une formation garantie par le contrat d'apprentissage, ainsi qu'un avis d'aptitude de la part du médecin du travail, l'employeur ne semble pas couvert face à ses responsabilités.

82.- Le Ministère de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche a signé un accord de partenariat[119] avec la direction des risques professionnels de la sécurité sociale. Cet accord fait l'objet d'une convention régionale par académie. Ses objectifs sont de sensibiliser les jeunes des filières professionnelles et technologiques à l'enseignement des notions de santé et de sécurité au travail. Cet accord précise que *« les enseignants du domaine professionnel forment les apprenants aux compétences de leur futur métier en y intégrant la santé et sécurité au travail et les démarches de prévention (observation de l'activité, repérage des dangers et proposition des mesures de prévention pour agir sur l'organisation du travail et améliorer le geste professionnel) »*[120].

83.- Toutefois, ces enseignements restent essentiellement théoriques et ne s'inspirent pas suffisamment de la réalité des conditions de travail en entreprise d'où le manque de répercutions chez les jeunes travailleurs et la surreprésentation d'accidents du travail dans leur tranche d'âge. La formation et l'information en matière de santé au travail chez les jeunes salariés a

---

[119] Accord entre la branche accident du travail/maladie professionnelle et le MENESR du 13 novembre 2014.

[120] Selon le partenariat en vigueur *(Ibid.)* « *Au plan national, la coopération entre les signataires est organisée au sein du Conseil national pour l'enseignement de la santé et de la sécurité au travail créé par l'arrêté interministériel du 28 décembre 2011 qui définit son rôle et ses missions. Dans le cadre du présent accord cadre, il pourra être conclu toute convention jugée nécessaire par les signataires. Au plan régional, les comités de pilotage pédagogiques académiques existants restent en place. Ils sont prévus par la convention liant l'académie et la caisse régionale concernée* ».

véritablement lieu au moment où ils arrivent dans l'entreprise. Une répartition inégale de la transmission de l'information concernant la prévention de la santé au travail entre les entreprises, l'éducation nationale et les SST conduit à un manque d'efficacité alarmant.

84.- Face à cette problématique représentative chez les jeunes travailleurs, le gouvernement a fait état d'une prise de conscience. En 2018, la loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel[121], réforme l'apprentissage et la formation professionnelle. Plusieurs évolutions renforcent notamment l'obligation en matière de santé au travail. Néanmoins, peu de changements sont opérés en profondeur notamment concernant la culture de la prévention dès l'apprentissage.

85.- Sur le plan de la formation, l'employeur reste (relativement) seul face à son obligation surtout au niveau des jeunes salariés. L'appui des SST n'intervient qu'à partir du moment où ces jeunes travailleurs obtiennent le statut de salarié ou d'apprenti dans une entreprise. La création d'un « *passeport prévention* »[122] proposé par la réforme d'aout 2021[123] ne permet pas, selon nous, de résoudre ce problème mais permet simplement d'offrir une meilleure visibilité sur les formations suivies par le salarié en matière de santé au travail.

86.- Ce soutien partiel se montre largement insuffisant pour que la mission de l'entreprise puisse être correctement remplie. Une formation à la prévention plus générale fait cruellement défaut notamment au niveau de l'Education nationale et l'apprentissage. Plusieurs solutions seront envisagées dans notre travail de recherche, en seconde partie.

---

[121] L. n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, JO n° 205, 6 septembre 2018, texte n° 1 Voici quelques mesures que la loi a adopté : « développer l'apprentissage, c'est lever les freins spécifiques à chaque entreprise. Pour les entreprises de moins de 250 salariés qui forment des jeunes en CAP ou en Bac pro, une aide unique pour plus de lisibilité. Pour toutes les entreprises, la possibilité d'ouvrir un CFA, la mise en place d'un collecteur unique (URSSAF), la possibilité d'entrer en apprentissage tout au long de l'année, une durée de contrat qui tient compte des acquis de l'apprenti... Pour tous les CFA, les démarches seront simplifiées. Les branches professionnelles coconstruiront le contenu des diplômes avec l'Etat. Le droit du travail tiendra compte des spécificités de certains métiers ».

[122] art. 6, L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2.

[123] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2.

87.- Ici, l'employeur semble donc être là encore le garant exclusif de l'obligation de formation à la prévention, notamment chez les jeunes salariés. Les SST ne peuvent juridiquement pas intervenir en matière de prévention tant que ces jeunes ne sont pas salariés ou apprentis des entreprises adhérentes à leur service. Sur le plan de cette obligation de formation, les rapports juridiques devraient plutôt s'étendre à d'autres acteurs de l'éducation, de la formation et de l'apprentissage. Il convient enfin de se demander si l'employeur est également le garant exclusif de la troisième obligation en matière de prévention évoquée à l'article L. 4121-1 du Code du travail, à savoir, la mise en place de moyens adaptés dans l'entreprise.

3) L'employeur et l'organisation de moyens de prévention adaptés

88.- L'employeur doit mettre en œuvre un ensemble de moyens efficaces permettant de prévenir les risques professionnels qu'engendre l'activité économique de l'entreprise. Sur ce point, SST et entreprises semblent plutôt agir de concert à l'exécution de cette mission. A l'occasion du PST 3, le gouvernement lui-même évoquait pourtant un certain scepticisme *: « malgré une expérience et des réalisations importantes des acteurs de la prévention en matière de production normative, d'outils et de méthodes de prévention, notamment dans le cadre des deux premiers plans de santé au travail, force est de constater que la santé au travail n'occupe pas un rang suffisamment élevé dans l'ordre des préoccupations de nombreux acteurs de l'entreprise. (…) La réglementation relative à la protection de la santé et de la sécurité au travail est trop souvent perçue comme une contrainte réglementaire peu opérationnelle et insuffisamment porteuse de sens. Pour répondre à cet enjeu fondamental, la culture de prévention doit être renforcée et promue auprès de l'ensemble des acteurs de l'entreprise, et notamment ceux des PME-TPE »*[124]. D'après ces affirmations, la promotion de la culture de prévention dans l'entreprise semblerait être la clé.

89.- Toutefois, cette culture de la prévention n'est pas suffisamment développée. Si le déploiement pluridisciplinaire des SST a permis des évolutions, pour les entreprises, la santé au travail est encore bien souvent réduite à la seule visite médicale[125].

---

[124] MTEFP, *Plan Santé Travail 3*, 2016-2020, p.16.
[125] *V.* Annexes 2 et 3 : propos issus des sondages et questionnaires réalisés auprès des entreprises.

90.- L'intérêt de mettre en place des actions de prévention primaire apparait pourtant primordial. L'exemple de la prévention des troubles musculosquelettiques (TSM) est significatif. La prévention des TMS ne peut pas être assumée uniquement par les entreprises. Ces troubles sont des pathologies qui relèvent de l'usure professionnelle. Ils ne se déclarent, par définition, que dans le long terme et souvent en fin de carrière professionnelle. Les seules actions permettant d'éviter l'apparition de ces troubles relèvent donc de la prévention primaire. Le rôle de conseil en prévention des SST est donc ici plus que nécessaire. En prévoyant un aménagement de certains postes de travail, ces pathologies pourraient être évitées. L'employeur ne dispose pas des compétences techniques et médicales permettant de savoir comment adapter ces postes de travail ou même d'en identifier précisément les risques. La sollicitation et l'appui des SST devrait être ici systématique.

91.- La même conclusion peut être faite en matière d'équipement. En effet, c'est à l'employeur de choisir ses outils de travail parmi un large choix de techniques, ou de produits. Le rapport qualité prix doit également être pris en compte. Mais la difficulté rencontrée dans ce choix et que les équipements à visée professionnelle proposés ne sont pas toujours conçus à la base dans cette culture de prévention des risques professionnels. Un équipement peut être utilisé et choisi par des entreprises sans que la notion de prévention des risques n'ait été envisagée par le concepteur.

92.- A titre d'illustration, le simple travail sur écran nécessite certains équipements spécifiques afin de prévenir, entre autres, les troubles musculosquelettiques. L'employeur convient alors des équipements nécessaires en matière d'installation d'un poste de travail comprenant un bureau, un fauteuil de bureau et un ordinateur. Une norme ISO[126] énonce des exigences et des recommandations concernant les postes de travail sur ordinateur. Des sièges ergonomiques permettent ainsi de régler la hauteur et l'inclinaison du siège afin d'éviter les risques de douleurs vertébrales, ou de tendinites, en voici certains critères :

- Être réglable en hauteur,
- Posséder une assise permettant aux utilisateurs de faire varier leur posture en avant et en arrière,
- Permettre un déplacement relatif de l'assise et du dossier (souvent : dossier inclinable),

[126] Norme NF EN ISO 9241-210, août 2010.

- Être équipé de roulettes,
- Être pourvu d'un mécanisme pivotant (assise),
- Posséder un dossier qui maintient le dos de l'utilisateur,
- Posséder une surface ayant un degré de frottement suffisant pour éviter à l'utilisateur de glisser et, pour le confort, une surface qui soit perméable.

93.- Néanmoins, le caractère de validité juridique de ces normes est largement critiquable. Selon certains auteurs, *« ces normes peuvent être transposées ou ne pas l'être au plan national, selon le résultat de la procédure d'homologation, sauf, évidemment, dans le cas où elles ont fait l'objet d'une acceptation européenne, ce qui les fait retomber dans l'hypothèse précédente. Il n'est guère nécessaire d'insister sur l'originalité de l'ensemble de ce processus, qui laisse planer une part de mystère sur la nature juridique des normes homologuées. Cette originalité se reflète, au demeurant, dans les règles qui président à leur diffusion* »[127].

94.- L'employeur doit alors prendre en compte tous ces facteurs dans le choix des équipements à installer. Pour être mise en place, la prévention primaire[128] nécessite alors des recherches techniques en matière médicale, réglementaire ou encore ergonomique que l'employeur peut difficilement appréhender seul. L'intervention des SST pourrait lui permettre de choisir efficacement ses équipements.

95.- Si la prévention primaire est l'un des principaux défis du PST 3[129], c'est justement parce que cette culture de la prévention est sous-représentée notamment chez les TPE/PME. Certains rapports évoquent que *« 57 % des employeurs déclarent mettre en œuvre des mesures de prévention au cours de 12 derniers mois. Les employeurs n'ayant entrepris aucune action de*

---

[127] BERR C.-J., « Normalisation », *Rép. com.*, Juin 2010 (actualisation : Juin 2011), p. 70.
[128] Selon la Haute Autorité de santé (HAS), « la prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités ; sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récidive ».
[129] MTEFP, Plan Santé Travail 3, 2016-2020, p. 2, « Le troisième Plan santé au travail (PST 3) traduit, tant dans sa méthode d'élaboration que dans son contenu, l'ambition d'un renouvellement profond de la politique de santé au travail partagée entre l'État, les partenaires sociaux, la Sécurité sociale et les organismes et acteurs de la prévention ».

prévention (43 %) sont surreprésentés dans le commerce, l'hébergement, la restauration ainsi que dans les autres services. Il s'agit souvent de très petits établissements »[130].

96.- Par conséquent sur ce point, l'employeur est le seul responsable de l'organisation et de la mise en place de moyens adaptés dans son entreprise. Cependant, les SST disposent d'une équipe technique pluridisciplinaire pleinement compétente sur laquelle il peut s'appuyer. Les SST représentent une ressource importante de compétences technique sur lesquelles l'employeur peut compter lorsqu'il en fait la demande. La récente réforme de 2021 en rappelle d'ailleurs la portée et propose même d'élargir les compétences de l'équipe pluridisciplinaire[131]. Dès lors que les moyens existent, la démarche de sollicitation des SST revient à l'employeur.

97.- L'insatisfaction des rapports actuels entre entreprises et SST se traduit donc d'abord par des difficultés ressenties par les employeurs à définir l'étendue et le fondement de leurs missions de prévention dont ils semblent plutôt en être les garants exclusifs. Or, la prévention est une mission commune à l'ensemble des acteurs de la santé au travail dont la coopération est primordiale pour être efficace. Mais en pratique la nécessité d'une coopération entre entreprises et SST fait parfois défaut. Un contexte conflictuel est relativement largement évoqué.

II. Des relations conflictuelles véhiculées par deux principaux facteurs

98.- A l'étude des rapports entre entreprises et SST, le constat est le suivant : les relations conflictuelles constatées sont le plus souvent issues d'un réel manque de communication entre les deux acteurs de la santé au travail (A.). De plus, cette incompréhension engendre une responsabilisation quasi automatique des entreprises en matière juridique ce qui alimente continuellement l'insatisfaction évoquée (B.).

---

[130] DARES, La prévention des risques professionnels. Les mesures mises en œuvre les employeurs publics et privés, Analyses, 2016. p. 8.

[131] art. 35, L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2, l'équipe pluridisciplinaire pourra comprendre *« des auxiliaires médicaux disposant de compétences en santé au travail »*.

A- Un manque de communication entre entreprises et SST

99.- Le défaut de communication est à l'origine de conflits entre entreprises et SST. Cela a pu notamment être constaté grâce à la réalisation d'un sondage sur le terrain ayant permis de recueillir des témoignages en provenance de plusieurs employeurs. Dans un premier temps, une perception plutôt négative est évoquée mais plusieurs aspects positifs ont également été reconnus (1). Dans un second temps, un défaut d'information sur le rôle de l'équipe pluridisciplinaire est largement ressorti (2). Enfin, l'inapplicabilité pratique de certaines préconisations médicales révèle être une source importante d'insatisfaction (3).

1) Une perception plutôt négative de la « médecine de travail »

100.- Au cours d'échanges professionnels plusieurs interrogations ont pu être posées sur la base d'un même questionnaire[132] de manière anonyme auprès d'employeurs. Les réponses les plus fréquentes et les plus marquantes ont été retranscrites au cours de nos développements. Dans le cadre de notre travail de recherche nous avons également mis en place un sondage[133] en ligne qui s'est volontairement inspiré du *« bilan de perception image de la médecine du travail auprès des adhérents de l'AST67*[134] » afin de permettre la comparaison des résultats afférents à certaines questions. Ces différents sondages ont été réalisés majoritairement auprès de petites et moyennes entreprises (TPE/PME) adhérant à un service de santé au travail.

101.- En France, les TPE/PME emploient près de la moitié de la masse salariale totale[135]. Les services interentreprises représentent alors un interlocuteur de proximité auprès de ces entreprises qui ne disposent pas pour la plupart de service des ressources humaines (RH) ou juridique. Parmi les entreprises ayant répondu aux différents sondages, beaucoup d'entre elles avouent se sentir souvent très seules face aux obligations qui leur incombent. Certaines voient

---

[132] *V.* Annexe 2 : questionnaire perception de l'image des SST auprès des entreprises.
[133] *V.* Annexe 3 : questions proposées par le sondage en ligne créé le 26/01/2017.
[134] Alsace Santé au Travail, Bilan de Perception et Image de la médecine du travail auprès des adhérents de l'AST67. Euro-Mkg, Rapport d'Etude, 2006, p. 29.
[135] Selon l'INSEE « Les TPE/PME représentent 49 % des 14 millions d'actifs du pays. TPE et PME produisent chaque année environ 1/3 du chiffre d'affaires total des entreprises françaises. Les TPE représentent environ 20 % de la masse salariale ». INSEE, Statistiques Publiques, les entreprises en France, édition 2017, p. 64.

en la « *médecine du travail* »[136] un facteur de contraintes supplémentaires plus qu'un véritable allié. Cette notion de contrainte est également reprise dans les témoignages issus des réunions réalisées à l'occasion du rapport Lecocq[137] : « *plus gravement, notre système de santé au travail est jugé décourageant car il assimile santé au travail avec contrainte, voire sanction, pour l'employeur qui n'a pas satisfait à l'obligation d'organiser une visite médicale, de réaliser son évaluation des risques, ou constate des hausses de cotisations sur lesquelles il estime n'avoir que peu de prise* ».

102.- Les différents questionnaires et sondages s'accordent à dire que les SST ne véhiculent pas une image très positive mais ils sont loin d'être totalement rejetés par les entreprises. D'après les interviews réalisées, l'un des principaux points faibles exposé par les employeurs est la présence de lacunes dans le suivi de santé au travail. Plusieurs thématiques sont évoquées :

- *« Le non-respect des délais légaux dans l'octroi des rendez-vous* »,
- « *La présence trop peu régulière et peu fréquente du médecin du travail en entreprise* »,
- *« L'absence de soutien dans la mise en place de la prévention primaire : évaluation des risques, fiche d'entreprise, document unique* ».

103.- Il ressort également de nos observations que ces constatations révèlent un réel manque de communication notamment concernant :

- « *Le manque d'explications du médecin du travail dans ses préconisations* »,
- *« L'absence de communication régulière et concrète sur les nouvelles réglementations* »,
- *« Le contact trop peu fréquent et insatisfaisant avec le médecin du travail et encore plus avec son équipe pluridisciplinaire* ».

104.- Concernant cet aspect « communication », la proximité avec le médecin du travail a pu être mesurée par rapport aux questions suivantes : « *Connaissez-vous le nom de votre Médecin du travail ? S'est-il déjà rendu dans votre entreprise* ? ».

---

[136] Les entreprises utilisent encore majoritairement dans le propos le terme « médecine du travail » et non SSTi. Ce qui témoigne à première vue d'une mauvaise communication quant aux nouvelles missions pluridisciplinaires des services. (*V.* l'explication de l'évolution de l'appellation des services en introduction).

[137] LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, p. 174.

105.- Selon l'étude alsacienne [138] réalisée auprès de 1000 entreprises adhérentes à leur SST en 2006, seules 56 % des entreprises interrogées connaissent le nom de leur médecin du travail.

106.- Dans notre sondage réalisé auprès de 188 entreprises[139], les chiffres sont relativement comparables : 66 % déclarent connaitre le nom de leur médecin du travail, et 54.3 % reconnaissent que le médecin du travail s'est déjà rendu dans leur entreprise.

107.- Même si ces constatations témoignent d'une progression par rapport à la première enquête réalisée en 1997 par l'AST67, seule environ une entreprise sur deux déclare connaître le nom de son médecin du travail. Les mêmes statistiques sont observées concernant l'intervention du médecin du travail dans l'entreprise.

108.- La communication a pu également être abordée au niveau de l'accès à l'information en matière de santé au travail. Un extrait du questionnaire que nous avons effectué courant 2016-2017[140] est évocateur. « *Plusieurs employeurs m'ont confié leur sentiment de solitude face à la prévention en matière de santé au travail, est-ce un sentiment général ? Pourquoi ? Ce sentiment est surtout présent dans les PME/TPE. Elles n'ont pas de personne dédiée exclusivement à la santé et la sécurité au travail. Les entreprises doivent tout gérer elles-mêmes. Elles sont donc rarement à jour au niveau des réglementations même si certains organismes tentent de les aiguiller cela n'est pas suffisant. Les PME ont un réel manque de temps et de personnel pour s'occuper de la prévention. Les PME sont clairement prises par leurs activités journalières. Les obligations en matière de santé et sécurité au travail représentent une contrainte supplémentaire compliquée à comprendre. Elles attendent vraiment que la médecine du travail leur apporte un réel soutien en matière de prévention c'est-à-dire concrètement expliquer pourquoi tel document est obligatoire, ce à quoi il va servir et donner plus d'explications, faire preuve de pédagogie et surtout de communication* »[141] .

---

[138] Alsace Santé au Travail, Bilan de Perception et Image de la médecine du travail auprès des adhérents de l'AST67. Euro-Mkg, Rapport d'Etude, 2006.
[139] *V.* Annexe 3.
[140] *Ibid*.
[141] *V.* Annexe 2.

109.- Enfin, ces témoignages révèlent également une absence de connaissance sur ce que représente les SST. Les propos d'un employeur interrogé sur la question sont les suivants : « *pour nous employeurs (PME), le SST c'est le médecin du travail. Il est au cœur du système, c'est le personnage le plus important et souvent on ne connait que lui. L'image du SST dépend des relations avec le médecin. C'est pour cela que certains employeurs accueillent mal la réforme de la loi « Travail » permettant au médecin du travail de déléguer ses missions à l'infirmier en santé travail. Certains se demandent : si ce n'est plus le médecin qui effectuera les visites médicales pourquoi ma cotisation continue d'augmenter ? (…) Avec la loi Travail*[142], *on a l'impression qu'on nous augmente les cotisations mais pour réduire le service fourni* »[143].

110.- De la même manière une question a été posée sur la présence de l'intervenant en prévention des risques en entreprise[144] : sur ce point, leur existence et leurs missions sont méconnues[145]. Certains employeurs considèrent aujourd'hui que « *c'est aux SST de prendre contact afin de faire connaitre leurs missions. Il convient ensuite d'entretenir ce lien afin de permettre une communication réciproque efficace et surtout productive en matière de prévention* »[146].

111.- Les rapports entre SST et entreprises semblent assez limités concernant la moitié environ des entreprises ayant répondu aux sondages puisqu'elles reconnaissent n'avoir jamais rencontré leur médecin du travail. Pour ces entreprises, le défaut d'information s'étend à l'existence et au rôle de l'équipe pluridisciplinaire.

---

[142] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.
[143] Propos relevés directement de la pratique professionnelle sur le terrain.
[144] Selon l'INRS : « la mise en place des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) résulte de la mise en application de la loi de modernisation sociale (L. n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, JO 18 janvier 2002, texte n° 1) dont le cadre d'action a été revu par L. n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à la réforme de la médecine du travail. Les entreprises et les services de santé au travail peuvent ainsi faire appel à des compétences spécifiques pour une approche globale et pluridisciplinaire (c'est-à-dire à la fois technique, médicale et organisationnelle) dans la conduite d'actions de prévention. Les IPRP peuvent avoir des profils très variés : psychologues, ergonomes, toxicologues… ». Source URL < https://www.inrs.fr/ >.
[145] Annexe 4 : Résultats de notre sondage réalisé le 26/01/2017.
[146] Ibid.

2) Le rôle méconnu de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail

112.- La perception de la santé au travail par les entreprises se cantonne souvent aux problématiques rencontrées lors de la gestion de cas particuliers. L'un des employeurs interrogés affirme que *« le constat est indiscutable : les relations entre médecins et dirigeants ou responsables RH sont dominées par la gestion des cas individuels, en particulier des situations d'inaptitudes »*[147]. Le manque de connaissance sur l'existence et les missions de l'équipe pluridisciplinaire en est la cause.

113.- Le législateur a pourtant tenté, au fil des années, de renforcer le rôle de la pluridisciplinarité par l'extension des textes juridiques. Cette extension a conduit à réaffirmer que les missions du SST de manière globale sont assurées non pas seulement par le médecin du travail mais bien par l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire.

114.- L'article L. 4622-8 du Code du travail avait été créé par la loi du 20 juillet 2011[148] et a été modifié par la loi du 8 août 2016[149]. Il énonce que *: « les missions des SST sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comprenant des médecins du travail, des collaborateurs médecins, des internes en médecine du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers. Ces équipes peuvent être complétées par des assistants de SST et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail. Les médecins du travail animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire ».*

115.- Le renforcement du rôle des membres de l'équipe pluridisciplinaire est également intervenu sur deux autres points non négligeables depuis la loi « Travail » [150] applicable depuis le 1er janvier 2017.

---

[147] *V.* Annexe 2.
[148] L. n° 2011-867 du 20 juillet 2011 *relative à l'organisation de la médecine du travail, JO* n° 170, 24 juill. 2011, texte n° 1.
[149] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.
[150] Ibid.

116.- D'une part, désormais, un professionnel de santé de l'équipe pluridisciplinaire autre que le médecin du travail (médecin collaborateur, interne en médecine du travail ou infirmier en santé travail) peut effectuer le suivi individuel des salariés non affectés à des postes présentant des risques particuliers[151]. Ce professionnel de santé est placé sous l'autorité du médecin du travail et ne peut intervenir que dans le cadre d'un protocole établi avec le médecin du travail. Il peut également assister au comité social économique (CSE)[152] de l'entreprise. Il peut aussi participer à la rédaction de la fiche d'entreprise[153]. D'autre part, un membre de l'équipe pluridisciplinaire peut réaliser l'étude de poste et des conditions de travail à la place du médecin du travail[154].

117.- Plusieurs campagnes de communication de la part des SSTI représentés pour la plupart par l'organisme national PRESANCE[155] ont été déployées sur l'évolution juridique du rôle de l'équipe pluridisciplinaire. Pour autant, le message n'est pas encore suffisamment intégré par les entreprises et le manque d'intervention des membres de cette équipe en entreprise en témoigne.

118.- De plus, lorsque les interventions existent en entreprise, les employeurs ont tendance à reprocher régulièrement aux SST de ne pas proposer de suivi de leurs actions de prévention. Cela a pour conséquence de créer un réel déficit en matière de conseils. Cette impression a notamment pu être recueillie sur le terrain, par le questionnement suivant : « *les actions de prévention engendrent-elles systématiquement des retours positifs pour les entreprises ?*

---

[151] *C. trav*., art. R. 4624-10 Modifié par Décr. n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 *relatif à la modernisation de la médecine du travail, JO* n° 302, 29 déc. 2016, texte n° 65. - art. 1 : « *tout travailleur bénéficie d'une visite d'information et de prévention, réalisée par l'un des professionnels de santé mentionnés au premier alinéa de l'article L. 4624-1 dans un délai qui n'excède pas trois mois à compter de la prise effective du poste de travail* ».

[152] Selon le Code du travail Numérique : « le Comité Social et Economique, instance unique chargée de représenter le personnel dans une entreprise. Elle remplace les anciennes instances représentatives du personnel dans l'entreprise qui étaient les délégués du personnel, le comité d'entreprise et le CHSCT. Sa mise en place est obligatoire dans les entreprises dont l'effectif atteint 11 salariés pendant 12 mois consécutifs. Ses attributions évoluent en fonction des effectifs de l'entreprise », Source URL < https://code.travail.gouv.fr/ >.

[153] *C. trav*., art. R. 4624-1.

[154] *C. trav*., art. L. 4624-4 Modifié par L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 *relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO* n° 184, 9 août 2016, texte n° 3. art. 102 (V) « *Après avoir procédé ou fait procéder par un membre de l'équipe pluridisciplinaire à une étude de poste et après avoir échangé avec le salarié et l'employeur, le médecin du travail qui constate qu'aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail occupé n'est possible et que l'état de santé du travailleur justifie un changement de poste déclare le travailleur inapte à son poste de travail. L'avis d'inaptitude rendu par le médecin du travail est éclairé par des conclusions écrites, assorties d'indications relatives au reclassement du travailleur* ».

[155] PRESANCE est l'organisme de représentation des Services de Santé au Travail Interentreprises de France.

Pourquoi ? ». Un employeur interrogé répond : *« pour qu'il y ait des retours positifs encore faut-il qu'il y ait un suivi. Venir nous proposer des guides permettant de remplir le document unique ne suffit pas. Il faut qu'on nous explique concrètement à quoi il sert et quels sont ses objectifs. Si on ne suit pas les employeurs régulièrement, la prévention continuera à ne pas avoir de conséquences en entreprise et la médecine du travail continuera à être perçue comme une contrainte* »[156]. Le législateur prévoit en effet que les rapports issus des actions en milieu de travail doivent être communiqués à l'entreprise. En revanche, rien n'est prévu quant à un éventuel suivi de ses actions.

119.- La réforme de 2021 est venue proposer un renforcement du soutien des équipes pluridisciplinaires aux entreprises notamment dans le cadre de l'évaluation des risques. Elle propose que cette évaluation des risques puisse générer des actions de prévention mesurables et traçables[157]. Toutefois, les démarches semblent assez compliquées à mettre en œuvre en pratique. Les entreprises et SST se montrent plutôt perplexes.

120.- Malgré la réaffirmation du rôle pluridisciplinaire au fur et à mesure des réformes, la communication et le suivi en matière de prévention n'est pas suffisant. Des critiques sont également récurrentes concernant les préconisations émises par les médecins du travail parfois jugées trop éloignées de la réalité de l'entreprise.

3) Des préconisations médicales parfois déconnectées de l'entreprise

121.- La loi « Travail »[158] est venue renforcer les préconisations du médecin du travail avec l'article L. 4624-3 du Code du travail en énonçant que : *« le médecin du travail peut proposer, par écrit et après échange avec le salarié et l'employeur, des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge ou à l'état de santé physique et mentale du travailleur ».*

---

[156] Annexe 3 : Questionnaire « perception des SST par les entreprises ».

[157] art. 3, L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2., création du programme annuel de prévention.

[158] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.

122.- Ces mesures devront désormais être proposées après :

- Un échange avec le salarié et l'employeur,
- Au cours d'une visite médicale,
- Et de manière écrite.

123.- L'« *échange obligatoire avec l'employeur* » a été ajouté en 2016 par le législateur pour donner l'opportunité aux médecins du travail de vérifier avec l'employeur la faisabilité et l'applicabilité pratique des préconisations. L'objectif était justement de limiter les préconisations inadaptées aux conditions de travail et à l'environnement de l'entreprise.

124.- Il faut savoir que l'employeur est tenu de prendre en considération les préconisations du médecin du travail[159]. S'il décide de refuser de les suivre, il doit se justifier auprès du médecin en exposant les motifs de son refus. L'inapplicabilité de certaines mesures peut, par exemple, être justifiée par des motifs d'ordre organisationnel, économique ou structurel propres à l'entreprise. L'employeur comme le salarié ont également la possibilité de contester les préconisations du médecin du travail devant le conseil de prud'hommes sous un délai de quinze jours[160]. L'absence d'échange du médecin du travail avec l'employeur avant l'émission de la préconisation peut désormais être un motif d'annulation de la préconisation.

125.- L'ajout de cette mention semble, selon nous, important puisque le manque de communication entre l'employeur et le médecin est souvent à l'origine de conflits lorsqu'il est question de préconisations. Certaines préconisations ont, souvent, été mal reçues, parce que considérées comme déconnectées de la réalité de l'entreprise. Des préconisations telles que

---

[159] C. trav., art. L. 4624-1 : « le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs. L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. En cas de difficulté ou de désaccord, l'employeur ou le salarié peut exercer un recours devant l'inspecteur du travail. Ce dernier prend sa décision après avis du médecin inspecteur du travail ».

[160] C. trav., art. L. 4624-4 : « Après avoir procédé ou fait procéder par un membre de l'équipe pluridisciplinaire à une étude de poste et après avoir échangé avec le salarié et l'employeur, le médecin du travail qui constate qu'aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail occupé n'est possible et que l'état de santé du travailleur justifie un changement de poste déclare le travailleur inapte à son poste de travail. L'avis d'inaptitude rendu par le médecin du travail est éclairé par des conclusions écrites, assorties d'indications relatives au reclassement du travailleur ».

« *l'interdiction du port de charges lourdes* » délivrées sans précision reviennent régulièrement dans les débats. Sans explication sur le poids à attribuer aux charges lourdes, l'employeur se trouve parfois démuni et ne voit pas comment l'appliquer surtout, lorsque les missions du salarié nécessitent de la manutention. Le Code du travail ne donne aucune définition de la notion de « *charges lourdes* ». Il est donc indispensable que l'échange avec le médecin ait lieu pour pouvoir en préciser les limites. Dans une décision de 2015[161], les juges avaient eu l'occasion de souligner l'importance d'un échange avec le médecin du travail pour se prononcer sur la situation de reclassement d'une vendeuse caissière déclarée « *inapte à son poste mais apte pour un travail sans manutention de charges lourdes* ». Ils ont estimé que l'employeur avait su chercher à reclasser la salariée puisque qu'il avait légitimement sollicité l'avis du médecin du travail concernant l'ensemble des postes qu'il était possible de proposer au sein du groupe. Au moment des faits, l'échange et la communication avec le médecin n'étaient pas imposés par le législateur pourtant, les juges se sont appuyés sur l'existence cet échange pour évincer la responsabilité de l'employeur.

126.- D'autres types de préconisations telle que l'interdiction de travail en hauteur ont souvent fait l'objet de critiques de la part des employeurs dont notamment les couvreurs. En effet, dans ces entreprises de couverture, presqu'aucune autre tâche ne peut être proposée aux salariés ne pouvant plus travailler en hauteur. La réglementation ne donne, là encore, pas de définition du travail en hauteur. C'est à l'employeur de rechercher l'existence d'un risque de chute de hauteur lors de l'évaluation des risques[162]**.** L'article R. 4534-85 du Code du travail prévoit que « *lorsque des travailleurs sont appelés à intervenir sur un toit présentant des dangers de chute de personnes ou de matériaux d'une hauteur de plus de trois mètres, des mesures appropriées sont prises pour éviter toute chute* »**.** D'après cet article, des mesures de prévention pourraient être considérées comme obligatoires à compter de cette hauteur de trois mètres. Toutefois, cette analyse reste approximative. Seul l'échange avec le médecin du travail permet éventuellement de fixer une hauteur applicable aux conditions de travail réellement constatées en pratique.

127.- L'article R. 4623-1 du Code du travail énonce que le médecin du travail est « *le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et*

---

[161] Cass. soc., 24 juin 2015, n° 13-27.747.
[162] *C. trav.*, art. L. 4121-1.

des services sociaux »[163]. En tant que conseiller, il doit pouvoir échanger avec l'employeur pour parer aux lacunes du droit.

128.- Sans explication, certaines préconisations délivrées par le médecin du travail peuvent induire l'employeur en erreur aux vues de ses obligations légales.

129.- Par exemple, certains médecins du travail mentionnent dans leurs avis d'inaptitude la mention suivante : *« inapte à tout poste »*. Cette mention laisse sous-entendre à l'employeur qu'aucun poste dans l'entreprise ne peut être proposé au salarié pour qu'il puisse être reclassé et que la procédure de licenciement peut être directement enclenchée. Néanmoins, cette démarche induit clairement l'employeur en erreur puisque malgré la précision *« inapte à tout poste* », l'employeur est juridiquement tenu de procéder aux recherches de reclassement avant d'entamer la procédure de licenciement.

130.- La jurisprudence est constante à ce sujet[164]. Le défaut de recherche de reclassement malgré l'inaptitude prononcée *« à tout poste* », rend systématiquement le licenciement pour inaptitude sans cause réelle et sérieuse[165]. La Cour de cassation affirme régulièrement que

---

[163] C. trav., art. R. 4623-1 « L'ensemble des missions de conseil du médecin du travail sont détaillées dans cet article de cette façon : Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux. Dans le champ de ses missions : 1° Il participe à la prévention des risques professionnels et à la protection de la santé des travailleurs, notamment par : a) L'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise ; b) L'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la santé physique et mentale, notamment en vue de préserver le maintien dans l'emploi des salariés ; c) La protection des travailleurs contre l'ensemble des nuisances, notamment contre les risques d'accidents du travail ou d'exposition à des agents chimiques dangereux ;d) L'amélioration de l'hygiène générale de l'établissement et l'hygiène dans les services de restauration ;e) La prévention et l'éducation sanitaires dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle ;f) La construction ou les aménagements nouveaux ;g) Les modifications apportées aux équipements ;h) La mise en place ou la modification de l'organisation du travail de nuit ; i) L'accompagnement en cas de réorganisation importante de l'entreprise ; 2° Il conseille l'employeur, notamment en participant à l'évaluation des risques dans le cadre de l'élaboration de la fiche d'entreprise et dans le cadre de son action sur le milieu de travail, réalisées, conformément à sa mission définie à l'article L. 4622-3, au service de la prévention et du maintien dans l'emploi des travailleurs, qu'il conduit avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, qu'il anime et coordonne ; 3° Il décide du suivi individuel de l'état de santé des travailleurs, qui a une vocation exclusivement préventive et qu'il réalise avec les personnels de santé mentionnés au premier alinéa de l'article L. 4624-1, qui exercent dans le cadre de protocoles et sous son autorité ; 4° Il contribue à la veille épidémiologique et à la traçabilité. Dans les services de santé au travail interentreprises, l'équipe pluridisciplinaire et, le cas échéant, le service social du travail, se coordonnent avec le service social du travail de l'entreprise ».

[164] VERKINDT P.-Y., « Inaptitude médicale du salarié et reclassement : la Cour de cassation garde le cap », *JCP S* n° 50, 8 déc. 2015, p. 1451.

[165] Cass. soc., 13 janv. 2016, Société Etoile occitane, n° 15-20.822, P+B ; Cass. soc., 9 juill. 2008, n° 07-14.318 ; Cass. soc., 1er févr. 2012, Société Schering Plough c/ M. Berthomieu, n° 10-23.500, F-D.

« *nonobstant l'avis du médecin du travail déclarant un salarié "inapte à tout poste" il appartient à l'employeur de rechercher les possibilités de reclassement dans son entreprise* »[166].

131.- Seule la mention expresse citée dans l'article L. 1226-2-1 du Code du travail permet à l'employeur de se décharger de cette obligation de recherche de reclassement[167]. A défaut, l'employeur ne peut engager la procédure de licenciement sans chercher à reclasser son salarié. Par la suite, l'obligation de reclassement est réputée tenue que lorsque l'employeur a su proposer des postes tenant compte de l'avis et des indications du médecin du travail.

132.- A ce propos, le droit a été la source de conflits concernant ces mentions expresses. La réforme de 2016 a opéré plusieurs modifications. Désormais, lorsque les médecins du travail estiment que les recherches de reclassement sont inutiles, ils doivent se prononcer par rapport à « *l'emploi* ». Auparavant, les termes « *dans l'entreprise* » étaient employés. Plusieurs médecins y ont interprété un élargissement de la notion au risque de pénaliser le salarié dans ses futures recherches d'emploi. Certains médecins pensaient que le salarié aurait été déclaré inapte à tout emploi de manière générale au lieu de restreindre le périmètre à celui de l'entreprise. A ce titre, plusieurs médecins du travail ont choisi de cocher l'une des deux mentions expresses en ajoutant « *dans l'entreprise* » de manière manuscrite. Or, le simple fait de modifier cette mention annulait son effet juridique. La jurisprudence a su reconfirmer la valeur expresse de l'article L. 1226-2-1 du Code du travail en considérant que les recherches de reclassement par l'employeur devaient avoir lieu dès lors que la mention citée avait subi une modification[168]. Le contenu imprécis des textes cumulé à l'absence d'échange entre

---

[166] Cass. soc., 1er févr. 2012, préc. ; Cass. soc., 27 mai 2015, Société Avenir nettoyage Nord, n° 14-11.155, P+B+R, *RDT* 2015. 463, obs. N. Moizard, *Dr. soc.* 2015. 650, obs. A. Mazeaud, *RJS* 2015, n° 545, *JCP S* 2015, 1290, note F. Bousez ; Cass. soc., 24 juin 2015, Société Issoire, n° 13-27.747, F-D ; Cass. soc., 26 mai 2016, Société Stampa, n° 13-24.468, F-D ; Cass. soc., 10 fév. 2016, Association Union des aveugles et des handicapés de la vue, n° 14-16.148, F-D ; CE., 4e et 5e SSR, 30 mai 2016, Mme Moulin, req. n° 387338, *Rec. Lebon*, p. 189, *AJDA* 2016. 1151 ; Cass. soc., 13 oct. 2016, n° 14-18.905, FS-P+B, *Bull. civ.* V, n° 195, *RJS* 2016, comm. n° 798, *JCP S* 2016, 1434, note B. Bossu.

[167] Il s'agit expressément de l'une ou l'autre des mentions suivantes qu'il est possible de cocher sur la fiche d'inaptitude : « tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé » ou « l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi ».

[168] Cass. soc., 2 nov. 2016, Société Vitakraft Simon Louis laboratoire vétérinaire, n° 15-21.948, F-D ; Cass. soc., 15 juin 2017, Société Industrie des produits chimiques, n° 16-10.509, F-D.

l'employeur et le médecin engendrent des confusions pouvant avoir de lourdes conséquences juridiques pour l'entreprise et le salarié.

133.- Toutefois, si ces exemples de préconisations ne concernent pas la majorité des avis émis par les médecins du travail, ils sont retenus par les employeurs comme une preuve du manque de connaissance des médecins du travail du monde de l'entreprise. Le défaut de communication entre ces deux acteurs de la santé au travail est clairement ici à l'origine du sentiment d'insatisfaction ressenti et peut parfois conduire l'entreprise à engager sa responsabilité. Un sentiment de sur-responsabilisation est alors évoqué.

B- Une « *sur-responsabilisation* » des entreprises

134.- Le terme de « *sur-responsabilisation* » utilisé ici sous-entend, qu'en plus de l'obligation de sécurité issue du contrat de travail, l'employeur se voit attribuer d'autres niveaux de responsabilité qui s'accumulent les uns après les autres. En ce sens, l'employeur s'est vu confronté à une appréciation très stricte des juges en matière de reclassement (1). Aussi, l'apparition de nouveaux risques a su faire naitre de nouveaux terrains de responsabilisation (2). Enfin, un parallèle a nécessairement dû être présenté dans nos développements. Si l'employeur se trouve de plus en plus responsable de la santé et de la sécurité de ses salariés, paradoxalement sa santé personnelle, n'est que rarement prise en compte. Ce sentiment d'exclusion ne fait que se coupler à la sur-responsabilisation observée (3).

1) Une procédure de reclassement significative de la sur-responsabilisation de l'employeur

135.- La sur-responsabilisation évoquée ne représente-t-elle qu'un sentiment observé ou peut-elle se vérifier juridiquement ? Plusieurs situations doivent être analysées. A l'issue d'un avis d'inaptitude, l'employeur a l'obligation de proposer au salarié tous les postes de reclassement possibles dans l'entreprise pouvant correspondre aux préconisations du médecin du travail. L'article L. 1226-12 du Code du travail énonce les conditions dans lesquelles l'employeur est réputé avoir satisfait à son obligation de reclassement : « l'*employeur ne peut rompre le contrat de travail que s'il justifie soit de son impossibilité de proposer un emploi dans les conditions prévues à l'article L. 1226-10, soit du refus par le salarié de l'emploi proposé dans ces*

conditions, (…) *L'obligation de reclassement est réputée satisfaite lorsque l'employeur a proposé un emploi, dans les conditions prévues à l'article L. 1226-10, en prenant en compte l'avis et les indications du médecin du travail ».*

136.- D'un point de vue théorique, cette obligation semble relativement facile à mettre en œuvre. Pourtant, la procédure de reclassement s'est vue attribuer, au fur et à mesure des réformes et de l'évolution de la jurisprudence, de nouvelles conditions pour pouvoir être validée.

137.- Lorsque l'avis d'inaptitude est prononcé par le médecin du travail, l'employeur dispose d'un mois pendant lequel il devra effectuer ses recherches de reclassement afin de procéder soit au reclassement soit au licenciement du salarié. A l'issue de ce mois de recherche, si aucune procédure (de reclassement ou de licenciement) n'a été entamée, l'employeur doit reprendre le versement des salaires[169].

138.- Une première difficulté apparait d'abord, au niveau du champ des recherches de reclassement. Il est de jurisprudence constante que les recherches doivent être « *loyales et sérieuses* »[170]. D'emblée, la jurisprudence a fait preuve de sévérité dans l'appréciation des postes de reclassement proposés.

139.- Dans un premier temps, l'employeur a dû, en priorité, proposer au salarié un emploi adapté à ses capacités, aussi comparable que possible à celui précédemment occupé et n'emportant pas modification sur son contrat de travail. La recherche reclassement devait se faire conformément aux nouvelles capacités du salarié compte tenu des conclusions écrites du médecin du travail.

140.- Dans un second temps, l'employeur a dû également proposer tous les postes de travail pouvant répondre aux capacités restantes du salarié y compris les propositions supposant de

---

[169] C. trav., art. L. 1226-11: « Lorsque, à l'issue d'un délai d'un mois à compter de la date de l'examen médical de reprise du travail, le salarié déclaré inapte n'est pas reclassé dans l'entreprise ou s'il n'est pas licencié, l'employeur lui verse, dès l'expiration de ce délai, le salaire correspondant à l'emploi que celui-ci occupait avant la suspension de son contrat de travail. Ces dispositions s'appliquent également en cas d'inaptitude à tout emploi dans l'entreprise constatée par le médecin du travail ».
[170] Cass. soc., 27 mai 2015, préc.

modifier les éléments essentiels du contrat de travail[171]. Cette obligation est strictement appréciée par les juges. Elle a pu engendrer des situations surprenantes. Pour pouvoir justifier avoir rempli son obligation de reclassement, l'employeur doit aujourd'hui proposer tous les postes de travail possibles dans l'entreprise y compris ceux comprenant des conditions désavantageuses pour le salarié.

141.- A titre d'illustration, la Haute Cour a décidé que l'employeur devait intégrer dans ses recherches de reclassement pour un salarié initialement embauché en contrat à durée indéterminée (CDI,) un contrat à durée déterminée (CDD) de remplacement de congé maternité. L'employeur, jugeant ce CDD trop désavantageux, ne l'a pas proposé au salarié. Le licenciement pour inaptitude qui a fait suite a donc été jugé sans cause réelle et sérieuse par les magistrats [172].

142.- De la même manière, les juges du droit ont considéré que les postes temporairement disponibles devaient également être inclus dans le champ des recherches de reclassement[173]. En l'espèce, le salarié inapte titulaire d'un CDI ne pouvait être reclassé que sur un emploi d'ordre administratif. A la suite de ses recherches, l'employeur a donc conclu à l'absence d'emploi compatible avec ses capacités. Or les juges ont décidé qu'un CDD de trois mois, basé dans une autre ville, aurait dû être proposé.

143.- En plus d'une appréciation sévère de l'obligation de reclassement par les juges, l'employeur s'est vu imposer une nouvelle obligation légale. Depuis le 1er janvier 2017[174], l'article L. 1226-10 du Code du travail impose à tout employeur de formuler des propositions de reclassement uniquement après avoir pris en compte l'avis du comité économique et social (CSE)[175]. Un licenciement pour inaptitude engagé sans consultation du CSE sera donc considéré sans cause réelle et sérieuse par les juges. Cette consultation des instances

---

[171] Les éléments essentiels du contrat de travail nécessitent l'accord du salarié pour pouvoir être modifiés. Sont généralement considérés comme éléments essentiels, la qualification du contrat, la zone géographique d'exécution du contrat, la rémunération ou encore la durée ou les horaires de travail.

[172] Cass. soc., 5 mars 2014, Société Sauer NG, n° 12-24.456, F-D, *RJS* 2014, comm. n° 395.

[173] Cass. soc., 10 févr. 2016, Société Prolaidis, n° 14-16.156, F-D, *RJS* 2016, comm. n° 237.

[174] Ord. n° 2017-1718 du 20 décembre 2017, *visant à compléter et mettre en cohérence les dispositions prises en application de la loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social, JO* n° 297, 21 déc. 2017, texte n° 46.

[175] C. trav., art. l'article L. 1226-10, « le comité social et économique (CSE) remplace les représentants élus du personnel dans l'entreprise. Il fusionne l'ensemble des instances représentatives du personnel (IRP), délégués du personnel (DP), comité d'entreprise (CE) et comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Le CSE devra être mis en place dans toutes les entreprises concernées le 1er janvier 2020 au plus tard ».

représentatives du personnel fait peser sur les épaules de l'employeur un nouveau niveau de responsabilité relatif à l'obligation de reclassement.

144.- L'employeur se heurte également à plusieurs difficultés lorsqu'il s'agit de mener des recherches de reclassement dans une entreprise faisant partie d'un groupe. Il est de jurisprudence constante que dans le cadre d'un groupe, les recherches de reclassement doivent s'étendre dans l'ensemble des entreprises du groupe. Par exemple, la Haute Cour a su reconnaitre un manquement de l'employeur à son obligation de reclassement lorsqu'il s'est abstenu d'effectuer ses recherches dans l'ensemble des supermarchés appartenant à la chaine[176].

145.- Au fil des années, les obligations de l'employeur en matière de reclassement ont dû faire face à une appréciation plutôt sévère de la part des juges et à une nouvelle condition légale renforçant leur niveau de responsabilité. Ces différentes décisions conduisent alors l'employeur à devoir systématiquement se tenir au fait de l'actualité juridique et des évolutions jurisprudentielles.

146.- En matière de reclassement, une jurisprudence particulièrement évolutive et plutôt sévère alimente ce sentiment de sur-responsabilisation de l'employeur. Cette méfiance de l'employeur à l'égard de la jurisprudence en matière de santé au travail se justifie par un historique jurisprudentiel ayant consacré des positions intransigeantes face à l'émergence de nouveaux risques professionnels.

2) Une sur-responsabilisation en lien avec l'apparition de nouveaux risques professionnels

147.- Le phénomène de « *sur-responsabilisation* » a également été véhiculé par l'émergence de nouveaux risques sanitaires encadrés initialement par l'obligation de sécurité de résultat l'employeur[177].

---

[176] Cass. soc., 17 mai 2016, SA MAMESE, n° 14-24.629, F-D, confirmant Cass. soc., 6 oct. 2015, Société Aldi marché Ablis, n° 14-18.432, F-D, et Cass. soc., 7 oct. 2015, Ugecam Nord Pas-de-Calais Picardie, n° 14-12.871, F-D.

[177] *C. trav.*, art. L. 4121-1, voir plus loin l'explication de l'évolution de l'obligation de sécurité de résultat vers une obligation de moyen.

148.- Cette obligation de sécurité est une création jurisprudentielle issue de l'interprétation de l'article L. 4121-1 du Code du travail. Cette théorie jurisprudentielle est apparue avec les arrêts « *amiante* » de 2002[178], faisant suite à l'interdiction de ce matériau en 1997[179]. Ces années ont été très marquantes pour les entreprises puisque la reconnaissance de ce nouveau risque professionnel[180] a donné lieu à des décisions intransigeantes en matière de santé, sécurité au travail.

149.- Les employeurs ont ainsi été condamnés par les juges sans qu'aucune faute ne soit réellement commise de leur part. Et ce, même après avoir démontré que toutes les mesures permettant de préserver la santé et la sécurité au travail des salariés avaient pu être prises. Le simple résultat, à savoir l'altération de la santé d'un salarié, suffisait à engager la responsabilité de l'employeur.

---

[178] Cass. soc., 28 févr. 2002, n° 99-18.389 *et al.*, *Bull. civ.* V, n° 81 [7 arrêts], *JCP G* 2002, II, 10053, concl. A. Benmaklouf ; *JCP E* 2002, 643, note G. Strebelle ; *JCP E* 2002, 1841, p. 2059, obs. G. Vachet ; *TPS* 2002, comm. 116, obs. X. Prétot, *D.* 2002. 2696, note X. Prétot, *RTD civ.* 2002. 310, obs. P. Jourdain, *Dr. soc.* 2002. 445, point de vue A. Lyon-Caen, *Dr. soc.* 2002. 828, étude M. Babin et N. Pichon ; *RDSS* 2002. 357, obs. P. Pédrot et G. Nicolas ; *RTD civ.* 2002. 310, obs. P. Jourdain ; *Dr. ouvrier* 2002. 166, note F. Meyer, *RJS* 2002, n° 621.

[179] INRS, Amiante, protection des travailleurs, 2015, p. 4 , « L'amiante a longtemps été considéré comme un matériau miracle, peu cher, et aux qualités exceptionnelles. Il a été utilisé massivement pendant plus de 130 ans. La consommation d'amiante en France était à son plus haut niveau entre 1973 et 1975 : on en utilisait alors environ 150 000 tonnes/an. Ce sont plusieurs milliers de produits à utilisation industrielle ou domestique qui ont été fabriqués. On peut les classer en fonction de leur présentation : l'amiante brut en vrac était utilisé pour l'isolation thermique en bourrage ou en flocage (projection) l'amiante tissé ou tressé était aussi utilisé pour l'isolation thermique de canalisations, d'équipements de protection individuelle (EPI), de câbles électriques... l'amiante sous forme de plaques de papier ou carton d'épaisseur variable (5 à 50 mm) était utilisé pour l'isolation thermique d'équipements chauffants, de faux-plafonds, de joints... l'amiante sous forme de feutre servait surtout à la filtration l'amiante incorporé sous forme de poudre était présent dans des mortiers à base de plâtre, dans des mortiers-colles, des colles, des enduits de finition... l'amiante mélangé à du ciment (amiante-ciment) a permis de fabriquer de multiples composés pour la construction : plaques ondulées, éléments de façade, gaines de ventilation, canalisations... l'amiante comme charge minérale était incorporé à des peintures, des vernis, des mastics, des mousses d'isolation... l'amiante mélangé à des matières plastiques ou à des élastomères permettait de fabriquer des joints, des revêtements, des ustensiles ménagers, des garnitures de freins... l'amiante incorporé aux bitumes servait pour l'étanchéité des toitures, contre la corrosion, pour les revêtements routiers... ».

[180] INRS, Amiante, protection des travailleurs, 2015, p.1., : « L'amiante constitue un problème majeur de santé publique et de santé au travail : ce matériau aux multiples qualités s'est révélé hautement toxique. Il a été massivement utilisé et le nombre de cancers qu'il a induit ne cesse d'augmenter. Interdit en France depuis 1997, il reste présent dans de nombreux bâtiments et équipements. De 400 à 500 fois moins épaisses qu'un cheveu, les fibres d'amiante sont invisibles dans les poussières de l'atmosphère. Inhalées, elles peuvent se déposer au fond des poumons et provoquer des maladies respiratoires graves (…) Certaines maladies peuvent survenir après de faibles expositions mais la répétition de l'exposition augmente la probabilité de tomber malade. Les effets sur la santé d'une exposition à l'amiante surviennent souvent plusieurs années après le début de l'exposition. L'amiante est responsable chaque année de près de 5 000 maladies reconnues comme étant liées au travail. Il s'agit de la deuxième cause de maladies professionnelles et de la première source en termes de coût ».

150.- La Cour de cassation s'est fondée juridiquement sur l'obligation de sécurité de résultat pour engager la responsabilité de l'employeur sur d'autres terrains.

151.- La reconnaissance du préjudice d'anxiété a d'abord contribué à amplifier le champ de reconnaissance de la responsabilité de l'employeur. La Haute Cour estimait de manière constante[181] que « *le salarié qui a travaillé dans l'un des établissements mentionnés à l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 et figurant sur une liste établie par arrêté ministériel pendant une période où y étaient fabriqués ou traités l'amiante ou des matériaux contenant de l'amiante, et se trouve, par le fait de l'employeur, dans une situation d'inquiétude permanente face au risque de déclaration à tout moment d'une maladie liée à l'amiante, subit un préjudice spécifique d'anxiété et ce peu importe qu'il se soumette ou non à des examens médicaux* ».

152.- A titre d'illustration, le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) a enregistré 20 239 demandes d'indemnisation en 2015 contre 19 110 en 2014.[182] Les dépenses d'indemnisation se sont élevées, la même année, à 438,40 millions d'euros. Ces chiffres permettent de mesurer l'ampleur des actions de droit civil qui ont eu lieu et donc, de s'imaginer les sommes versées par les entreprises condamnées à ce titre sur le plan du droit du travail.

153.- Plus tard, la jurisprudence a marqué un tournant pour abandonner le fondement de l'obligation de sécurité de résultat au profit d'une obligation de prévention[183]. Toutefois, le fondement de l'obligation de sécurité de résultat a été utilisé par les juges jusqu'en 2015. Jusqu'à cette date, les entreprises devaient faire face à des condamnations quasi-systématiques en plus de voir apparaitre l'émergence de nouveaux risques professionnels.

---

[181] Cass. soc., 11 mai 2010, n° 09-42.241 à n° 09-42.257, *Bull. civ.*, V, n° 106, *D.* 2010, note B. Ines, *D.* 2010. 2048, note C. Corgas-Bernard ; *D.* 2011. 35, obs. Ph. Brun et O. Gout ; *JCP G* 2010. II. 733, note J. Colonna et V. Renaux-Personnic, *JCP G* 2010. I. 1015, no 1, obs. C. Bloch, *S.* 2010. 1261, obs. G. Vachet, *RTD civ.* 2010. 564, obs. P. Jourdain ; *Gaz. pal.* n° 355, 21 déc. 2010, p. 46, obs. J.-P. Teissonnière ; *JCP S* 2010, 1261, note G. Vachet ; *JCP G* 2010, 568, obs. S. Miara ; *JCP G* 2010, 733, note J. Colonna et V. Renaux-Personnic ; Cass. soc., 8 juill. 2020, n° 19-12.340 *et al.*, *JCP S* 2020, 3025, note *D.* Asquinazi-Bailleux, *RJS* 2020, comm. n° 491 ; Cass. soc., 8 juill. 2020, Société Ugitech, n° 19-12.340, n° 19-12.341, n° 19-12.359 à n° 19-12.363 et n° 19-12.370, FS-P+B.

[182] CPAM, *Rapport Annuel 2017, L'assurance Maladie, Risques professionnels*, Paris, 2017, p.160.

[183] *V.* Evolution de l'obligation de sécurité au Chapitre 2, II, B, 2, a) sur l'évolution jurisprudentielle de l'obligation de sécurité : Depuis l'arrêt « Air France » du 25 novembre 2015, la Haute juridiction admet une certaine exonération de la responsabilité de l'employeur malgré la survenance du dommage sur le fondement que ce dernier avait pris toutes les mesures nécessaires pour tenter de l'empêcher. *V.* plus loin dans nos développements.

154.- Ainsi, par exemple, la mise en cause de la responsabilité de l'entreprise s'est vue récemment reconnue en matière de « *tabagisme passif* ». La jurisprudence de la chambre sociale de la Cour de cassation permet dans ce cas de figure d'obtenir des dommages et intérêts[184], de qualifier la rupture du contrat aux tors de l'employeur[185], ou encore, de reconnaître un lien de causalité entre la faute de l'employeur et la dégradation de l'état de santé du salarié[186].

155.- Les risques psychosociaux (RPS) ont également été reconnus comme étant de nouveaux terrains de mise en cause de la responsabilité de l'employeur depuis une dizaine d'années. Cette notion met l'accent sur des maux qui ne sont pas matériellement perceptibles et qui ne peuvent pas être constatés médicalement par des examens complémentaires classiques tels que des analyses de sang ou des radiographies. Les RPS ne sont pas nécessairement dus à la survenance d'un accident mais sont plutôt les conséquences de plusieurs facteurs dont l'organisation de travail, les techniques de management de l'employeur, la situation personnelle du salarié, les restructurations opérées dans l'entreprise, etc.

156.- Selon l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, « *un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas, eux, uniquement de même nature. Ils affectent également la santé physique, le bien-être et la productivité* »[187].

157.- Les conséquences des RPS au niveau de l'entreprise peuvent se mesurer par rapport aux taux d'absentéisme, de turn-over, de productivité, ou encore éventuellement au niveau des problèmes disciplinaires recensés. Ainsi, la loi « *Rebsamen* » du 17 août 2015[188] relative au dialogue social et à l'emploi a reconnu pour la première fois les maladies psychiques comme

---

[184] Cass. soc., 3 juin 2015, 14-11.324 et 14-11.339.

[185] CPH Paris, 6 févr. 2014, RG n° 12/01583, inédit, *JCP S* 2014, 1290, note Fr. Dumont ; Cass. soc., 29 juin 2005, Société ACME Protection, n° 03-44.412, *Bull. civ.* V, n° 219, p. 192, *D.* 2005. 2565, note A. Bugada ; *D.* 2005. 2565, obs. E. Chevrier, *JCP G* 2005, II, 10144, note *D.* Corrignan-Carsin ; *JCP S* 2005, 1154, note Fr. Favennec-Héry.

[186] CAA Bordeaux, 5e ch., 18 déc. 2012, Ecole nationale supérieure d'architecture de Toulouse, req. 11BX01213, inédit.

[187] https://osha.europa.eu/fr/themes/psychosocial-risks-and-stress.

[188] L. n° 2015-994 du 17 août 2015 *relative au dialogue social et à l'emploi*, *JO* n°189, 18 août 2015, texte n° 3.

pouvant avoir une origine professionnelle. Dans son bilan annuel de 2015, l'Assurance Maladie indiquait qu' « *en 2014, le nombre de reconnaissance des maladies psychiques liées au travail a augmenté avec 315 cas* ». Le rapport annuel de l'année 2019[189] révèle que *« les maladies professionnelles liées à l'amiante se stabilisent tandis que les affections psychiques liées au travail augmentent de +6 %* ».

158.- La crise sanitaire liée à la propagation de l'épidémie de COVID-19 a également soulevé de nouvelles problématiques de santé au travail. Pour certains auteurs, « *le protocole national*[190] *pour assurer la santé et la sécurité des salariés en entreprise face à l'épidémie de COVID-19 vient régler diverses questions au sein des entreprises suite à la crise sanitaire. Dans le cadre de ses obligations, l'employeur est tenu d'assurer la santé et la sécurité de ses salariés. (...) Par risque, on entend notamment la diffusion de la pandémie au sein de l'entreprise et par conséquent d'éventuels impacts sur la santé des salariés. L'employeur, pour assurer leur santé et leur sécurité, doit prendre toutes les mesures nécessaires afin de réduire ces risques et non plus les empêcher* »[191].

159.- Face à l'émergence de ces nouveaux risques professionnels de plus en plus difficiles à encadrer, de nouveaux terrains de mise en cause de la responsabilité de l'employeur se sont ouverts. Désormais, le « *non-respect des préconisations du médecin du travail par l'employeur sur l'organisation d'une procédure disciplinaire peut laisser présumer l'existence d'un harcèlement moral* »[192]. Les juges reconnaissent de manière constante une présomption de reconnaissance de l'existence d'un harcèlement moral lorsque les faits invoqués par le salarié le permettent : « *pour se prononcer sur l'existence d'un harcèlement moral, il appartient au juge du fond d'examiner l'ensemble des éléments invoqués par le salarié, en prenant en compte des documents médicaux éventuellement produits, et d'apprécier si les faits matériellement établis, pris dans leur ensemble, permettent de présumer l'existence d'un harcèlement moral. Dans l'affirmative, il revient ensuite au juge d'apprécier si l'employeur prouve que les*

---

[189] CPAM, *Rapport Annuel 2019, L'Assurance Maladie, risques professionnels, éléments statistiques et financiers,* Paris, 2020, p. 168.
[190] JUBERT L. *Le protocole national de pour assurer la santé et la sécurité des salariés en entreprise face à l'épidémie de COVID-19 : quelques réflexions sur l'encadrement par l'État d'une situation hors-norme*, Revue de Droit du travail, 2020, p. 521.
[191] GAUDIN F., *Crise Sanitaire, Pouvoir disciplinaire de l'employeur et COVID-19, JA 2020*, n° 630, p. 40.
[192] Cass. soc., 9 mars 2016, RATP, n° 14-23.182 et 14-23.587, F-D.

agissements invoqués ne sont pas constitutifs d'un tel harcèlement et que ses décisions sont justifiées par des éléments objectifs étrangers à tout harcèlement »[193].

160.- Ces exemples ne sont pas exhaustifs. En ce sens, une partie de la doctrine dénonce un phénomène de *« sanitarisation de l'entreprise qui émerge notamment en matière de RPS. Le lien travail-risques a laissé place au lien entreprise-risque. C'est-à-dire que le risque ne résulte pas du travail mais de la structure dans laquelle il est effectué* »[194].

161.- La Commission Européenne en juin 2014[195] faisait pourtant déjà état de défis principaux dont celui « *d'améliorer la prévention des maladies liées au travail en s'attaques aux risques nouveaux et émergents* » ou encore celui de « *tenir compte du vieillissement de la main-d'œuvre européenne et améliorer la prévention des maladies liées au travail pour lutter contre les risques existants et nouveaux, par exemple dans les secteurs des nanomatériaux, des technologies vertes et des biotechnologies* ». « *Les résultats de l'évaluation de la stratégie 2007-2012 ont souligné la nécessité de réexaminer les objectifs, les priorités et les méthodes de travail afin d'adapter le cadre d'action de l'UE à l'évolution des modes de travail ainsi qu'aux risques nouveaux et émergents* »[196].

162.- Le champ de mise en cause de la responsabilité de l'employeur s'étoffe au fur et à mesure de l'apparition de nouveaux risques professionnels pour la santé des salariés, ce qui participe au sentiment de sur-responsabilisation. Paradoxalement, la prise en compte de la santé au travail du dirigeant n'est que très rarement constatée. Ce parallèle à la sur-responsabilisation évoquée doit donc nécessairement être observé.

---

[193] Cass. soc., 20 sept. 2017, Association Office du tourisme et des congrès de Paris, n° 16-11.775, F-D ; Cass. soc., 21 sept. 2017, Société Arkema, n° 16-11.063, F-D ; Cass. soc., 15 juin 2017, Société Aquariums Oceanworld, n° 16-10.420, F-D ; Cass. soc., 23 mai 2017, Association Saint Augustin, n° 15-28.862, F-D ; Cass. soc., 1er mars 2017, Société Poustousol productions, n° 13-20.688, F-D ; Cass. soc., 22 févr. 2017, Société Lidl, n° 15-22.378, F-D ; Cass. soc., 26 janv. 2017, Société Energy Pool développement, n° 15-15.144, F-D.

[194] JOVER A.-Fr., AKNIN Fr., « La sanitarisation de l'entreprise : l'exemple des substances psychotropes », *JCP S* 2014, p. 1338, n° 37.

[195] Communiqué de presse, Commission Européenne, Cadre stratégique en matière de santé et de sécurité au travail, objectifs de l'UE pour la période 2014-2020, Bruxelles, 2014.

[196] Ibid.

3) L'absence de prise en compte de la santé au travail du dirigeant

163.- Si nous avons pu observer que la responsabilité de l'employeur est de plus en plus exposée aux risques émergents concernant la santé des salariés, la santé du dirigeant ne fait quant à elle l'objet que de peu de considérations de la part du législateur et des juges.

164.- Dans nos échanges avec les entreprises adhérentes à nos services, la question suivante a été posée : *« que pensez-vous de la reconnaissance d'un suivi de santé des employeurs ? »*, la plupart se sont simplement étonnés de la question.

165.- Selon les employeurs interrogés, la santé au travail se focalise sur leurs obligations envers la protection de celle des salariés. La santé au travail du dirigeant n'est que rarement évoquée.

166.- Pourtant la question mérite d'être traitée. Le 36ème Congrès de la médecine du travail prévoyait un atelier intitulé « *la prévention dans les TPE* ». Dans son descriptif l'atelier devait envisager la santé du dirigeant de TPE comme étant à l'origine de la santé de l'entreprise : *« cette implication des chefs d'entreprise, acteurs principaux d'une culture de la prévention des risques professionnels, passe par des approches adaptées et innovantes. Par ailleurs, la prise en compte de la santé du dirigeant est étroitement liée à celle de l'entreprise, devenant ainsi un vecteur de développement de la prévention dans les TPE ».* Le congrès a été reporté en 2022.

167.- Les sources documentaires sont très limitées sur le sujet. Une enquête intéressante a néanmoins pu être menée sur la santé des dirigeants de PME/TPE en France en 2011[197]. Cette étude se découpe en plusieurs étapes dont la mise en évidence de l'état de santé des dirigeants à partir d'une étude épidémiologique réalisée auprès de 700 personnes et la réalisation d'une enquête auprès 250 dirigeants de PME sur les corrélations entre les problématiques d'un chef d'entreprise et son état de santé.

---

[197] Observatoire AMAROK, Malakoff Médéric, Centre des Jeunes Dirigeants, *La santé des dirigeants de PME/TPE en France, Premiers résultats de l'étude,* nov. 2011, p. 14.

168.- Selon la typologie des dirigeants présentée dans cette enquête, les premiers constats sont les suivants : « *si 4 % des dirigeants de PME déclarent travailler moins de 35h, l'immense majorité (88 %) travaille bien au-delà des 40h. Ils sont plus d'un tiers à travailler plus de 60 h par semaine et 16 % font plus de 70 heures. L'amplitude hebdomadaire est large également puisque 57 % des dirigeants travaillent 6 jours, voire plus. Notons également qu'un gros quart d'entre eux travaillent moins de 5 jours* »[198]. Aux vues des rythmes de travail déclarés, un suivi de santé au travail semble indispensable.

169.- Le même observatoire indique que 77 % des dirigeants interrogés se considèrent en bonne santé physique, 75.8 % en bonne santé mentale malgré 56,7 % de personnes déclarant travailler plus de 50h par semaine[199].

170.- Paradoxalement, malgré une charge de travail imposante, l'étude relève que la perception que les dirigeants ont de leur santé semble bien meilleure que celle des salariés. L'étude précitée précise que *« les patrons de PME/TPE se sentent en bonne santé. Mais ils adoptent des comportements peu préventifs. La santé patronale pourrait se résumer par la formule : je vais bien sans prendre soin de moi* »[200]. Cette perception ne peut actuellement pas être comparée avec des données médicales tout simplement parce qu'elles n'existent pas. Selon la même étude, « *malgré plus de 20 millions d'entreprises en Europe, il y a plus de statistiques sur la santé des baleines bleues que sur celle des entreprises. Cette lacune est universelle* »[201].

171.- D'un point de vue juridique, les dirigeants ayant le statut de salarié de l'entreprise pourraient bénéficier du même suivi de santé au travail que leurs salariés puisque ce statut les intègre de plein droit dans les effectifs de l'entreprise. En revanche il est vrai que jusqu'à présent, le statut des dirigeants non-salariés n'est pas évoqué en matière de suivi de santé. La réforme de 2021 est la première réforme à prévoir expressément[202] que les travailleurs indépendants et les chefs d'entreprises pourront bénéficier de l'offre de service proposée aux

---

[198] *Ibid.*
[199] TORRES O., Observatoire AMAROK, La santé du dirigeant : de la souffrance patronale à l'entreprenariat salutaire, 2e éd., 2017, 237 p., spéc. p. 15.
[200] *Ibid.*
[201] TORRES O., Observatoire AMAROK, La santé du dirigeant : de la souffrance patronale à l'entreprenariat salutaire, 2e éd., 2017, 237 p., spéc. p. 15.
[202] art. 23, L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2.

salariés. Cette mesure a été insufflée par une proposition du rapport Lecocq[203] qui prévoyait parmi ses recommandations de vouloir « *impliquer les dirigeants d'entreprise en leur ouvrant le bénéfice des prestations de la structure régionale en ce qui concerne leur suivi individuel de santé* », en ajoutant que « *pour prendre en compte les évolutions des formes d'emploi et renforcer l'implication des dirigeants d'entreprise, la mission préconise d'ouvrir les prestations de la structure de santé au travail aux travailleurs indépendants* ».

172.- En attendant l'application de ces nouvelles dispositions, il revient jusqu'alors au dirigeant de veiller à la préservation de sa propre santé au travail. Cependant, l'observatoire Amarok constate des difficultés pour les dirigeants à prendre en compte leur propre santé aux vues des responsabilités existantes envers leur salariés : « *l'entrepreneur, dans la littérature et la société incarne tout autre chose : prise de risques et d'initiatives, sens des responsabilité, capacité d'action, orientation vers les résultats, opportunisme parfois, etc.* »[204]. Le sens des responsabilités associé au statut de dirigeant semblerait les détourner de la préoccupation de préserver leur propre santé. Ce phénomène s'accentuerait chez les dirigeants non-salariés pour lesquels le code du travail ne prévoie jusqu'à présent aucun recours légal ou réglementaire au suivi de santé au travail.

173.- A ce sujet, une étude COSET-RSI lancée depuis le 6 juillet 2017 par Santé publique France a questionné en ligne plus de 300 000 travailleurs affiliés au régime des indépendants en 2016[205]. Cette étude s'adresse aux artisans, commerçants, profession libérale ou encore conjoints collaborateurs, qui ont été sélectionnés par tirage au sort. Les résultats ne sont pas encore parus à l'heure actuelle.

174.- La crise sanitaire a mis en exergue la nécessité de devoir préserver la santé au travail des dirigeants face à leur sur-responsabilisation croissante. A cette fin, un numéro vert national a

---

[203] LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, p. 174.
[204] Ibid.
[205] Santé publique France, Etude CORSET-RSI, 2017, source URL < http://santepubliquefrance.fr>

été mis en place pour soutenir les chefs d'entreprise en souffrance psychologique. Ce numéro est disponible depuis le 27 avril 2020, sept jours sur sept de 8 heures à 20 heures[206].

175.- Cette première sous-partie du Chapitre 1 consacrée à l'insatisfaction holistique des acteurs de la santé au travail a permis d'observer le point de vue des employeurs. Par cette approche, il est apparu que les principales difficultés évoquées par les entreprises sont le plus souvent dues à un défaut de connaissance des missions de chaque acteur de la santé au travail. Il convient à présent de tourner le regard vers les SST. En effet, certaines difficultés rencontrées par les SST impactent également leurs rapports avec les employeurs. Des parallèles pourront être faits avec les critiques exposées par les entreprises permettant de comprendre les motifs juridiques de l'insatisfaction réciproque constatée.

Section 2 : Les difficultés rencontrées par les SST

176.- Dans les développements qui suivent, l'étude portera sur les difficultés rencontrées par les SST dans leurs rapports avec les entreprises. Une fois de plus, le manque de données en la matière nous a poussé à utiliser l'expérience du terrain pour étayer nos développements. Une comparaison des remarques observées en pratique avec l'applicabilité des textes juridiques a été nécessaire. Deux constats se sont dessinés. D'une part, les SST ont subi au fil des années plusieurs réformes importantes qui ont eu pour effet d'accroitre le champ de leurs missions. D'autre part, les SST se trouvent régulièrement dans l'incapacité structurelle et organisationnelle de répondre à leurs obligations légales envers les entreprises. Ces différentes problématiques sont sources de discordances avec les entreprises (I.). La coopération entre SST et entreprises devient alors parfois difficile (II.). Ces deux principales difficultés ont tendance à être à l'origine de l'insatisfaction globale constatée envers la santé au travail.

I. Les SST face à la complexité du droit de la santé au travail

[206] Numéro vert mis en place par le ministère de l'Economie et des Finances, l'Association Aide psychologique aux entrepreneurs en souffrance aiguë (APESA), Harmonie Mutuelle, CCI France et CMA France. Il s'agit du 0 805 65 505 0.

177.- L'accumulation des textes juridiques et la diversification des missions des SST a eu pour conséquence de rendre la réglementation en matière de santé au travail particulièrement difficile à appréhender par les SST. L'instabilité engendrée par les successions de réformes supportées a conduit à une complexification du droit applicable engendrant de l'insécurité juridique (A.). Cette insécurité juridique rend alors les entreprises très méfiantes vis-à-vis de la santé au travail. Malgré le déploiement du champ des missions des SST, leur coopération s'en trouvent dégradée (B.).

A- Les SST face à l'instabilité du droit

178.- Au cours des dernières années, beaucoup de réformes se sont succédées modifiant progressivement les missions des SST par extension. L'historique des différentes réformes a été évoqué en introduction. L'exemple de la loi « Travail »[207] permet d'illustrer un premier niveau l'élargissement des missions des SST (1). Il a ensuite fallu se demander si ce phénomène d'inflation législative et de complexification du droit était propre au domaine de la santé au travail ou s'il pouvait se prêter à l'ensemble du droit positif (2). Il est indéniable que ce contexte de complexification du droit crée une instabilité juridique croissante. Nos développements dans cette dernière sous-partie ont pour objet de mettre en évidence les effets de cette instabilité dans les rapports entre SST et entreprises (3).

1) L'enchainement des réformes et l'élargissement des missions des SST

179.- L'enchainement de réformes en santé au travail est tel qu'il conduit certains auteurs à remettre en cause les fondements juridiques sur lesquels elles s'appuient. La doctrine constate que « *depuis sa création en 1946, la médecine du travail n'avait connu que quatre lois en 40 ans* »[208]. *« Mais à partir de 2011, trois réformes se sont succédées en 5 ans. Par esprit de déduction ces successions de législations au cours de ce bref délai se justifient par le fait que l'application législative n'est pas la bonne* »[209]. Chacune des réformes adoptées avait pourtant

[207] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.
[208] *V.* l'historique des réformes de la médecine du travail dans l'introduction générale.
[209] Paul FRIMAT lors de la conférence secret et mensonge quelle efficience, 3 et 4 novembre 2016.

pour objectif de simplifier le droit en vigueur. Néanmoins, l'application pratique de ces règles théoriques est critiquable.

180.- La loi « Travail »[210] adoptée en août 2016 en illustre le propos. Cette loi visant plus généralement à réformer le Code du travail sous différents aspects comporte un titre V intitulé « *moderniser la médecine du travail* ». Avant même d'étudier le corps du texte de loi, une incohérence frappe le lecteur en raison des termes utilisés au sein du titre. En effet, les termes « *médecine du travail* » ne devraient plus être utilisés depuis la loi de 2011[211] à l'origine de la création des SST et de la pluridisciplinarité. L'emploi de cette ancienne appellation témoigne d'un premier niveau de déconnexion entre le législateur et la réalité pratique. Cette incohérence peut également être interprétée comme un manque de considération voire une ignorance des évolutions législatives précédentes[212].

181.- La loi « Travail » avait une nouvelle fois pour objectif de vouloir simplifier le droit en vigueur en matière de santé au travail, mais selon certains auteurs, cet objectif n'a pas été atteint *« si les modifications résultant de la loi du 8 août 2016 semblent impulser une nouvelle orientation du droit de l'inaptitude, il faut une bonne dose d'aveuglement pour voir dans la réforme entreprise une "simplification" »*[213].

182.- Au fil des réformes, les missions des SST n'ont cessé de s'étoffer au travers de l'article L. 4622-2 du Code du travail[214]. Depuis 2008[215], le législateur reprécise l'article cité. Ainsi, alors qu'à l'origine l'article L. 4622-2[216] ne définissait les missions des SST que par le fait

---

[210] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.

[211] L. n° 2011-867 du 20 juillet 2011 *relative à l'organisation de la médecine du travail, JO* n° 170, 24 juill. 2011, texte n° 1.

[212] Il convient de noter que cette erreur d'appellation n'a pas été reproduite dans la réforme de 2021 qui vise systématiquement désormais *« les services de prévention et de santé au travail »*. L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2.

[213] FANTONI S., HEAS F., VERKINDT P-Y., « La santé au travail après la loi du 8 août 2016 », *Dalloz Droit Social*, 2016. p. 921.

[214] *V.* Annexe 5 : Tableau de l'évolution des missions des SST.

[215] Ord. n° 2007–329 du 12 mars 2007 *relative au Code du travail (partie législative), JO* n° 61 du 13 mars 2007, texte n° 5 et D. n° 2008–244 du 7 mars 2008 *relatif au Code du travail (partie réglementaire), JO* n° 61, 12 mars 2008, texte n°147.

[216] *C. trav.*, art. L. 4622-2 version en vigueur du 1er mai 2008 au 25 juillet 2011 : *« Les services de santé au travail sont assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de " médecins du travail ».*

qu'elles soient assurées par les médecins du travail, la réforme de 2011[217] est venue caractériser 4 missions distinctes :

- L'action en milieu de travail,
- Le conseil aux employeurs et aux salariés en matière de prévention des risques,
- La surveillance de l'état de santé des travailleurs,
- Et la traçabilité des expositions.

183.- En 2012[218], une nouvelle précision a été apportée concernant le conseil aux employeurs et aux salariés. Désormais, il est prévu que les SST disposent d'une mission de prévention relative au risque spécifique de harcèlement moral et sexuel dans l'entreprise[219].

184.- En 2012, les SST doivent en plus assurer la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé au travail et, depuis 2015[220], celle des tiers.

185.- En 2017[221], l'article L. 4622-2 du Code du travail est passé d'une ligne d'écriture à un article composé de quatre alinéas :

« *Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, ils : 1° conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ; 2° conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de*

---

[217] L. n° 2011-867 du 20 juillet 2011 *relative à l'organisation de la médecine du travail, JO* n° 170, 24 juill. 2011, texte n° 1.

[218] L. n° 2012-954 du 6 août 2012 *relative au harcèlement sexuel, JO* n° 182, 7 août 2012, texte n° 1.

[219] Le harcèlement sexuel a notamment fait l'objet d'une nouvelle définition dans la réforme de 2021. Il pourra intégrer deux autres aspects à avoir : « *a) Lorsqu'un même salarié subit de tels propos ou comportements venant de plusieurs personnes, de manière concertée ou à l'instigation de l'une d'elles, alors même que chacune de ces personnes n'a pas agi de façon répétée ; b) Lorsqu'un même salarié subit de tels propos ou comportements, successivement, venant de plusieurs personnes qui, même en l'absence de concertation, savent que ces propos ou comportements caractérisent une répétition* ». L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2.

[220] L. n° 2015-994 du 17 août 2015 *relative au dialogue social et à l'emploi, JO* n° 189, 18 août 2015, texte n° 3.

[221] Ord. n° 2017-1718 du 20 décembre 2017, *visant à compléter et mettre en cohérence les dispositions prises en application de la loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social, JO* n° 297, 21 déc. 2017, texte n° 46.

réduire les effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ; 3° assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé au travail et leur sécurité et celle des tiers, des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 et de leur âge ; 4° participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire ».

186.- Ces nombreux ajouts rendent le droit applicable très instable et de plus en plus complexe comme en témoigne certains auteurs : « *en voulant préciser dans le détail les missions des SST, la loi ne cesse d'allonger les champs de compétences des médecins du travail et d'alourdir les textes* »[222].

187.- Dernièrement, les missions des SST ont encore une fois subit une extension. La réforme pour renforcer la prévention en santé au travail[223] prévoit une réécriture de l'article L. 4622-2 du Code du travail en ajoutant à l'article existant les mentions suivantes « *les services de prévention et de santé au travail ont pour mission principale d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Ils contribuent à la réalisation d'objectifs de santé publique afin de préserver, au cours de la vie professionnelle, un état de santé du travailleur compatible avec son maintien en emploi. A cette fin, ils : 1° bis Apportent leur aide à l'entreprise, de manière pluridisciplinaire, pour l'évaluation et la prévention des risques professionnels ; 2° bis Accompagnent l'employeur, les travailleurs et leurs représentants dans l'analyse de l'impact sur les conditions de santé et de sécurité des travailleurs de changements organisationnels importants dans l'entreprise ; 5° Participent à des actions de promotion de la santé sur le lieu de travail, dont des campagnes de vaccination et de dépistage, des actions de sensibilisation aux bénéfices de la pratique sportive et des actions d'information et de sensibilisation aux situations de handicap au travail, dans le cadre de la stratégie nationale de santé prévue à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique* »[224].

---

[222] L. n° 2015-994 du 17 août 2015 *relative au dialogue social et à l'emploi, JO* n° 189, 18 août 2015, texte n° 3.

[223] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2.

[224] Ces dispositions seront applicables le 31mars 2022.

188.- La surextension de cet article en perturbe la lisibilité et donc la compréhension.

189.- Ce phénomène de densification[225] peut également être observé au niveau de la mise en place des régimes parallèles de suivi individuel des salariés. Depuis le 1er janvier 2017, il convient de distinguer selon que le salarié est affecté à un poste à risque ou non. S'il ne l'est pas il est considéré comme devant bénéficier d'un suivi individuel simple (SIS)[226]. Dans ce cas de figure, le médecin du travail ou bien (sous son autorité) un professionnel de santé de l'équipe pluridisciplinaire (par exemple : l'infirmier en santé travail) effectue une visite d'information et de prévention (VIP). Le salarié reçoit alors une attestation de suivi établissant la compatibilité entre son état de santé et le poste auquel il est affecté. Dans le SIS, la notion d'aptitude a été bannie.

190.- En revanche, pour les salariés affectés à des postes à risques[227] (définis par la loi ou bien listés par l'employeur selon certaines conditions), ces derniers bénéficient d'un suivi individuel renforcé (SIR). Le SIR implique que seul le médecin du travail peut effectuer la visite pour pouvoir délivrer un avis d'aptitude[228].

191.- Ces deux catégories de suivi supposent deux logiques différentes : l'une s'afférant à la notion d'aptitude concernant le suivi individuel renforcé (SIR), et l'autre se focalisant sur la base d'une attestation de suivi concernant au suivi individuel simple (SIS). La subsistance de ces deux logiques a engendré plusieurs confusions notamment dans la pratique des médecins du travail. Cette réforme à deux vitesses peut donner l'impression que le suivi de santé lié à l'aptitude pourrait avoir plus de valeur que l'autre. Au moment d'appréhender cette nouvelle

---

[225] « *Dévoilée par un collectif de soixante-neuf chercheurs, la densification normative consiste en un processus de montée en puissance de la normativité, par lequel les normes juridiques prennent forme et force, gagnent en extension et en volume, enserrant conduites et pratiques dans un maillage de plus en plus dense. Grâce à la rigueur de l'analyse des juristes, ce processus s'avère scientifiquement identifiable et techniquement mesurable. Très au-delà de l'inflation législative, il donne à saisir une dynamique d'évolution du droit, mais aussi une tendance majeure de l'évolution normative des sociétés contemporaines. Le processus de densification normative travaille en effet la société tout entière, à travers des normes de toute nature, juridiques, techniques, gestionnaires, managériales, mais encore des normes de civilité, sensorielles ou invisibles... Outre que ces dernières, en se densifiant, concurrencent et relativisent le droit dans sa vocation même à régir la vie en société, toutes participent d'un processus sociétal global, aussi caractéristique de notre époque que les processus d'accélération et de développement technologique, avec lesquels la densification normative entre en étroite synergie* ». (THIBIERGE C., « La densification normative », *D.* 2014, p. 384).

[226] *C. trav.*, art. R. 4624-10.

[227] *V.* Annexe 8, détaillant de manière synthétique la liste des postes à risques *C. trav.*, art. R. 4624-23.

[228] *V.* Annexe 6 : Tableau comparatif des dispositifs existant avant et après la réforme de 2016.

réforme certains médecins du travail ont soulevé le constat pragmatique qu'« *un salarié pouvait être déclaré inapte sans jamais avoir été déclaré apte* »[229].

192.- D'autres aspects de cette réforme sont à l'origine de confusions notamment au niveau de la définition des postes à risques[230]. La notion de poste présentant des risques particuliers pour le salarié est née de la loi Rebsamen[231]. Toutefois, le décret d'application devant définir cette notion de poste à risque n'a jamais été publié. En 2016, la loi « Travail » reprend la notion de poste à risque à l'article L. 4624-2 (I-) en l'évoquant de la manière suivante : « *tout travailleur affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail bénéficie d'un suivi individuel renforcé de son état de santé. Ce suivi comprend notamment un examen médical d'aptitude, qui se substitue à la visite d'information et de prévention prévue à l'article L. 4624-1* ».

193.- Avec cette seule phrase, la définition des postes à risque semblait floue. Le décret du 29 décembre 2016[232] est alors venu proposer 3 catégories permettant de répertorier les postes pouvant être considérés comme étant à risque :

- 1ère catégorie : l'exposition du salarié à certains risques professionnels réglementairement prévus,
- 2ème catégorie : l'affectation du salarié sur un poste de travail qui nécessite un examen d'aptitude spécifique,
- 3ème catégorie : L'inscription complémentaire de postes listés par l'employeur.

194.- La pratique a révélé les difficultés des acteurs de la santé au travail à comprendre ces listes et à repérer concrètement quels postes pouvaient correspondre à ces catégories.

195.- Par exemple, dans la première catégorie, le décret évoque les travaux en hauteur lors des opérations de montage et de démontage des échafaudages. Cette restriction liée aux opérations

---

[229] Propos relevés de la pratique professionnelle.

[230] *V.* Annexe 8, détaillant de manière synthétique la liste des postes à risques *C. trav.*, art. R. 4624-23.

[231] L. n° 2015-994 du 17 août 2015 *relative au dialogue social et à l'emploi, JO* n° 189, 18 août 2015, texte n° 3.

[232] Décr. n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 *relatif à la modernisation de la médecine du travail, JO* n° 302, 29 déc. 2016, texte n° 65.

de montages des échafaudages exclut alors tous les couvreurs qui ne montent pas eux-mêmes les échafaudages. Pour autant, le travail en hauteur est tout aussi *« à risque* » selon les médecins. D'autres questions se sont posées : « *peut-on y intégrer les salariés dont le travail est de monter et de démonter des chapiteaux ?* »[233].

196.- Devant les difficultés d'applicabilité de ces dispositions, il est alors reproché au Code du travail de ne pas prendre en compte la réalité médicale des suivis de santé et des conditions de travail.

197.- Les SST jugent majoritairement les réformes trop éloignées de la réalité. Leur inapplicabilité pratique complexifie les rapports qu'ils entretiennent avec les entreprises[234]. Dès lors, il convient de procéder à une analyse situationnelle. Nous avons tenté de déterminer la nature et l'ampleur de l'inflation législative et de complexité croissante observée au regard de la problématique suivante : ce phénomène est-il inhérent au droit de la santé au travail ou, au contraire, s'articule-t-il à l'ensemble du droit du travail ?

2) Le phénomène d'inflation législative et de complexité croissante, un phénomène exclusif de la santé au travail ?

198.- Plusieurs auteurs se sont interrogés *:* « *il est d'usage de dire que le droit devient de plus en plus complexe. Les institutions qui le régulent ont tenté d'agir sur les causes de ce phénomène et d'en endiguer les effets. Mais d'où vient ce sentiment d'un accroissement critique de la complexité normative ? Au-delà des remèdes apportés par les juristes, peut-on aller plus loin dans l'étude du droit comme système complexe* ? » [235].

199.- Il est vrai que la matière juridique a la réputation de s'enrichir au fil des années pour finalement se démultiplier. En matière de santé au travail, la partie IV du Code du travail est singulièrement concernée.

---

[233] Exemple de questions posées par des médecins du travail sur le terrain.
[234] *V. infra* Chapitre 2 : les sources juridiques des difficultés dans les rapports entre entreprises et SST.
[235] BOURCIER D., *Sciences juridiques et complexité*. *Un nouveau modèle d'analyse*. Technologies, Droit et Justice. 2011, 61, pp. 37-53.

200.- Le droit doit-il être inévitablement source de complexité ? Le Conseil d'Etat s'est plusieurs fois interrogé[236]. En ce sens, le rapport « *sécurité juridique et complexité du droit »*[237] a analysé en profondeur les causes de ce phénomène : *« développement du droit international et communautaire, décentralisation géographique ou sectorielle,* etc… ». Certaines critiques ont été portées sur l'incompétence légistique du législateur : « *il y a trop de lois ! Les lois sont mal faites ! Les lois sont de plus en plus incompréhensibles ! (…) cette complainte sur l'incompétence légistique de nos législateurs et de nos gouvernants connait une fortune remarquable »* [238].

201.- Ces interrogations ne sont pourtant pas récentes, le Doyen Carbonnier s'en inquiétait déjà au XXe siècle. Il affirmait que « *la Ve République a attaché au droit - sous ses multiples aspects, lois, justice, droits individuels - une importance extrême qui n'a pas eu d'équivalent sous les régimes antérieurs. Une véritable passion du droit a traversé, secoué la société française. Le droit n'est-il pas étouffé par trop de droit ?* »[239].

202.- Plus spécifiquement, le Code du travail a fait l'objet d'une analyse particulière : *« le petit livre rouge est trois fois plus lourd qu'en 1978, année où il s'établissait à 500 grammes »*[240]. Néanmoins, ce genre d'affirmation est à relativiser avec l'augmentation des caractères et du nombre d'annotations qui sont annexées aux articles dudit Code. De plus, la majorité des textes juridiques qui intéressent les praticiens sont essentiellement inclus dans les livres I et II. En mettant en corrélation l'ensemble de ces aspects, le Code du travail n'aurait finalement augmenté que de 3.4 % en 10 ans[241] (contre plus de 12 % pour le Code monétaire et financier par exemple).

203.- De manière générale, le phénomène de densification du droit est régulièrement pointé du doigt par la doctrine : « *y-aurait-il un phénomène contemporain de densification de la doctrine sur la norme ? (…) Si tous les contributeurs s'accordent sur cette nature évolutive,*

---

[236] DE CLAUSADE J., Sécurité juridique et complexité du droit. La lettre de la Justice Administrative - Conseil d'Etat - Cours administratives d'Appel - Tribunaux Administratifs. 2006, p. 11.
[237] Conseil d'Etat, *Sécurité juridique et complexité du droit, Rapport public. s.l.,* La Documentation Française, 2006, n° 57, p. 27.
[238] MBONGO P., « De "l'inflation législative" comme discours doctrinal », *D.*, 2005, p. 1300.
[239] CARBONNIER J., « Droit et passion du droit sous la Ve République », Paris, Flammarion, 1996, p. 144.
[240] Challenges Magasine, POUJOULAT A-C., Le nouveau patron du Medef prône une simplification du Code du travail, 2013, p. 7.
[241] DEGEORGES M., *Inflation législative, Non, le code du travail n'est pas celui qui grossit le plus vite*, juill. 2013, article issu du site internet URL : < http://www.slate.fr >.

l'appréciation faite de ces évolutions est très relative, révélant la « nature ambivalente » de la densification normative. Chaque phénomène de densification peut être l'objet d'une appréciation mitigée ou favorable ou les deux à la fois, entre auteurs comme au sein d'une même contribution »[242].

204.- Certains auteurs en concluent qu'il convient de réaliser un véritable changement dans la culture normative française : « *puisque tout a déjà été dit sur l'intempérance normative et sur les moyens d'y mettre fin, sans effets notables sur la situation, la clef de la réussite, celle qui permettra au Titanic qu'est devenu notre droit de ne pas se fracasser sur l'iceberg de notre désinvolture collective, c'est bien le changement de culture normative de l'Etat* »[243].

205.- Ce changement de culture normative nous semble effectivement être la voie à suivre pour tenter de simplifier le droit en vigueur et tout particulièrement en matière de santé au travail. Notre liste de principes juridiques[244] visant à rénover les rapports entre entreprises et SST a été construite en ce sens. Employeurs, salariés, médecins du travail, infirmiers doivent pouvoir s'approprier aisément les règles qui régissent leurs rapports juridiques. Une simplification des normes existantes en la matière nous semble donc indispensable.

206.- Ce phénomène d'inflation législative et de complexité du droit n'est pas propre au droit de la santé au travail mais créé une instabilité juridique générale. Cependant, en matière de santé au travail, cette instabilité juridique peut avoir de lourdes conséquences.

3) Les conséquences de l'instabilité juridique dans les rapports entre SST et entreprises

207.- L'inflation législative conduit les SST à faire face à une remise en question récurrente sur leur existence même et leur avenir. Il pourrait paraître légitime de déduire de l'accumulation des réformes en matière de santé au travail et de leur complexification que le fonctionnement

---

[242] THIBIERGE C., « La densification normative, éd. Mare et Martin », 2013, *RTD civ.* 2014, p. 1204.
[243] SIRINELLI P., « Inflation législative : pas d'inversion de la courbe en 2016 », *Dalloz,* 2016, p. 57.
[244] V. PARTIE 2, Chap. 2, II, A, 1, b) La codification des principes rénovateurs des rapports entre SST et entreprises.

des SST n'est pas efficace et donc de s'interroger sur son devenir. En l'absence d'une réforme efficace, l'avenir de la médecine du travail pourrait être remis en cause.

208.- En ce sens, l'association nationale des internes en médecine du travail a rédigé un plaidoyer[245]. Elle déclare : « *chers confrères, s'attacher aux pratiques passées quand les moyens et les enjeux ont évolué ne pourra se faire selon nous qu'"au détriment de la santé des salariés". Nous, les internes en médecine du travail, vous demandons d'entendre cet appel, pour travailler ensemble à l'amélioration des conditions de travail des salariés de demain, qui ne sauraient payer nos difficultés d'adaptation d'hier* ».

209.- Il ressort de ces débats que peu important les différents avis exprimés, il existe au regard de l'évolution des textes adoptés, des interrogations sur l'avenir de la santé au travail qui divisent. Les différentes réformes proposées, aussi efficaces soient-elles, s'enchainent beaucoup trop rapidement. L'accumulation de nouvelles dispositions participe à l'instabilité juridique constatée fragilisant l'existence même du système de santé au travail.

210.- Parmi les évolutions opérées, la réduction du délai de contestation des avis médicaux a engendré de nombreux conflits entre les SST et les entreprises.

211.- Avant 2017[246], un salarié ou un employeur avait deux mois pour agir en contestation des avis du médecin du travail devant l'inspection du travail qui ne pouvait statuer sans avoir pris en compte l'avis du médecin inspecteur du travail. Depuis 2017, employeur comme salarié doivent saisir le Conseil des Prud'hommes afin qu'il se prononce sur l'avis du médecin du travail et ce dans un délai réduit à 15 jours[247].

212.- Cependant, les arrêtés[248] définissant les nouveaux modèles de fiches d'aptitude, d'inaptitude et les attestations de suivi ne sont pas parus en même temps que la loi mais plus

---

[245] ANIMT, Communiqué de Presse : Plaidoyer des internes pour une réforme nécessaire en médecine du travail, Déc. 2016.
[246] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.
[247] *C. trav*., art L. 4624-7.
[248] Arrêté du 16 octobre 2017 fixant le modèle d'avis d'aptitude, d'avis d'inaptitude, d'attestation de suivi individuel de l'état de santé et de proposition de mesures d'aménagement de poste, JO n° 247, 21 oct. 2017, texte n° 28.

d'un an après son entrée en vigueur. Ainsi, la plupart des SST ont donc légitimement continué à utiliser les anciens modèles de fiche d'aptitude[249]. Or, sur ces anciens modèles figuraient encore l'ancien délai de recours. Les salariés comme les employeurs, pas toujours informés des nouveaux aspects de la réforme, se sont alors fiés aux indications stipulées sur l'avis médical. Pensant être bien informés de nombreuses contestations ont été déclarées irrecevables.

213.- Le manque de cohérence juridique a été à l'origine de plusieurs procédures contentieuses opposant les SST et entreprises. D'après le sondage[250] que nous avons réalisé, à la question « *qu'attendez-vous des SST ?* » près de la moitié des entreprises interrogées ont répondu qu'elles souhaitaient en priorité recevoir une communication efficace sur la réglementation en matière de santé au travail[251].

214.- En plus du phénomène d'instabilité juridique particulièrement observé en matière de santé au travail, le droit en vigueur fait également l'objet de véritables contradictions avec la réalité du terrain. En effet, il existe un manque croissant de médecins spécialisés en médecine du travail. Or, les délais imposés par les textes juridiques ne sont pas toujours cohérents aux vues de ce temps médical manquant.

B- Un temps médical insuffisant face aux exigences légales

215.- Si les SST voient leurs missions s'accroitre au fur et à mesure des réformes, la démographie médicale en revanche est en crise (1). La diminution du nombre de médecins du travail a pour conséquence de réduire le tiers temps médical[252] nécessaire à l'action en milieu de travail (AMT). Les délais légaux notamment imposés en matière de périodicité sont donc très difficiles à respecter (2). Ce manque crucial de temps médical a pour conséquence d'influencer la mission première des SST à savoir la prévention primaire (3).

---

[249] *V.* Annexe 4 présentant le nouveau modèle de fiche d'aptitude applicable en comparaison avec le précédent.

[250] *V.* Annexe 3, Sondage mis en ligne le 26 janv. 2017.

[251] *Ibid.* selon notre sondage : 87 entreprises sur 183 ont coché cette affirmation soit 47.8 % des entreprises interrogées.

[252] C. trav., art. R. 4624-4 : « Le médecin du travail doit normalement consacrer le tiers de son temps (soit 150 demi-journées par an de travail effectif) à intervenir dans les entreprises pour effectuer sa mission de conseil ».

1) Une démographie médicale faisant obstacle à la mise en œuvre des prescriptions légales

216.- Selon le Bilan des conditions de travail 2014[253], « *la pratique des temps partiels, des cumuls emploi-retraite et l'existence de pluri-contrats ne rendent pas pertinent un décompte en personnes physiques à partir des données des rapports annuels administratifs et financiers des services de santé au travail, mais exige de calculer des équivalences en temps plein. En effet, de manière constante depuis plus de vingt ans, ce sont en moyenne près de la moitié des médecins du travail qui sont à temps partiel. (...) les données recueillies auprès des Direccte dans le cadre du bilan de la réforme de la médecine du travail montrent qu'au 31 décembre 2013, l'effectif des médecins du travail (en Equivalent Temps Plein) s'élève à 5 048 équivalents temps plein de médecins du travail au total, dont 4 389 dans les SSTI et 659 dans les SSTA, soit un total en baisse de 5 % par rapport à l'année précédente* ». Au 1er janvier 2018, on comptait 4 908 médecins du travail[254].

217.- La pénurie chronique de médecins du travail favorise des inégalités de répartitions des médecins du travail sur le territoire français. Certains médecins s'en inquiètent : *« la médecine du travail est la deuxième spécialité médicale qui recense une forte baisse de ses effectifs en activité régulière (-14,6 %)* »[255].

218.- La pyramide des âges des médecins du travail démontre également des départs massifs à la retraite qui ne cessent d'augmenter. En ce sens, « *la moyenne d'âge des hommes est de 55 ans et celle des femmes est de 54 ans. Les hommes médecins du travail âgés de 50 à 69 ans représentent environ 72 % des effectifs masculins. Les moins de 40 ans représentent environ 12 %. Les femmes médecins du travail âgées de 50 à 69 ans représentent environ 68 % des effectifs féminins. Les moins de 40 ans représentent environ 11 %* »[256].

---

[253] MTEFP, Conditions de travail, Bilan 2014, Conseil d'orientation des conditions de travail, 2015, p. 660.
[254] MTEFP, C*onditions de travail, Bilan 2018, Conseil d'orientation des conditions de travail*, 2019, p. 80.
[255] Conseil National de l'Ordre des Médecin, BOUET P., *Atlas de la démographie médicale en France*, janv. 2016, p. 33.
[256] MTEFP. C*onditions de travail Bilan 2018, Conseil d'orientation des conditions de travail,* Paris, 2019, p. 80.

219.- Dans une étude publiée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2014, un indicateur d'attractivité a permis de révéler un classement des spécialités choisies par les étudiants en médecine. « *L'indicateur d'attractivité se calcule indifféremment pour une spécialité ou une subdivision. Il est construit par agrégation des classements des étudiants choisissant la spécialité ou subdivision. Moins une spécialité ou subdivision a de points, plus on considère qu'elle est attractive, puisque meilleurs sont les classements des étudiants qui l'ont choisie* »[257]. Cet indicateur démontre que la médecine du travail fait partie des spécialités considérées comme les moins attractives pour les étudiants en médecine. L'attractivité actuelle de la spécialité ne permet pas à elle seule d'assurer le remplacement des praticiens partant en retraite. L'étude des données statistiques démontre que les médecins du travail sont de moins en moins nombreux et ce phénomène semble être inscrit dans la durée.

220.- L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)[258] a d'ailleurs été chargée de publier un rapport sur l'attractivité de la médecine du travail auprès des jeunes étudiants. Le rapport souligne *« tout d'abord que selon les données actuellement disponibles concernant le nombre de médecins du travail, leur activité et le nombre de visites qu'ils doivent effectuer, l'application des réformes introduites par la loi du 8 août 2016 permet de régler, à terme, la question de la pénurie des médecins du travail, même s'il perdure une hétérogénéité dans leur répartition géographique. La mission souligne néanmoins la nécessité de se donner les moyens de compléter et fiabiliser les données pour confirmer ce diagnostic. Les changements d'organisation induits par la loi du 8 août 2016 génèrent en parallèle un besoin accru d'infirmiers en santé au travail, profession qui ne souffre pas d'un manque d'attractivité mais dont les capacités de formation doivent être augmentées* ». De plus « *la question de la faible attractivité de la médecine du travail liée, d'une part à la qualité du recrutement, et d'autre part à son image de médecine administrative éloignée de la clinique, se pose* ».

221.- Selon ce rapport des évolutions pourraient être apportées afin de remédier aux problèmes évoqués : « *la spécialité pourrait évoluer vers une médecine du travail et environnementale*.

---

[257] DREES, Etudes et résultats n° 894, Les *affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes en 2013,* octobre 2014, p. 6.
[258] IGAS, CHASTEL X., SIAHMED H., BLEMONT P. (IGAENR), SOULAT J.-M., *l'Attractivité et formation des professions de santé au travail*, août 2017, p. 3 et p. 4.

L'enseignement pédagogique du deuxième cycle devrait être modifié : des questions de médecine et santé au travail pourraient être insérées dans chaque unité d'enseignement (UE). Le médecin du travail doit être intégré dans le parcours de santé ; il pourrait notamment être autorisé à alimenter le dossier médical partagé (DMP) via un volet spécifique "contexte et expositions professionnels ou santé au travail" »[259].

222.- La spécialité de médecine du travail doit, par conséquent évoluer pour conserver sa pérennité. Les données démographiques[260] en matière de santé au travail renvoient clairement l'image d'une spécialité vieillissante. D'autant plus que le manque d'attractivité de la spécialité rend compte de disparités géographiques.

223.- Face à ce phénomène de crise de la démographie médicale en santé au travail, le respect de l'ancien cadre légal en matière de visite médicale ne peut être assuré au vu du nombre croissant de demandes de visite. Le défaut de visite médicale avait donc pour conséquence de mettre en cause la responsabilité de l'employeur. Si par la suite, le législateur est intervenu pour aménager les délais de répartition des visites, les problématiques démographiques continuent de s'aggraver.

2) L'impossibilité de répondre aux demandes de visites dans les temps impartis

224.- Le suivi de santé représente la troisième mission des SST imposée par l'article L. 4622-2[261] du Code du travail. Elle consiste à « *assurer 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 âge* » [262].

225.- Avant la réforme de 2016, ce suivi médical était fixé uniquement par la loi dans des délais strictes. Par exemple, une visite d'embauche était obligatoire au plus tard avant la fin de la

---

[259] *Ibid*.
[260] MTEFP. C*onditions de travail Bilan 2018*, 2019, p. 80.
[261] *V.* Annexe 5 : Tableau de l'évolution des missions des SST.
[262] Termes utilisés avant la réforme de 2016.

période d'essai du salarié[263]. Une visite médicale périodique était prévue de manière biennale pour tous les salariés sauf exceptions[264]. En outre, les travailleurs de nuit devaient bénéficier d'une visite médicale tous les 6 mois[265].

226.- Selon le bilan des conditions de travail publié en 2014, « *l'analyse comparative 2010-2011-2012 de la répartition globale des visites médicales pour tous les types de SST montre que la répartition des différentes visites demeure assez stable sur la période* »[266].

227.- D'autres statistiques concernant les visites médicales de quatre SST sur le terrain ont pu également être étudiées. Dans ces services environ 11 000 visites sur 50 000 demandées ne sont pas effectuées dans le cadre des délais légaux chaque année. Pour pouvoir extraire ces chiffres sur le terrain, il a fallu calculer le nombre de visites périodiques à effectuer selon le Code du travail (correspondant environ aux effectifs de salariés divisés par deux) et additionner le nombre de visites occasionnelles, de visites de reprise et de pré-reprise, pour pouvoir obtenir un nombre global de visites à réaliser dans l'année.

228.- A l'étude du nombre de visites véritablement réalisées par an et par services on observe en moyenne un écart de 10 758 visites à l'année entre le nombre espéré et le nombre réel effectué.

229.- Par exemple[267], pour l'année 2015, un SST comptait 27 396 visites périodiques et 20793 visites occasionnelles ce qui devait donner 48 189 à effectuer. Or, seulement 38428 visites ont pu être réalisées dans les délais impartis. Le décalage s'élève donc à 9761 visites manquantes soit environ 20 %.

230.- Ces lacunes observées permettent de mettre l'accent sur le temps médical manquant aux SST participants. L'évolution des effectifs de médecins du travail est largement en cause.

---

[263] Anc. *C. trav*., art. R. 4624-10.
[264] Anc. *C. trav*., art. R. 4624-16.
[265] Anc. *C. trav*., art. L. 3122-42.
[266] MTEFP. C*onditions de travail Bilan 2014*, 2015, p. 17.
[267] Chiffres extraits d'un rapport annuel d'un SST en 2015.

231.- Selon le bilan des conditions de travail[268] de 2014, il ressortait déjà que « *d'après les données issues des rapports sur l'organisation, le fonctionnement et la gestion financière (RAF) de l'année n-1, le nombre moyen de salariés suivis par médecin du travail s'élève en moyenne à : 3 425 en 2012 dans les SSTI, contre 3 285 en 2011, soit une augmentation de 4,3 %. En 2012, on observe, comme les années précédentes, une poursuite de l'augmentation globale du nombre de salariés suivis par médecin du travail quel que soit le type de SST.* » D'après ces affirmations, on voit mal comment le cadre légal pouvait être respecté.

232.- Le Sénat, s'en insurgeait déjà en 2010[269] *: « il y a désormais urgence à adopter ce texte, qui sera suivi d'importantes dispositions réglementaires. Compte tenu de la pénurie de médecins du travail, les services de santé au travail et les employeurs sont confrontés à la « formalité impossible », c'est-à-dire qu'ils ne sont pas en mesure de respecter les obligations qui leur sont imposées. Cette proposition de loi ne résoudra pas toutes les difficultés mais contribuera à moderniser le système de santé au travail et à renforcer la prévention des risques dans les entreprises ».*

233.- Face à l'impossibilité statistique des SST de répondre à leurs obligations, la loi « Travail » de 2016[270] a tenté d'apporter une solution en attribuant au médecin du travail la liberté de fixer lui-même la périodicité applicable à chaque salarié en fonction des risques auxquels il est exposé[271].

234.- Le médecin du travail peut également décider de déléguer certaines visites à un infirmier en santé travail. En ce sens, le Code du travail dispose que : « *tout travailleur bénéficie, au titre de la surveillance de l'état de santé des travailleurs prévue à l'article L. 4622-2, d'un suivi individuel de son état de santé assuré par le médecin du travail et, sous l'autorité de celui-ci, par le collaborateur médecin mentionné à l'article L. 4623-1, l'interne en médecine du travail et l'infirmier. Ce suivi comprend une visite d'information et de prévention effectuée après*

---

[268] MTEFP, Conditions de travail Bilan 2014, Conseil d'orientation des conditions de travail, 2015, 660 p.
[269] PAYET A-M., *Rapport n° 32 au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi de M. Nicolas ABOUT, Mme Muguette DINI, M. Jean-Marie VANLERENBERGHE, Mme Anne-Marie PAYET, M. Adrien GIRAUD et les membres du groupe de l'Union centriste relative à l'organisation de la médecine du travail*, Session Ordinaire de 2010-2011, 94 p.
[270] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.
[271] *C. trav.*, art. R. 4624-16.

l'embauche par l'un des professionnels de santé mentionnés au premier alinéa du présent article. Cette visite donne lieu à la délivrance d'une attestation. Un décret en Conseil d'Etat fixe le délai de cette visite. Le modèle de l'attestation est défini par arrêté »[272]. Les visites d'information et de prévention (VIP) représentent alors une large ouverture permettant de dégager du temps médical pour les médecins du travail.

235.- Cependant, cette possibilité a connu un démarrage parsemé d'embûches. En 2017, l'IGAS faisait état d'un manque d'infirmier en santé travail : « *il y a actuellement nationalement environ 1 infirmier pour 4,5 médecins, soit un ratio moyen de 0,22 infirmier par médecin. Les résultats montrent une concentration autour d'un IST pour 3 médecins, c'est l'offre de médecins du travail qui semble dicter la vitesse de mise en place des équipes pluridisciplinaires au sein des services. Dans certains services, la résistance au changement est également visible : lorsqu'il y a pénurie de médecins du travail, la première stratégie mise en place est de faire appel à un cabinet de recrutement pour faire venir des médecins étrangers. Il n'existe pas de texte d'application de la loi qui précise l'ampleur de l'intégration des compétences pluridisciplinaires souhaités* »[273].

236.- Progressivement, la pluridisciplinarité porte pourtant ses fruits. Ainsi selon le bilan des conditions de travail de 2018 : « l*e nombre d'infirmiers en santé au travail est en très forte progression (+22 % en 2018, en personnes physiques comme en ETP), de même que le nombre de préventeurs (+11 %). La part de salariés vus par un infirmier continue de progresser régulièrement depuis 2011 : elle représente en 2017 plus de 10 % des salariés suivis* »[274].

237.- La réforme semble avoir ouvert certaines possibilités permettant en partie de répondre aux exigences légales. Néanmoins, le changement et l'adaptation n'ont pas toujours été bien reçus par les SST et les entreprises. De plus, malgré leurs efforts, les SST ne parviennent pas encore à répondre à l'ensemble de leurs missions. L'action en milieu de travail n'est, à ce titre, pas encore suffisamment développée en entreprise mais elle continue jour après jour de se déployer.

---

[272] *C. trav*., art. L. 4624-1.
[273] IGAS, CHASTEL X. et SIAHMED H., BLEMONT P. (IGAENR), SOULAT J.-M., *l'Attractivité et formation des professions de santé au travail*, Août 2017, p. 4.
[274] MTEFP. C*onditions de travail Bilan 2018*, *Conseil d'orientation des conditions de travail,* 2019, p. 80.

3) L'action en milieu de travail, une mission en cours de déploiement

238.- Le déploiement de l'action en milieu de travail semble vouloir s'imposer d'années en années. L'étude de certains articles et des modifications subies en ce sens permettent de le démontrer.

239.- L'article R. 4624-4 du Code du travail en est un exemple significatif. Avant 2016[275], cet article énonçait que : *« l'employeur ou le président du service interentreprises prend toutes mesures pour permettre au médecin du travail de consacrer à ses missions en milieu de travail le tiers de son temps de travail, dans le cadre des actions mentionnées à l'article R. 4624-1. Ce temps comporte au moins cent cinquante demi-journées de travail effectif chaque année, pour un médecin à plein temps. Pour un médecin à temps partiel, cette obligation est calculée proportionnellement à son temps de travail* ».

240.- L'alinéa 2 de l'article R. 4624-4 du Code du travail a ensuite été modifié par le décret de 2016[276] qui dispose désormais que « *ce temps est également consacré par le médecin du travail à sa mission d'animation et de coordination de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail* ».

241.- Il n'existe donc plus, depuis 2016, d'obligation légale à ce que le médecin du travail consacre précisément cent-cinquante demi-journées à son action en milieu de travail. Cette modification a été opérée pour pouvoir répondre à la réalité du terrain. Le tiers temps destiné à l'action en milieu de travail (AMT) représente les visites en entreprises, la réalisation d'études de postes, l'identification des risques professionnels, la réalisation et l'actualisation de la fiche d'entreprise, ou encore tout ce qui concerne la gestion administrative comme : la rédaction de courriers adressés aux employeurs ou aux salariés, etc. Avant, 2016, le médecin du travail, contrairement aux nouvelles missions exposées par le Code du travail, consacrait encore la majorité de son temps à la réalisation des visites médicales[277].

---

[275] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.
[276] Décr. n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 *relatif à la modernisation de la médecine du travail, JO n°* 302, 29 déc. 2016, texte n° 65.
[277] IGAS, ISSINDOU M., PLOTON C., FANTONI-QUINTON S., BESSANDON A-C., GOSSELIN H., Rapport du groupe de travail "Aptitude et Médecine du Travail", 2015, point 368 : « le médecin du travail n'est jamais parvenu à assurer intégralement ce tiers-temps compte tenu de l'absorption du temps médical par les visites médicales et de la démographie médicale ».

242.- Depuis la « loi « Travail », il est assez difficile d'évaluer précisément le temps consacré à l'action en milieu de travail même s'il est possible d'observer une augmentation de l'AMT : « *entre 2015 et 2017, on constate une augmentation du nombre d'entreprises ayant bénéficié d'une action en milieu de travail (AMT)* »[278].

243.- Dans notre sondage réalisé en 2017, sur 191 participants 55 % des entreprises ont déclaré que leur médecin du travail était déjà venu dans l'entreprise. Donc, pour près de la moitié des entreprises interrogées, le médecin du travail n'est encore jamais allé dans l'entreprise[279]. De surcroit, à la question « *votre médecin du travail a-t-il déjà fait intervenir un intervenant en prévention des risques professionnels dans votre entreprise ?* », les employeurs interrogés répondent par la négative à 67,5 %. S'il est possible de constater que l'AMT est en cours de déploiement, le nombre d'actions recensées est encore actuellement insuffisant.

244.- Pourtant, l'AMT peut désormais être assurée par les équipes pluridisciplinaires. Pour ce faire, ces équipes ont la possibilité de se déplacer en entreprise afin d'effectuer des études de poste techniques permettant d'aiguiller le médecin du travail sur les conditions de travail existantes. Le législateur a en effet permis d'accroitre le rôle des équipes pluridisciplinaires en ouvrant la possibilité de réaliser les études de postes à tous les membres de cette équipe et non plus seulement au médecin du travail[280].

245.- La piste de développement de l'équipe pluridisciplinaire continue d'être exploitée afin de permettre de répondre aux enjeux de prévention.

246.- L'actualisation de la fiche d'entreprise imposée par la loi de 2016 pour pouvoir prononcer un avis d'inaptitude a permis de relancer l'AMT et de se rendre compte de l'étendue des manquements précédents. A titre d'exemple, un médecin s'est rendu compte qu'une entreprise adhérente au SST depuis 1961 n'avait jamais obtenu de fiche d'entreprise ! Sur ce point, les

---

[278] MTEFP., *Conditions de travail Bilan 2018, Conseil d'orientation des conditions de travail,* Paris, 2019, p. 80.
[279] *V.* Annexe 3, Résultats du sondage mis en ligne le 26 janv. 2017.
[280] *C. trav.*, art. L. 4624-4 : « *Après avoir procédé ou fait procéder par un membre de l'équipe pluridisciplinaire à une étude de poste et après avoir échangé avec le salarié et l'employeur, le médecin du travail qui constate qu'aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail occupé n'est possible et que l'état de santé du travailleur justifie un changement de poste déclare le travailleur inapte à son poste de travail. L'avis d'inaptitude rendu par le médecin du travail est éclairé par des conclusions écrites, assorties d'indications relatives au reclassement du travailleur* ».

équipes pluridisciplinaires sont indispensables, l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire étant compétente pour réaliser ces fiches d'entreprise[281].

247.- La modification de l'article R. 4624-4 du Code du travail fait apparaitre désormais le temps consacré à la coordination de l'équipe pluridisciplinaire comme faisant partie intégrale du tiers temps médical destiné à l'AMT.

248.- Le médecin du travail peut à présent confier l'ensemble des missions de l'AMT dans le cadre d'un protocole aux membres de cette équipe. Partant, cette possibilité cumulée à l'existence récente des VIP offre la possibilité aux médecins du travail de se consacrer aux activités de prévention primaire.

249.- Selon certains auteurs, la pluridisciplinarité est donc « *en cours de déploiement* »[282] autour du médecin du travail qui reste au centre des décisions. Certaines études ont permis d'affirmer ces propos : pour les entreprises, « *le médecin du travail reste l'interlocuteur privilégié. La relation entreprise/médecin se déplace progressivement vers une relation entreprise/médecin/service de santé, mais le médecin reste à la fois l'animateur et le coordonnateur des ressources pluridisciplinaires* »[283].

250.- Le déploiement de l'équipe pluridisciplinaire est donc une solution au temps médical manquant mais il est encore insuffisant aujourd'hui pour répondre aux exigences légales.

251.- Toutes ces difficultés empêchent le plein accomplissement des missions des SST imposées par le Code du travail et participent à ce sentiment d'insatisfaction générale. Malgré des solutions avérées, ces défaillances dans le système de santé au travail persistent et sont à l'origine de la détérioration de l'image de la « médecine du travail ». En étudiant les différentes relations des SST autres que celles entretenues avec les entreprises, on se rend compte que cette

---

[281] *C. trav.*, art. R. 4624-1.
[282] IGAS, ISSINDOU M., PLOTON C., FANTONI-QUINTON S., BESSANDON A-C., GOSSELIN H., *Rapport du groupe de travail "Aptitude et Médecine du Travail"*, 2015, p. 116.
[283] ARAVIS, *Innovation sociale en Rhône Alpes / Boite à outil*s GRH., 2012. p. 20. Dossier n° 7 la relation médecin du travail / entreprise à la croisée des enjeux de santé au travail et de gestion des ressources humaines.

mauvaise image est également véhiculée de manière générale par d'autres acteurs gravitant autour de la santé au travail.

II. Des difficultés de coopération entre les acteurs de la santé au travail

252.- La coopération se définit généralement comme « *l'action de coopérer, de participer à une œuvre commune ; de collaborer, de concourir* »[284]. D'un point de vue juridique, toute coopération sous-entend un engagement entre plusieurs parties destinées à partager leurs compétences. Cet engagement se formalise le plus souvent au travers d'une convention. Le règlement intérieur du contrat d'adhésion encadre les rapports entre entreprises et SST. Cependant, l'analyse de ce contrat révèle que les obligations contractuelles de l'employeur ne sont pas toujours respectées. Ce manque de coopération serait notamment lié à une méconnaissance des obligations respectives (A.). De plus en élargissant la réflexion, il a pu être constaté que ce manque de coopération et de confiance atteint également les autres acteurs de la santé au travail notamment les médecins généralistes, les médecins conseils de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) mais aussi les salariés (B.).

A- Les manquements à l'exécution du contrat d'adhésion

253.- La signature d'un contrat d'adhésion engage les parties signataires à plusieurs obligations en matière de santé au travail. En droit privé, la notion de contrat d'adhésion a été consacrée par l'ordonnance du 10 février 2016[285]. En effet, ladite ordonnance a introduit dans le Code civil un article 1108 définissant clairement les fondements du contrat d'adhésion comme étant « *celui dont les stipulations essentielles, soustraites à la libre discussion, ont été déterminées par l'une des parties* ». La notion de contrat d'adhésion n'était pas clairement définie dans le Code civil mais était issue de plusieurs régimes spécifiques. L'introduction de cette notion est destinée à protéger les adhérents cités au contrat. Ce contrat d'adhésion se définit désormais par opposition au contrat de gré à gré, qui est « *celui dont les stipulations sont librement*

[284] Définition issue du Dictionnaire LAROUSSE, 2017, 960 p.
[285] Ord. n° 2016-131 du 10 février 2016 portant réforme du droit des contrats, du régime général et de la preuve des obligations, JO n° 35, 11 février 2016, texte n° 26.

négociées entre les parties »[286]. Certains auteurs déplorent ce manque de définition précise du contrat d'adhésion : *« au regard de ces définitions, le contrat dont seules les stipulations essentielles étaient négociées ne relevait donc ni de la catégorie des contrats d'adhésion, ni de la catégorie des contrats de gré à gré, laissant ainsi une zone grise* »[287]. Le Code civil définit aujourd'hui le contrat d'adhésion comme « *celui dont les conditions générales, soustraites à la négociation, sont déterminées à l'avance par l'une des parties* »[288]. A l'étude de ce contrat d'adhésion, il a pu être observé que les différentes obligations n'étaient pas toujours respectées. L'analyse a été portée dans un premier temps sur les obligations d'ordre administratif (1). Dans un second temps, les obligations relatives à l'action en milieu de travail ont été étudiées (2) pour finalement porter l'attention sur les obligations nécessaires à la transmission d'information (3).

1) Des difficultés d'adéquations administratives en matière de santé au travail

254.- Toute entreprise employant au moins un salarié est tenue d'adhérer à un SST[289]. Cependant, il arrive que cette première obligation ne soit pas toujours entièrement respectée par les employeurs notamment au niveau du paiement des cotisations. Le montant des cotisations peut varier en fonction du nombre de salariés déclarés afin de s'adapter à la taille de l'entreprise. Les frais de dossier ne sont dus que la première année de l'inscription mais les frais de cotisations sont recalculés tous les ans en fonction de la déclaration des effectifs réalisée par l'entreprise. Cela étant, chaque année, il arrive que les SST soient contraints de relancer certaines entreprises adhérentes pour pouvoir obtenir le paiement de leur facture de cotisation.

255.- L'extrait de cet article illustre certains propos tenus par les employeurs réticents à payer leur cotisation aux SST : « *70 euros par an et par employé, voilà ce que coûte en moyenne la médecine du travail aux entreprises françaises, soit plus de 1,2 milliard d'euros en 2013. Cela revient à un budget de 223.000 euros par médecin du travail. Un coût conséquent alors que le nombre de médecins du travail ne cesse de diminuer (5.666 au 1er janvier 2013), jusqu'à représenter seulement ¼ des effectifs totaux de la médecine du travail : si le ministère du Travail*

---

[286] *C. civ.*, art. 1108.
[287] BOFFA R., « Article 1108 : Le contrat d'adhésion », *RDC*, 2015/3, pp.736-737, spéc. § 4 et 5.
[288] *C. civ.*, art. 1110.
[289] *C. trav.*, art. D. 4622-14 et L. 4622-1.

ne donne plus la composition des effectifs de la médecine du travail depuis 2009, on peut largement estimer à plus de 15.000 le nombre de personnels non médicaux employés par les services de médecine du travail. Une situation favorisée par le manque de publications entretenant une certaine opacité du système »[290].

256.- Ce système de facturation a pu être remis en cause dans les propositions récentes de réformes de la santé au travail[291]. Ainsi, il ressort de la récente proposition de loi sur la santé au travail que [292] : « *l'article 8 prévoit que le service de prévention et de santé au travail fournit à ses entreprises adhérentes et à leurs travailleurs un ensemble socle de services obligatoires en matière de prévention des risques professionnels, de suivi individuel des travailleurs et de prévention de la désinsertion professionnelle, dont la liste et les modalités sont définies par le comité national de prévention et de santé au travail. Il prévoit également comment les SPST feront l'objet d'une procédure de certification de la qualité du service rendu, de leur organisation et des cotisations et éléments tarifaires afférents. L'article 9 met en œuvre la transparence et la responsabilité en matière de cotisations et de tarification des SPST, en prévoyant que leur assemblée générale devra les approuver. L'article 10 prévoit la communication et la publicité des éléments d'activité des SPST, qui pourront faire l'objet d'une étude et d'une comparaison facilitée* »[293].

257.- Cette volonté de transparence envers le système de facturation de l'adhésion des entreprises aux SST est une réponse au défaut de cotisation parfois constaté. A ce propos, la réforme de 2021[294] prévoit que désormais les cotisations seront perçues de manière proportionnelle au nombre de travailleurs suivis comptant chacun pour une unité. Le montant des cotisations et la grille tarifaire seront désormais approuvés par l'assemblée générale du SPST.

---

[290] Fondation iFRAP, MEISTERMANN M., THINK TANK, *Médecine du travail : une gestion opaque et coûteuse pour les entreprises*, 2014, article issu du site internet URL< https://www.ifrap.org/>.

[291] Un système de guichet unique a notamment été proposé par le rapport LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, 174 p.

[292] PARMENTIER-LECOCQ C., GRANDJEAN C., CASTANER C., KHATTABI F., CLOAREC-LE NABOUR C. et les membres du groupe La République en Marche et apparentés, députés. *Proposition de loi n° 3718 , pour renforcer la prévention en santé au travail, déposée* le mercredi 23 décembre 2020.

[293] Ibid.

[294] Art. 13 L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2.

258.- D'autres manquements sont également opposés aux entreprises. Le manque de coopération est notamment évoqué. Il incombe à l'employeur de faire connaitre au SST dans les délais réglementaires la liste :

- Des nouveaux embauchés,
- Des reprises après arrêts de travail,
- Et des travailleurs temporaires dans l'entreprise.

259.- Concernant l'information relative aux nouveaux embauchés, cette information de la part de l'employeur trouve toute son importance par rapport à l'application de la réforme de la loi « Travail ».

260.- En effet, avant 2017[295], une visite médicale d'embauche avait lieu pour tous les salariés après l'embauche mais avant la fin de la période d'essai. Cependant, pour certaines catégories de salariés la visite d'embauche devait avoir lieu avant la prise effective de poste. Il s'agissait notamment des jeunes de moins de 18 ans, des femmes enceintes, des salariés amenés à effectuer un, des salariés exposés à des risques sanitaires, les salariés en situation de pénibilité, le personnel en charge de la conduite d'un aéronef, etc…

261.- Désormais, la réforme distingue les salariés affectés aux postes à risques[296] pour lesquels la visite médicale initiale doit avoir lieu avant l'embauche des autres salariés en suivi simple. Mais parmi les salariés hors risque particulier, une visite d'information et de prévention continue d'avoir lieu avant la prise de poste pour :

- Les travailleurs de nuit, *(C. trav., art. R. 4624-18)*
- Les travailleurs de moins de 18 ans, *(C. trav., art. R. 4624-18)*
- Les salariés exposés aux agents biologiques du groupe 2, (*C. trav., art. R. 4426-7)*
- Les travailleurs exposés aux champs électromagnétiques pour lesquels les valeurs limites d'exposition sont dépassées. (*C. trav., art. R. 4453-10)*

---

[295] Décr. n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 *relatif à la modernisation de la médecine du travail, JO n°* 302, 29 déc. 2016, texte n° 65.

[296] *V.* Annexe 8, détaillant de manière synthétique la liste des postes à risques *C. trav.*, art. R. 4624-23.

262.- Pour tous les autres, la VIP doit avoir lieu après l'embauche dans un délai de 3 mois[297] suivant la prise effective de poste (2 mois pour les apprentis[298]). Pour pouvoir obtenir une visite dans ces délais impartis, la déclaration de l'employeur est donc indispensable. Cependant, il arrive fréquemment que l'employeur ne contacte le SST qu'après avoir embauché le salarié. Le manque de transmission de l'information ne permet donc pas au SST et à l'entreprise de remplir pleinement sa mission.

263.- De la même manière, la majorité des visites de reprise[299] est réalisée trop tardivement parce que l'employeur attend que le salarié revienne travailler après son arrêt de travail pour prendre le rendez-vous auprès du SST. Les entreprises arguent le fait qu'il est possible que le salarié prolonge son arrêt de travail. Cependant, ce manque d'anticipation peut rendre le délai de huit jours pour organiser la visite de reprise impossible à respecter. Le législateur a d'ailleurs tenu compte de la pratique en insistant sur cet esprit d'anticipation. Anciennement, le législateur ne parlait que du délai de huit jours pour organiser la visite de reprise. Depuis 2017[300], le législateur impose à l'entreprise d'organiser la visite : « *dès que l'employeur a connaissance de la date de la fin de l'arrêt de travail* »[301]. Or cette anticipation n'est pas encore systématique de la part des entreprises.

264.- Enfin, le médecin du travail n'est pas toujours informé, ou bien l'est tardivement, des arrêts de travail de moins trente jours pour cause d'accident du travail par l'employeur[302]. Le plus souvent dû à un oubli de la part des entreprises, ce manque de communication peut alors nuire à la mise en place d'actions de prévention des accidents du travail qui pourraient pourtant être bénéfiques à l'entreprise.

---

[297] *C. trav*., art. R. 4624-18.
[298] *C. trav*., art. R. 6222-10-1.
[299] C. trav., art. R. 4624-31: « Le travailleur bénéficie d'un examen de reprise du travail par le médecin du travail : 1° Après un congé de maternité ;2° Après une absence pour cause de maladie professionnelle ; 3° Après une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel. Dès que l'employeur a connaissance de la date de la fin de l'arrêt de travail, il saisit le service de santé au travail qui organise l'examen de reprise le jour de la reprise effective du travail par le travailleur, et au plus tard dans un délai de huit jours qui suivent cette reprise. »
[300] Décr. n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 *relatif à la modernisation de la médecine du travail, JO n°* 302, 29 déc. 2016, texte n° 65.
[301] *C. trav*., art. R. 4624-23.
[302] C. trav., art. R. 4624-33 : « Le médecin du travail est informé par l'employeur de tout arrêt de travail d'une durée inférieure à trente jours pour cause d'accident du travail afin de pouvoir apprécier, notamment, l'opportunité d'un nouvel examen médical et, avec l'équipe pluridisciplinaire, de préconiser des mesures de prévention des risques professionnels ».

265.- Ce principe de communication d'éléments d'ordre administratif peut paraitre anodin mais se révèle dans la pratique plus que nécessaire au bon accomplissement des missions du SST. En étant titulaires des bonnes informations sur l'entreprise et en étant informés des conditions de travail des salariés, les SST peuvent alors mettre en place des mesures de prévention efficaces. Ce défaut d'information de la part des entreprises plus ou moins volontaire peut être à l'origine de certains dysfonctionnements dans la prise en charge du suivi de santé des salariés. Selon les SST, ce manque de collaboration reproché aux entreprises se retrouve aussi parfois lorsqu'il s'agit de mettre en place des actions en milieu de travail (AMT).

2) Des difficultés de collaboration avec les entreprises observées au niveau de l'AMT

266.- Les actions en milieu de travail menées par les équipes pluridisciplinaires des SST sont définies à l'article R. 4624-1 du Code du travail. Elles peuvent ainsi se décliner en trois étapes. Pour les rendre plus compréhensibles, un tableau peut être proposé :

ETAPE 1 : L'analyse en milieu de travail	Visites des lieux de travail (1°) Etudes de poste (2°) Identification et analyse des risques professionnels (3°) Réalisation de mesures métrologiques (7°) Enquêtes épidémiologiques (9°) Etude de toute nouvelle technique de production (11°)
ETAPE 2 : La transcription de l'analyse en milieu de travail	Elaboration et mise à jour de la fiche d'entreprise (4°)
ETAPE 3 : La délivrance de conseils en matière de prévention	Conseils en matière d'organisation des secours et des services d'urgence (5°) Participation aux réunions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (6°) Animation de campagnes d'information et de sensibilisation aux questions de santé publique en rapport avec l'activité professionnelle (8°) Formation aux risques spécifiques (10°) Elaboration des actions de formation à la sécurité et à celle des secouristes (12°)

267.- Afin de permettre aux équipes pluridisciplinaires de réaliser ces actions, l'employeur s'engage dans la convention d'adhésion à autoriser le SST à intervenir dans l'entreprise. Si la direction et le personnel de l'entreprise doivent être informés à l'avance des jours et heures de passage du SST, l'employeur ne peut en principe s'opposer à leur venue dans l'entreprise.

268.- Cette obligation est précisée par le législateur : « *les professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire ont libre accès aux lieux de travail, sous l'autorité du médecin du travail* »[303]. Cependant, il arrive que certains employeurs éprouvent parfois des difficultés à laisser le « *libre accès* » aux SST. Une anecdote peut étayer nos propos. Cette réticence à l'intervention du médecin du travail dans l'entreprise a notamment pu être constatée dans une usine de fabrication de produits alimentaires pour laquelle il a été très difficile pour le médecin du travail de venir étudier les postes de travail sous prétexte que l'usine devait protéger un secret de fabrique. Ce médecin a dû signer plusieurs formulaires attestant d'un devoir de confidentialité afin de pouvoir être autorisé à entrer dans les ateliers de fabrication. Pourtant, le médecin du travail de l'entreprise est de fait soumis au secret professionnel[304]. Cette obligation était d'ailleurs rappelée dans la convention d'adhésion[305] qui liait l'entreprise au service mais cela n'a pas suffi.

269.- L'action en milieu de travail peut être réalisée par tout membre de l'équipe pluridisciplinaire du SST auquel l'entreprise adhère. Elle a pour objectif de connaître l'environnement de travail de l'entreprise. Elle consiste à observer les conditions de travail et à identifier les risques professionnels. Le but de ces observations est de proposer ensuite des aménagements et un plan de prévention afin d'éviter ou de limiter les risques constatés. Lorsque l'intervention est faite par un autre membre de l'équipe pluridisciplinaire, le médecin analyse alors les rapports réalisés en vue de soumettre à l'employeur ses préconisations. Par la suite, le

---

[303] *C. trav*., art. R. 4624-3.

[304] C. trav., art. R. 4624-9 : « Il est interdit au médecin du travail et, dans les SSTinterentreprises, aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, de révéler les secrets de fabrication et les procédés d'exploitation dont il pourrait prendre connaissance dans l'exercice de ses fonctions. La méconnaissance de ces interdictions est punie conformément à l'article 226-13 du code pénal. ».

[305] Exemple de la mention présente dans la convention d'adhésion en question : « toutes les dispositions utiles sont prises pour que le secret médical soit respecté dans les locaux mis à la disposition du médecin du travail, notamment en ce qui concerne le courrier, les modalités de conservation des dossiers médicaux et l'isolement acoustique des locaux où sont examinés les salariés. (…) dans le cadre de la mise en œuvre des technologies d'information, l'association veillera à assurer la sécurité de l'ensemble des données dont elle dispose notamment les données médicales relatives aux salariés suivis (etc) ».

médecin du travail communique à l'employeur les rapports et les résultats des études menées par lui ou, dans les SST interentreprises[306], l'équipe pluridisciplinaire, dans le cadre de son action en milieu de travail. Toutefois, il s'agit là d'une obligation d'échange d'informations qui est parfois négligée.

270.- En pratique[307], une confusion s'opère régulièrement concernant la communication des études de postes dans le cadre d'une inaptitude. Certaines entreprises réclament la communication des études de postes réalisées, non pas dans le cadre de l'action en milieu de travail, mais dans le cadre du prononcé d'une inaptitude d'un salarié. Or, cette étude de poste et des conditions de travail comprend souvent des éléments médicaux sur lesquels le médecin du travail s'appuie pour justifier le prononcé d'une inaptitude. Dans ce cas de figure, le rapport de cette étude est alors soumis au secret médical et figure au sein du dossier médical en santé travail (DMST)[308]. Dans la mesure où le DMST n'a pas à être communiqué à l'employeur il n'existe donc aucune obligation légale de lui transmettre l'étude de poste qui s'y intègre[309].

271.- D'autres problématiques apparaissent au moment des actions en milieu de travail. Les conventions d'adhésion définissent l'action en milieu de travail, mais il est plutôt rare qu'une clause en prévoit le déroulement précis. Il a été observé qu'un contentieux surprenant pouvait apparaitre entre le SST et entreprises au niveau des photographies des salariés prises par les équipes pluridisciplinaires pour illustrer les études de poste réalisées. Un contentieux[310] s'est développé autour du droit à l'image dans l'entreprise pouvant là encore représenter un frein à l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire dans l'enceinte du site. Notre pratique professionnelle nous a conduit à devoir rédiger une autorisation[311] en matière de droit à l'image pour parer aux contentieux juridiques développés au cours de l'AMT.

---

[306] *C. trav*., art. R. 4624-8.
[307] Exemple issu de la pratique professionnelle sur le terrain.
[308] Conseil de l'Ordre National des médecins, *Guide de bonne pratiques et Recommandations*, Le Dossier Médical en Santé Travail (DMST), 2015, 11 p.
[309] *Ibid.*
[310] CA d'Amiens, 4 septembre 2013, n° 12/01271, CA de Grenoble, 27 janvier 2003, n° 99-4102, ch. soc., SA La Boîte à outils c/ Maraine, CA de Douai 31 janvier 2012, n° 11/00586, SA Groupe Acticall c/ B. ép. G, CA de Chambéry, 21 avril 2009, n° 08-2089, ch. soc., SAS Vacances ULVF c/ Chiberches, CA Bordeaux 3 mai 2011 n° 10/03599, ch. soc., R. c/ SA le Savour Club Sélection.
[311] *V.* Annexe 7 : exemple d'une proposition d'autorisation du droit à l'image rédigée pour un SST.

272.- Certaines difficultés de collaboration avec les entreprises ont pu être constatées durant les actions en milieu de travail réalisées par les SST au sein des entreprises adhérentes. Ce constat peut être parfois significatif d'une certaine méfiance des entreprises envers leur service. Cette méfiance se traduit aussi parfois par un manque d'échange de la part de l'employeur concernant les informations sur les postes de travail.

3) Le défaut d'information concernant les postes de travail

273.- L'équipe pluridisciplinaire du SST est tenue de respecter le secret professionnel et notamment les secrets de fabrique des entreprises[312]. Un manque de confiance à ce sujet continue pourtant d'être remarqué notamment au niveau des échanges de données. Le non-respect des entreprises de leur obligation d'échanges d'informations concernant les conditions de travail des salariés peut notamment s'apprécier au niveau de la nature et de la composition des produits utilisés ainsi que de leurs modalités d'emploi. L'employeur est tenu, de transmettre au médecin du travail les fiches de données de sécurité délivrées par le fournisseur de ces produits[313].

274.- Là encore, la pratique démontre qu'il est parfois compliqué pour le médecin du travail ou l'équipe pluridisciplinaire d'obtenir la communication de ces données. Les employeurs y opposent une nouvelle fois le caractère confidentiel de ces données malgré la protection légale et conventionnelle du secret professionnel. Pourtant, l'objectif de la transmission de ces données techniques par l'entreprise est de permettre au médecin du travail de connaitre les conditions de travail des salariés afin d'aiguiller l'employeur dans l'identification et la prévention des risques professionnels. Des aménagements simples peuvent ainsi limiter les risques d'accidents.

275.- A titre illustratif, certains produits employés dans les salons de coiffures peuvent causer des allergies impressionnantes lorsqu'ils ne sont pas utilisés avec des gants adaptés. En connaissant la composition exacte des produits utilisés, un avis toxicologique peut alors amener à favoriser le port de certains gants par rapport à d'autres pouvant se révéler inefficaces. Le

---

[312] *C. trav*., art. R. 4624-9.
[313] *C. trav*., art. R. 4624-4-1.

secret de fabrique parfois opposé par les entreprises pour refuser de transmettre ces données peut parfois compromettre la mission de prévention commune aux deux acteurs de la santé au travail.

276.- En droit des affaires[314], une loi a été promulguée tendant à protéger certaines informations ayant une importance particulière pour l'entreprise. La loi transcrit la directive européenne du 8 juin 2016[315]. Elle définit le secret des affaires comme « *une information connue par un nombre restreint de personnes, ayant une valeur commerciale en raison de son caractère secret, et faisant l'objet de mesures particulières de protection* ». Dès lors qu'une information remplit ces trois critères, elle peut faire l'objet d'une protection. La loi détaille ensuite le cadre de la responsabilité civile de l'auteur de la violation du secret des affaires et répond à la question de savoir en quoi l'obtention, l'utilisation ou la divulgation du secret des affaires peut avoir un caractère illicite. Des dérogations sont également prévues afin de protéger parallèlement la liberté d'expression. Cette loi répond ainsi à une volonté des organisations patronales de voir protéger certaines informations relatives à l'entreprise.

277.- En matière de santé au travail, le législateur de 2016[316] tente de mettre l'accent sur l'importance des échanges et de la communication entre employeur et SST. Il renforce alors l'intérêt de l'échange d'information notamment au niveau des préconisations du médecin du travail : *« le médecin du travail peut proposer, par écrit et après échange avec le salarié et l'employeur, des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge ou à l'état de santé physique et mental du travailleur* »[317]. La nouveauté apportée par cette modification concerne l'ajout de « *l'échange avec l'employeur* ».

278.- Plusieurs questions se sont alors posées par rapport à cet ajout.

---

[314] L. n° 2018-670 du 30 juillet 2018 *relative à la protection du secret des affaires*, *JO* n° 174, 31 juillet 2018, texte n° 1.
[315] Dir. (UE) 2016/943 du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2016 sur la protection des savoir-faire et des informations commerciales non divulgués (secrets d'affaires) contre l'obtention, l'utilisation et la divulgation illicites.
[316] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.
[317] *C. trav*., art. L. 4624-3.

279.- Dans un premier temps, il a été question de savoir si le législateur entendait imposer par cette rédaction un échange tripartite. A la lecture du Code du travail, il convient de relever que les textes prévoient un échange avec le salarié et l'employeur, mais en aucun cas les textes précisent que cet échange doit se faire de manière simultanée. La seule obligation clairement exprimée est celle figurant à l'article susvisé imposant au médecin du travail d'échanger avec le salarié et l'employeur avant d'établir des mesures individuelles que l'employeur sera tenu de suivre. La présence des trois parties précitées, au même moment n'est donc pas imposée.

280.- Dans un second temps, une interrogation s'est portée sur la formalisation de cet échange. Aucune précision légale n'est apportée sur le format par lequel l'échange doit se réaliser. Par conséquent il peut s'agir d'une communication téléphonique ou bien d'un rendez-vous, d'un mail, un fax, etc. Ce manque de formalisme obligatoire souligne le fait que le législateur tient à ce que l'échange ait lieu sans en complexifier le déroulement. En termes de preuve juridique, une trace écrite est néanmoins recommandée[318].

281.- Enfin, il a fallu dernièrement s'interroger sur le but et l'utilité de cette obligation d'échange. Cette nouvelle rédaction semble avoir fait beaucoup parler d'elle. Pourtant elle ne fait qu'entériner une pratique déjà exercée depuis longtemps par beaucoup de médecins du travail. Le but de ces aménagements est l'amélioration des conditions de travail en entreprise. Si ces aménagements sont complètement irréalistes par rapport au milieu de travail de l'entreprise, ils ne pourront pas être mis en place ou bien seront inefficaces. La communication avec l'employeur est donc primordiale. Dès lors, le Code du travail ne fait que conforter l'importance de l'aspect communicatif dans les rapports entre SST et employeurs. En pratique, cet ajout est perçu comme étant une mesure plutôt symbolique et non comme un véritable changement.

282.- Le défaut de coopération de la part de l'employeur a pu également s'observer s'agissant de l'absence de mise en place des préconisations émises par le médecin du travail. Il est de jurisprudence constante que le non-respect des préconisations du médecin du travail par

[318] Par exemple : échange téléphonique réalisé le ../.. avec monsieur X, employeur de la société X. Salarié vue en visite le …/… etc…

l'employeur peut caractériser un manquement à l'obligation de sécurité[319]. La loi « Travail »[320] a d'ailleurs réaffirmé la valeur des préconisations du médecin du travail[321].

283.- Par voie de conséquence, ces mesures individuelles médicalement justifiées doivent désormais être proposées avoir échangé avec le salarié et l'employeur. Ces mesures individuelles peuvent concerner un aménagement ou bien une adaptation, transformation du poste de travail. En revanche, la loi « Travail » a supprimé la notion de mutation au titre des mesures individuelles que le médecin du travail peut proposer. Cela signifie que lorsque le médecin du travail estime que le salarié doit être muté pour que son poste puisse être compatible avec son état de santé, cela suppose désormais de prononcer une inaptitude au poste suivi d'un reclassement. La mutation suppose une modification d'un élément essentiel du contrat de travail que la réforme a jugé trop profonde pour être uniquement permise par une préconisation médicale.

284.- Les difficultés de coopération évoquées ont principalement pour origine un manque de communication que la loi « Travail »[322] a reconnu et a parfois tenté de pallier. Cependant, la méfiance caractérisée envers les SST doit s'étudier de manière plus générale. Malgré son indépendance professionnelle, le médecin du travail doit faire face à un manque de confiance de la part des autres professionnels et organismes gravitant autour de la santé au travail. Ce constat nous a amené à en observer les conséquences sur les rapports entre entreprises et SST.

---

[319] Par exemple, la cour de cassation a décidé que le non-respect des préconisations du médecin du travail peut laisser présumer l'existence d'un harcèlement moral Cass. soc., 3 févr. 2016, Société Bombardier transport France, n° 14-26.671, F-D ; Cass. soc., 23 nov. 2016, Société coopérative Les artisans modernes du bâtiment, n° 15-20.915, F-D ; Cass. soc., 23 nov. 2016, Société Hôpital privé La Casamance, n° 15-18.887, F-D ; Cass. soc., 2 mars 2016, Syndicat intercommunal de distribution d'eau du Nord, n° 14-19.639, F-D.

[320] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 *relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO* n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.

[321] C. trav., art. L. 4624-6 : « L'employeur est tenu de prendre en considération l'avis et les indications ou les propositions émis par le médecin du travail en application des articles L. 4624-2 à L. 4624-4. En cas de refus, l'employeur fait connaître par écrit au travailleur et au médecin du travail les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite ».

[322] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 *relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO* n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.

B- Un manque de confiance général lié au statut particulier du médecin du travail

285.- Les services de santé au travail exercent jusqu'à présent une médecine exclusivement préventive[323]. A contrario, la médecine générale se voue à une mission essentiellement curative. Ce clivage est parfois source de conflits (1). Par ailleurs, compte tenu de la pluralité des acteurs intervenant dans le parcours de santé des salariés, le rôle du médecin du travail n'est pas toujours très clair. Ses missions sont souvent confondues avec celles des autres médecins intervenant dans le suivi de santé du salarié (2). Par cette vision faussée, les actions du médecin du travail ne correspondent pas toujours à celles attendues. Ces diverses incompréhensions véhiculent un manque de confiance général envers la santé au travail, notamment de la part des salariés (3).

1) Un climat de méfiance entre médecine curative et médecine de prévention

286.- Le médecin du travail est le conseiller du salarié et de l'employeur à la fois. Son avis exclusivement préventif peut avoir des conséquences sur le statut social du salarié mais également sur l'organisation de l'entreprise. La médecine généraliste, quant à elle, est une médecine curative qui ne se prononce que dans l'intérêt du patient. Ce premier clivage est parfois à l'origine de conflits. Les pouvoirs du médecin du travail peuvent influencer la carrière professionnelle du salarié. Le médecin du travail agit dans l'intérêt du maintien dans l'emploi et de la prévention. Le médecin généraliste agit exclusivement dans l'intérêt du patient. Un premier niveau de méfiance nait alors de cette observation.

287.- La prévention peut se définir d'un point de vue médical comme étant « *l'ensemble des actions, des attitudes et comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de*

---

[323] *C. trav.*, art. L. 4622-2 (extrait) *« Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail*. ». La réforme de 2021 prévoit de modifier cette disposition. A compter du 31 mars 2022 : les services de prévention et de santé au travail auront « *pour mission principale d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Ils contribueront à la réalisation d'objectifs de santé publique afin de préserver, au cours de la vie professionnelle, un état de santé du travailleur compatible avec son maintien en emploi »*.

traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé »[324]. La médecine curative poursuit plutôt un objectif de guérison. Ces deux objectifs peuvent être sources de discordances notamment à l'occasion du partage d'informations à caractère médical.

288.- En vertu du Code de santé publique, l'ensemble des médecins est soumis au même secret professionnel institué dans l'intérêt des patients et des salariés : « *le secret médical couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* »[325].

289.- En vertu de ce fondement, les médecins chargés d'une mission curative peuvent partager des informations entre eux, si le patient ne s'y est pas opposé, et à la condition que cet échange concourt à ses soins. De ce fait, le médecin généraliste ne peut transmettre des données médicales sur son patient que si ce dernier a expressément donné son accord (son absence d'opposition ne peut suffire dans ce cas[326]). Pour certains auteurs, cette obligation ne représente un obstacle n'existe que dans un sens. Le médecin du travail oriente régulièrement le salarié vers son médecin traitant lorsqu'il relève de soins. Le partage d'informations a lieu d'être puisqu'il s'agit de concourir aux soins du salarié-patient[327].

290.- Les difficultés concernant le partage d'information entre médecin généraliste et médecin du travail sont issues de l'existant d'un dossier médical en santé travail (DMST) qui se dissocie du dossier médical du patient. Le DMST du salarié est constitué par le médecin du travail ou

---

[324] BOURDILLLON F., BRUCKER G., TABUTEAU D., *Traité de Santé Publique" chapitre 15 : Prévention et promotion de la santé*, édition Médecine-Sciences Flammarion, 2016, p. 713.
[325] *C. santé pub.* art. R. 4127-4.
[326] C. santé pub. art. L. 1110-4 (extrait) « II. - Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. III. - Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article *L. 1110-12*, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. IV. - La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ».
[327] ROQUET C., MESLI V., « Le secret médical à l'épreuve du contentieux social des relations collectives », *RDSS*, 2018, p. 658.

un professionnel de santé de l'équipe pluridisciplinaire lors de la première visite à l'occasion de son suivi de santé. Ce dossier est ensuite complété au fur et à mesure du parcours professionnel du salarié. Le médecin du travail a la garde de ce dossier mais personne n'est véritablement propriétaire du DMST[328]. En effet, une partie de la doctrine affirme que « *personne n'est propriétaire du DMST, ni l'entreprise, ni le salarié, ni le médecin, lequel n'est que simple dépositaire. Cependant, dans la mesure où la garde du dossier lui incombe, le SST doit en conséquence prendre toutes les dispositions matérielles nécessaires pour protéger contre toute indiscrétion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents* »[329].

291.- En revanche, le dossier médical personnel (DMP)[330] d'un patient ne pouvait être transmis au médecin du travail même si le patient-salarié donnait son accord. Selon certains auteurs cette vision des choses était contreproductive. Ces derniers estiment que *« l'impossibilité pour la médecine du travail d'accéder au DMP va à l'encontre de ses objectifs principaux. Autoriser un accès permettrait d'améliorer la qualité et la coordination des soins, donc l'état de santé des individus concernés, grâce à des conséquences sur plusieurs aspects du parcours de soins. Par le partage des données entre médecins de soins (surtout les médecins généralistes) et les médecins du travail, la pratique de chacun de ces professionnels de santé serait facilitée et améliorée. De plus, les avantages d'une telle interaction respecteraient la confidentialité, le secret médical et l'autonomie décisionnelle du patient. Ces garanties sont fournies grâce d'une part, au contrôle complet du DMP pour le patient ; d'autre part, à la sécurisation de l'outil informatique et à la possibilité d'un accès compartimenté du DMP en fonction de la nature du professionnel de santé* »[331].

292.- Donner l'accès du DMP aux médecins du travail permettrait d'évincer le contexte de méfiance parfois existant entre les deux médecines. C'est d'ailleurs une solution proposée à l'attractivité de la médecine du travail par le rapport mené par l'IGAS sur le sujet : « l*e médecin*

---

[328] Travail & Sécurité, *Le dossier médical en santé au travail*, n° 763, 2015, p. 3.
[329] *C. santé pub.*, art. R. 4127-73.
[330] « Le Dossier médical personnel (DMP), considéré comme un carnet de santé dématérialisé, il a été créé en 2004 dans l'optique de favoriser la coordination et la qualité des soins. Toutefois, les textes législatifs s'y référant prévoient une interdiction d'accès pour la médecine du travail. » MESLI V., « Quelles articulations entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail ? », RDSS, 2014, p. 266. A partir du 1er juillet 2021, le DMP intègre « mon espace santé ».
[331] Ibid.

du travail doit être intégré dans le parcours de santé ; il pourrait notamment être autorisé à alimenter le dossier médical partagé via un volet spécifique "contexte et expositions professionnels ou santé au travail" »[332]. Nous reprenons cet objectif dans nos principes rénovateurs[333].

293.- L'idée a enfin été entendue par le législateur qui prévoit dans sa réforme sur la prévention en santé au travail que « *le médecin du travail chargé du suivi de l'état de santé d'une personne puisse accéder à son dossier médical partagé et l'alimenter, sous réserve de son consentement exprès et de son information préalable quant aux possibilités de restreindre l'accès au contenu de son dossier* »[334]. Il faut donc attendre que cette disposition puisse être appliquée rapidement.

294.- Le manque de confiance entre les professions est souvent issu, là encore, d'incompréhensions. Certains estiment que « *les relations entre médecins généralistes et médecins du travail sont souvent évoquées comme empreintes d'un manque de compréhension sur les métiers, parfois défiantes, peu coopératives. Une étude réalisée aux Pays-Bas en 1998 avait déjà exploré les modalités de coopération entre ces deux professions en interrogeant simultanément des médecins généralistes et des médecins du travail. Pour la première fois, en France, les regards que ces deux spécialités peuvent partager sur leurs relations de coopération sont croisés grâce à des questions similaires posées dans deux enquêtes. Les mêmes questions ont été posées aux médecins généralistes et aux médecins du travail sur la façon dont les médecins généralistes perçoivent les médecins du travail* »[335].

295.- En pratique, les relations de travail entre médecins du travail et généralistes s'avèrent bien souvent compliquées. Ces derniers ne se montrent pas toujours coopératifs et ignorent souvent l'étendue des missions des SST.

---

[332] IGAS, CHASTEL X. et SIAHMED H., BLEMONT P. (IGAENR), SOULAT J.-M., *l'Attractivité et formation des professions de santé au travail*, Août 2017, 176 p.

[333] *V.* Principe VI : Le décloisonnement de la santé publique et de la santé au travail, le libre accès du DMP par le médecin du travail.

[334] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2, art. 15.

[335] INPES, MENARD C., DEMORTIERE G., DURAND E., VERGER P., BECK F., *Médecins du travail/médecins généralistes : regards croisés,* Collection "Études santé" 2012, p. 194.

296.- L'enquête INPES[336] révèle « *des opinions négatives des médecins généralistes sur l'indépendance des médecins du travail persistent : 58 % des généralistes se sont déclarés plutôt méfiants vis-à-vis de l'indépendance des médecins du travail ; une relation de méfiance également ressentie par un médecin du travail sur deux. Ces résultats corroborent les résultats d'une autre enquête réalisée près de dix ans plus tôt en France* »[337]. L'enquête dresse un panel d'opinions concernant les avis des médecins généralistes et des médecins du travail sur leurs relations. Un contexte de méfiance en ressort.

297.- D'après ces chiffres, 43% des médecins généralistes sont fermés au dialogue avec les médecins du travail. 38% refusent catégoriquement de coopérer. 46% des médecins du travail pensent que les généralistes ne comprennent pas vraiment leurs missions. 58 % des médecins généralistes sont plutôt ou tout à fait méfiants. Ces chiffres permettent donc clairement de mesurer que globalement près de la moitié des médecins généralistes ne sont pas prêts à coopérer avec les médecins du travail.

298.- Les rapports entre le médecin généraliste et le médecin du travail sont pourtant primordiaux pour une gestion efficace du suivi de santé du salarié. Un autre médecin peut également être amené à intervenir dans la gestion de la santé au travail d'un salarié. Il s'agit du médecin conseil de la CPAM. Cependant, leurs rôles sont souvent confondus et méconnus des salariés et surtout des entreprises ce qui là encore alimente ce contexte de méfiance.

2) Une confusion des rôles respectifs du médecin conseil, médecin traitant et médecin du travail

299.- D'autres médecins peuvent entrer en relation avec le médecin du travail dans le cadre du suivi médical du salarié. C'est notamment le cas du médecin conseil de la CPAM. Le médecin conseil peut saisir le médecin du travail pour avis sur les capacités du salarié à reprendre son travail lorsqu'il a bénéficié d'un arrêt de travail de plus de trois mois[338]. Une visite de pré-

---

[336] Ibid.
[337] « Cette opinion à l'égard des médecins du travail ne se rencontre pas qu'en France : elle était par exemple observée dans une étude réalisée il y a une dizaine d'années auprès de médecins généralistes néerlandais, dont 47 % considéraient que les médecins du travail servent plus les employeurs que les employés », Ibid.
[338] *C. trav.*, art. R. 4624-20.

reprise est organisée, le plus souvent, à son initiative[339] pendant l'arrêt de travail du salarié. Il s'agit d'une faculté d'anticipation. Dans cette situation, une collaboration entre médecin conseil, médecin traitant et médecin du travail est nécessaire à l'évaluation de l'état de santé du patient-salarié et de ses capacités à reprendre son travail.

300.- Toutefois, s'ils agissent en interaction, chaque médecin cité a un rôle qui lui est propre. Il revient exclusivement au médecin du travail de vérifier si l'état de santé du salarié est compatible avec le poste son travail occupé. Le médecin conseil quant à lui statue sur les soins et les mesures d'accompagnement accordés aux assurés. Le médecin traitant formule l'arrêt de travail.

301.- Des confusions sont souvent constatées à l'occasion de la mise en place d'un temps partiel thérapeutique[340]. Dans cette situation, c'est le médecin traitant qui peut décider de prescrire au salarié une reprise à temps partiel du travail pour motif thérapeutique dans l'entreprise. Une déclaration doit être faite auprès du médecin de la CPAM qui décide d'accorder ou non le versement de l'indemnité compensatrice. Le médecin du travail choisit ensuite de préconiser l'aménagement temporaire à l'employeur en fonction des conditions de travail observées dans l'entreprise. La complexité de cette procédure et la diversification des acteurs y intervenant amènent bien souvent les salariés et employeurs à penser que seul le médecin du travail détient cette faculté.

302.- Les rôles sont également confondus en matière de reconnaissance du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie. Si médecin traitant ou médecin du travail peuvent être amenés à constater l'existence de lésions dans un certificat médical initial (CMI), c'est au médecin de la CPAM de procéder à l'étude de ces éléments afin de statuer sur leur caractère professionnel ou non. Le médecin du travail en est alors informé par l'intermédiaire de l'employeur afin d'agir en matière de prévention[341].

---

[339] *C. trav.*, art. R. 4624-20, elle peut également être organisée à l'initiative du salarié ou de son médecin traitant.
[340] La reprise de travail à temps partiel thérapeutique est prescrite par le médecin traitant lorsqu'il estime que le patient ne peut reprendre son travail à temps complet. L'avis du médecin traitant est ainsi transmis à la CPAM qui statue sur la validité du dispositif. Sa mise en place est ensuite préconisée à l'employeur par le médecin du travail s'il l'estime nécessaire. Le salarié bénéficie alors d'une prise en charge indemnitaire par la CPAM permettant de compenser en tout ou partie le temps partiel non travaillé.
[341] C. séc. soc., art. R. 4624-33 « Le médecin du travail est informé par l'employeur de tout arrêt de travail d'une durée inférieure à trente jours pour cause d'accident du travail afin de pouvoir apprécier, notamment, l'opportunité

303.- Pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie, le médecin conseil de la CPAM dispose[342] :

- D'un délai de trente jours à compter de la date à laquelle elle a reçu la déclaration d'accident et le CMI ou bien,
- D'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle elle a reçu le dossier complet comprenant la déclaration de la maladie professionnelle intégrant le certificat médical initial et le résultat des examens médicaux complémentaires le cas échéant prescrits par les tableaux de maladies professionnelles.

304.- Cette attribution est pourtant souvent considérée, à tort, comme dépendant uniquement de la décision du médecin du travail. Il faut reconnaitre que la confusion était facilitée par des anciens modèles de fiche d'inaptitude et d'aptitude faussement évocateurs.

305.- Le Directeur Général du Travail (DGT)[343] avait été amené à se prononcer sur le sujet en 2013. En effet, ces anciens formulaires prévoyaient la possibilité de cocher l'origine estimée de l'initiative de la visite reprise (maternité, accident du travail, maladie professionnelle, accident ou maladie d'origine non-professionnelle). Cette précision n'avait aucune valeur décisionnelle.

306.- Le médecin du travail ne pouvait cocher cette case que lorsqu'il avait été informé au préalable de la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie ou de l'accident. La direction générale du Travail (DGT)[344] a été amenée à se prononcer sur cette problématique en 2013. Elle a précisé que « *l'avis d'inaptitude ne comportait pas d'informations quant à l'origine supposée de l'inaptitude* ». Cette déclaration confirme que la reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie ou d'un l'accident ne dépend pas du médecin du travail.

---

d'un nouvel examen médical et, avec l'équipe pluridisciplinaire, de préconiser des mesures de prévention des risques professionnels ».

[342] *C. séc. soc.*, art. R. 441-10 à R. 441-17.

[343] Réponse du Directeur Général du Travail à la CFE-CGC : Courrier du 19 septembre 2013.

[344] Ibid.

307.- Toutefois, des confusions ont persisté. De ce fait, le législateur[345] a décidé que les nouveaux modèles de fiches d'aptitude, d'inaptitude et attestations de suivi ne mentionneraient plus l'origine supposée de la maladie ou de l'accident.

308.- En dépit de cette modification, des difficultés demeurent au moment de réaliser la demande d'indemnité temporaire d'inaptitude (ITI). Lorsqu'un salarié est déclaré inapte par le médecin du travail à la suite d'une maladie professionnelle, il est possible qu'il bénéficie d'une indemnité temporaire d'inaptitude pendant un mois maximum à compter de la date de l'avis d'inaptitude[346]. Cela étant, pour que le salarié puisse en bénéficier il faut réunir les avis de plusieurs médecins. D'une part, la maladie doit avoir été reconnue comme étant d'origine professionnelle par la CPAM. Un arrêt de travail prononcé par le médecin traitant doit avoir été indemnisé sous forme d'indemnités journalières dues au titre de la maladie professionnelle par la CPAM. De plus, le salarié doit avoir été reconnu inapte à l'occasion de sa visite de reprise par le médecin du travail. Enfin, le travailleur en question ne doit plus toucher de rémunération liée à son activité professionnelle pour pouvoir bénéficier de l'indemnité temporaire d'inaptitude.

309.- Cette indemnité n'est pas non plus cumulable avec les indemnités dues pendant l'arrêt de travail. Le médecin du travail doit alors informer le salarié sur l'existence de cette indemnité lorsqu'il délivre un avis d'inaptitude et peut également remplir le formulaire correspondant si le salarié lui demande[347]. Cependant, si le médecin du travail peut être amené à remplir la demande d'ITI, la décision de verser cette indemnité n'appartient qu'à la CPAM. Là encore, la la complexité de la procédure laisse régulièrement penser que seul le médecin du travail dispose de cette mission.

310.- Ces diverses procédures nécessitant l'intervention des différents acteurs de la santé au travail, contribuent à engendrer certaines méprises dans l'esprit des salariés et employeurs. La confusion entre le rôle préventif du médecin du travail avec le rôle indemnitaire du médecin conseil et le rôle prescripteur du médecin traitant est source d'incompréhensions. Les médecins

---

[345] *V.* Annexe 4 présentant le nouveau modèle de fiche d'aptitude applicable en comparaison avec le précédent.

[346] *C. séc. soc.*, art. L. 433-1 et D. 433-2 à D. 433-8.

[347] Le médecin du travail complète le formulaire « *demande d'indemnité temporaire d'inaptitude* » (formulaire S6110) et le remet au salarié.

du travail estiment que ce contexte a des incidences sur les rapports relationnels qu'ils entretiennent avec les salariés qu'ils suivent.

3) Un manque de confiance des salariés envers le médecin du travail

311.- « *Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confidence et de confidence sans secret* »[348]. Cette formulation[349] illustre la nécessaire relation de confiance entre le médecin et son patient au regard du respect du secret médical. Mais a-t-elle la même résonnance en matière de santé au travail ? Le salarié n'est pas un patient comme les autres. Contrairement aux autres médecins[350], le salarié ne peut pas choisir librement son médecin du travail. Ces derniers sont affectés par secteur à certaines entreprises après validation du conseil d'administration du SST[351]. Un seul médecin suit tous les salariés d'une même entreprise. Le salarié doit alors accorder sa confiance à un médecin qu'il n'a pas choisi. Dès lors, la relation de confiance se construit au sein de ce contexte particulier.

312.- Une autre notion interfère dans la relation salarié/ médecin du travail : celle de l'aptitude. Sur la base des déclarations du salarié, le médecin du travail peut être amené à se prononcer sur son aptitude à travailler ou bien sur la compatibilité de ses capacités avec son poste de travail. Une partie de la doctrine considère qu'il s'agit là d'un « *pouvoir exorbitant du médecin du travail* »[352]. Le médecin du travail a un rôle particulier en ce qu'il peut, au regard des décisions qu'il prend, impacter directement le parcours professionnel d'un salarié du fait de son état de santé. Cette mission est d'autant plus spécifique que le médecin du travail doit, de prime abord, se fonder sur les confidences et révélations du salarié. La confiance est vectrice d'un suivi de santé de qualité.

---

[348] Déclaration du Professeur Louis PORTES, Président du Conseil National de l'Ordre des médecins à l'académie des sciences morales et politiques le 5 juin 1950.

[349] MEMETEAU G., *Responsabilité médicale*, Paris : Litec, 1986, p. 81.

[350] *C. séc. soc.*, art. L. 162-2, (extraits) « *dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel…* ».

[351] *C. trav.*, art. R. 4623-5 et s.

[352] Propos tenus par Paul FRIMAT lors du colloque Secret et Mensonge, à Lille le 3 Novembre 2016.

313.- Toutefois, cette confiance n'est pas favorisée par l'image que la médecine du travail véhicule auprès des entreprises et des professionnels de santé du corps médical en général. Si les médecins généralistes sont méfiants envers leurs confères de santé au travail, cette méfiance se retrouve également chez les spécialistes. Afin de parer aux éventuelles déclarations mensongères ou à l'absence d'information délibérée ou non de la part du salarié, le médecin du travail peut demander à ce que soient réalisés des examens complémentaires. Il peut s'agir d'analyses sanguines, de radiographies, de scanners, etc. Le médecin du travail peut également demander l'avis d'un spécialiste pour des problèmes plus spécifiques dont il n'a pas l'expertise. C'est à cette étape de la procédure, que certains spécialistes se montrent parfois réticents quant au partage de leurs analyses.

314.- Lors d'un colloque réalisé sur le secret et le mensonge des patients, plusieurs cas d'espèce ont été présentés[353]. Parmi eux, un médecin du travail avait décelé un risque épileptique chez un représentant commercial. Par sécurité, il a décidé de requérir l'avis d'un neurologue avant de se prononcer sur ses capacités à exercer son poste de travail nécessitant plusieurs déplacements en voiture. Après avoir vu le salarié, le neurologue en question a fait savoir au médecin du travail qu'il refusait de se prononcer sur les capacités à conduire de ce salarié. Il s'est avéré que certains spécialistes conseillent aux patients épileptiques de ne pas évoquer leur maladie au médecin du travail[354] pour, selon eux, « *protéger leur avenir professionnel* ». Dans ces situations, le médecin du travail est volontairement exclu d'une relation de confiance. Des données fondamentales susceptibles de mettre en danger la santé du salarié mais également celle de ses collègues sont délibérément cachées[355].

315.- La Cour de cassation a eu l'occasion de se prononcer sur le silence adopté par un salarié en matière de données de santé. Elle estime depuis 2005 que le *« pourvoi de l'employeur qui soutenait que le fait pour la salariée d'avoir sciemment dissimulé son handicap, était incompatible avec l'emploi qu'elle sollicitait, constituait un dol viciant le contrat de travail devait être censuré. La Chambre sociale affirme avec la plus grande netteté que l'employeur qui fait commencer le travail à son salarié, recruté avec une période d'essai, sans le soumettre*

---

[353] Exemple relevé de la pratique professionnelle.
[354] Propos recueillis lors du Colloque Secret et Mensonge le 3 novembre 2016 dont notamment ceux du Dr. DERAMBURE.
[355] MOULY J., « Réticence ou mensonge du salarié sur son état de santé lors de l'embauche et nullité du contrat de travail », *JCP G* n° 47, 23 nov.2005.

au préalable à la visite médicale d'embauche, ne peut se prévaloir d'un dol du salarié quant à son état de santé ou à son handicap, les renseignements relatifs à l'état de santé d'un candidat à l'emploi ne pouvant être confiés qu'au médecin chargé de l'examen médical d'embauche »[356]. Cette jurisprudence couvre donc le secret, voire mensonge, délibéré en matière de santé au travail.

316.- En aparté, une comparaison avec le santé au travail canadien a pu être apportée. Au Canada, le mensonge du salarié sur son état de santé peut constituer une faute pouvant être utilisée comme un motif de licenciement. Certains auteurs relèvent que « *si au Québec, les obligations synallagmatiques contractuelles semblent avoir préséance sur les règles limitant la collecte des renseignements discriminatoires ou portant atteinte à la vie privée, en revanche, en France, les droits des employés en cette matière sont absolus, y compris lors d'une fausse déclaration, au moins à l'employeur. Les obligations de l'employeur au regard de la protection de la santé et de la vie privée ne se limitent d'ailleurs pas à l'interdiction de licencier. Il semble toutefois que l'obligation de sécurité incombant au salarié puisse être de nature à nuancer cette assertion, notamment pour ce que le salarié devrait révéler de son état de santé au médecin du travail* »[357]. En France, la position jurisprudentielle inverse choisit plutôt de protéger le mensonge du salarié sous le couvert du secret médical. Cette jurisprudence aussi protectrice soit-elle ne favorise pas le développement d'un rapport de confiance envers le médecin du travail.

317.- Du point de vue des SST, il est donc possible de constater qu'ils souffrent cruellement d'une mauvaise image véhiculée notamment par un cadre juridique relativement flou source d'incompréhensions et générateur d'un contexte de méfiance à leur encontre. L'aspect le plus problématique évoqué par les entreprises dans leurs rapports avec les SST concerne le manque de communication. Ce manque d'information sur les rôles et obligations de chacun conduit à des confusions qui ternissent les rapports entre SST et entreprises. Certains reproches sont alors attribués aux SST alors qu'ils ne concernent par leurs missions. De la même manière, les SST

---

[356] Cass. soc., 21 sept. 2005, Association Languedoc aides et services, n° 03-44.855, *Bull. civ.*, V., n° 262, *D.* 2006. 204, note G. Loiseau, *JCP G* 2005. II. 10163, note J. Mouly, *D.* 2006. 204, obs. E. Chevrier, *RTD civ.* 2006. 303, obs. J. Mestre et B. Fages, *JCP E* 2005, 1331, note P.-Y. Verkindt, *RJS* 2005, comm. n° 1163, *Dr. ouvrier* 2006, p. 149, note R. Gourdol.

[357] FANTONI-QUINTON S., LAFLAMME A.-M, « Garder le silence ou mentir sur son état de santé : quelles conséquences juridiques pour le candidat à l'embauche ? Une approche comparée France/Québec », *Dr. soc.*, 2016, p. 13.

ne se rendent pas toujours compte des obligations qui pèsent sur les entreprises et surtout des conséquences que certains aménagements de poste, même s'ils sont médicalement justifiés, peuvent causer dans l'organisation de l'entreprise. Des rapports de confiance sont pourtant nécessaires à l'efficacité du suivi de santé des salariés et à la réduction des risques en entreprise. L'insatisfaction bilatérale semble regrouper un ensemble de facteurs : le contexte sociologique, l'existence de préjugés, la méfiance réciproque ou encore la réticence à la coopération, etc. Toutefois, notre analyse a su révéler que l'ensemble de ces troubles étaient principalement issus du cadre juridique. L'étude précise et détaillée des textes a donc été nécessaire à l'appréhension des difficultés rencontrées dans les rapports entre entreprises et SST.

Chapitre 2 : Les sources juridiques des difficultés rencontrées dans les rapports entre entreprises et SST

318.- Dans ce chapitre, nous souhaitons démontrer en quoi le droit positif en matière de santé au travail trouble les rapports entre entreprises et SST. Nos développements utilisent volontairement le champ lexical du domaine du bâtiment. Ce choix rédactionnel illustre notre volonté de rénovation du cadre juridique. La première étape a reposé sur l'étude de la structure recensant les textes juridiques. Le formalisme de la partie 4 du Code du travail a, d'abord, fait l'objet de toute notre attention. Par la suite, la réflexion s'est portée sur les fondements juridiques bâtissant le droit de la santé au travail. L'architecture du Code du travail a alors été littéralement décortiquée. Ce chapitre retrace une étape majeure de la recherche assimilable à un jeu de construction. Une expertise juridique focalisée sur la partie 4 du Code du travail a été nécessaire à la formalisation de nos principes rénovateurs[358]. Dès lors, l'observation structurelle du « *bâtiment* » Code du travail a révélé plusieurs faiblesses de soutènement. D'une part, une répartition imprécise des compétences et responsabilités de chaque acteur de la santé au travail a pu être décelée (Section 1). D'autre part, la confrontation des textes juridiques existants et leur mise en pratique[359] a mis en exergue un certain décalage (Section 2).

Section 1 : Une répartition imprécise des compétences et des responsabilités de chacun

319.- A l'étude de cette partie 4 du Code du travail sur la santé et la sécurité au travail, le constat est le suivant : il existe une réelle illisibilité structurelle des obligations de chaque acteur de la santé au travail. La complexité architecturale et la répartition imprécise des règles de droit les rendent particulièrement indéchiffrables pour une majorité des acteurs de la santé au travail (I.). Cette illisibilité constatée d'abord au niveau de la structure de la partie 4 du Code du travail se traduit également sur le fond. De ce fait, le manque de clarté juridique des obligations respectives incombant à chaque acteur de la santé au travail engendre des conflits d'attribution de compétences significatifs (II.).

---

[358] *V.* Deuxième partie, Chapitre 1, les vecteurs d'une meilleure coopération entre entreprises et SST.
[359] Ce chapitre s'inspire largement notre expérience professionnelle du terrain.

I. Une illisibilité structurelle des obligations légales de chacun

320.- En étudiant, la structure de la partie 4 du Code du travail concernant la santé au travail et son organisation, il est possible d'observer une juxtaposition massive de textes. D'une part, les choix rédactionnels opérés par le législateur perturbent la lecture et la compréhension de plusieurs dispositions (A). D'autre part, la formulation des titres et la répartition des textes, rendent compte, selon nous, d'une certaine impuissance du législateur à l'égard de plusieurs problématiques propres à la santé au travail (B).

A- Des choix rédactionnels complexes participant à une certaine illisibilité structurelle

321.- La partie 4 du Code du travail[360] se découpe selon une classification assez imposante et complexe (1). La coexistence de fondements originels attachés à la protection du travailleur du XIXe siècle et les normes actuelles favorisant l'obligation de prévention engendrent parfois des contradictions (2). De fait, les acteurs de la santé au travail éprouvent des difficultés à comprendre et à appliquer l'ensemble des normes en vigueur. Le contentieux issu de ces incompréhensions amène régulièrement les juges du droit à préciser la portée des textes (3).

1) Une architecture surchargée conduisant à son opacité

322.- Au même titre qu'un architecte évalue la fiabilité d'un bâtiment par l'observation de ses fondations, il a fallu ici analyser la structure de la partie 4 du Code du travail pour vérifier la stabilité de ses fondements.

323.- Le sommaire de cette partie a fait l'objet d'un premier niveau d'étude. Ce dernier permet d'organiser et de hiérarchiser les règles de droit applicables. Le découpage opéré par le législateur est alors le suivant : la partie 4 du Code du travail[361] intitulée « *santé et sécurité au*

[360] Le code du travail, Dalloz 2017 a fait l'objet de notre étude. Les différentes dispositions ont ensuite été analysées en fonction de leurs évolutions et mises à jour.
[361] *Ibid.*

travail » comporte 8 livres, 33 titres, 131 chapitres, 347 sections réparties sur 418 pages soit au total environ 2600 articles (580 concernant la partie législative et 2020 concernant la partie réglementaire)[362].

324.- Le premier constat visuel nous renvoie à un nombre d'articles impressionnant. A titre d'exemple, le livre 4 intitulé « *prévention de certains risques d'exposition* » est le livre le plus découpé avec 6 titres, 29 chapitres, 50 sections, et une centaine d'articles[363]. En regard, les principes généraux de prévention ne représentent qu'un titre intégré dans le livre premier soit seulement une vingtaine d'articles.

325.- Le deuxième constat a été de dire que les articles ne sont pas tous répartis de manière homogène entre les sous-parties. Certains textes sont extrêmement détaillés alors que d'autres notions manquent de définitions. Cette irrégularité rend compte de certaines failles.

326.- A titre d'illustration, le Code du travail ne définit pas clairement la notion de prévention[364], alors qu'à l'inverse, il est particulièrement prolixe sur les obligations à respecter en matière de manutention. Dans la pratique, la jurisprudence a alors précisé qu'il fallait appliquer les règles génériques de la prévention des risques professionnels lorsqu'aucune définition n'était précisée dans le Code. Selon les Hauts magistrats, les obligations de l'employeur « *comportent des principes généraux concernant la prévention des risques professionnels et la protection de la sécurité et de la santé, l'élimination des facteurs de risque et d'accident, l'information, la consultation, la participation équilibrée conformément aux législations et/ou pratiques nationales, la formation des travailleurs et de leurs représentants, ainsi que des lignes générales pour la mise en œuvre desdits principes* »[365] .

327.- Si certains articles du Code du travail manquent de précisions, d'autres en revanche sont extrêmement détaillés. Une poignée d'articles comportent des précisions qui s'étendent sur près de quarante pages. Par exemple, l'article R. 4314-6 du Code du travail inclut l'article 9 du décret

---

[362] Comptabilisation réalisée sur le code du travail, Dalloz 2017. Les différentes dispositions ont ensuite été analysées en fonction de leurs évolutions et mises à jour.

[363] *Id.*

[364] *C. trav.*, art. L. 4121-1, *V. Chap*. 1, section 1, I., A., (1) la complexité de la notion juridique de la prévention.

[365] Cour de cassation, *Rapport Annuel, Le risque,* 2011, p. 329.

sur les règles relatives à l'entretien des machines[366]. La retranscription de ce décret occupe 36 pages du Code du travail. L'article R. 4313-78 du Code du travail représente une autre illustration de cette surcharge rédactionnelle. L'article visé dresse une liste sur deux pages des « *machines neuves ou considérées comme neuves soumises soit aux procédures définies à l'article R. 4313-76 soit à celles prévues à l'article R. 4313-77* ». La retranscription détaillée de l'ensemble de ces mesures nous laisse perplexe quant à son intérêt.

327.- Les articles relatifs aux principes généraux de prévention[367] sont les plus couramment utilisés par les acteurs de la santé au travail. Le plus souvent, ces dispositions définissent les obligations de chacun et notamment celles de l'employeur par la technique rédactionnelle du listing. Ces principes sont ensuite répétés presque comme une litanie tout au long de la partie 4. L'intérêt de cette répétition nécessitera également d'être remis en cause[368]. Ce choix structurel répétitif concerne tout autant la partie législative que la partie règlementaire du Code du travail en matière de santé au travail. Ce volume impressionnant de textes législatifs et réglementaires et de subdivisions perturbe largement l'appréhension et la lisibilité des règles du droit de la santé au travail pour tout lecteur.

329.- Cet amas de subdivisions s'assimile pour certains à une juxtaposition d'obligations contraignantes. Cette accumulation se justifie sans doute par la volonté du législateur d'englober un maximum de situations relatives à la santé au travail. En effet, le législateur a choisi de légiférer sur les notions suivantes[369] : « *dispositions particulières applicables aux catégories de travailleurs, facteurs de risques professionnels, lieux de travail, équipements et moyens de protection, risques d'exposition, activités ou opérations, institutions et organismes de prévention, contrôle, etc…* ». Il s'agit là de situations particulières qu'il tente de regrouper par catégorie.

330.- La classification législative par catégorie de risques et de situations identifiées est propre au domaine de la santé au travail. Cette surcharge normative a manifestement été commentée par la doctrine depuis quelques années. En 2008, le responsable de la mission de

---

[366] Décr. n° 2008-1156 du 7 nov. 2008 *relatif aux équipements de travail et aux équipements de protection individuelle, JO* n° 262, 9 nov. 2008, texte n° 10.
[367] *C. trav.*, art. L. 4121-2 à L. 4121-3-1.
[368] *V.* développement de la sous partie B 1) a) Des principes généraux de prévention affaiblis par la répétition.
[369] Liste non exhaustive.

recodification[370] de l'ancien du travail à la DGT témoignait que « *dans le domaine de la santé et de la sécurité, on ne peut que constater le volume impressionnant des textes. Pour chaque problème rencontré, pour chaque catégorie de risque identifié, il semble qu'un texte ait été pris. Et la production réglementaire est quasiment constante dans ce domaine. Ce volume a eu deux conséquences principales dans l'ancien Code. D'une part la non-codification de textes importants. D'autre part, l'hypertrophie du titre III du livre II, qui conduisait à une architecture complexe, à une numérotation erratique (les articles L. 235-1 et suivants trouvaient par exemple leur correspondance réglementaire en R. 238-1 et suivants), à des articles anormalement longs et à l'impossibilité de créer de nouveaux chapitres pour insérer de nouvelles dispositions* »[371]. Les objectifs visés par cette recodification de 2008 étaient les suivants :

- « *Une meilleure accessibilité à la loi,*
- *Un objectif de simplicité et d'intelligibilité, un Code adapté à l'état du droit actuel,*
- *Un souci d'accompagnement et de pédagogie vis-à-vis des utilisateurs* »[372].

331.- A l'heure actuelle, la problématique n'est toujours pas résolue. La récente proposition de loi issue du rapport Lecocq intitulé « *santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* »[373] a su une nouvelle fois exprimer la volonté de simplifier la réglementation en la matière. La proposition de loi avait la vocation d'« *émettre des propositions, notamment pour l'évaluation des risques avec une attention particulière aux petites et moyennes entreprises pour simplifier leurs démarches et les rendre plus*

---

[370] « *Le Parlement a en effet habilité le gouvernement à recodifier le code du travail par voie d'ordonnance, dans un cadre et un délai déterminé, par la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit. Mais, pour pouvoir tenir compte du processus mis en place dans toute opération de codification ou de recodification, et des délais qui en résultent, une seconde habilitation est intervenue par la loi n° 2006-1770 du 30 décembre 2006. Le 7 mars 2007, après 24 mois de travaux - dont 5 mois consacrés à l'élaboration du périmètre du nouveau code et de son plan -, la partie législative du nouveau code du travail a été adoptée en Conseil des ministres. L'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail (partie législative) a été publiée au Journal officiel du 13 mars 2007. Cette ordonnance a été ratifiée par la loi n° 2008-67 du 21 janvier 2008. Quant à la partie réglementaire du nouveau code du travail, elle résulte de deux décrets du 7 mars 2008 publiés au Journal officiel du 12 mars 2008. Conformément à l'article 2 (X) de la loi de ratification du 21 janvier 2008, le nouveau code du travail entre en vigueur le 1er mai 2008* ». DGT, COMBREXELLE J.-D., *Présentation du nouveau code du travail,* Dossier de Presse, avr. 2008, 12 p.

[371] LANOUZIERE H., « La santé et la sécurité au travail », *AJDA* 2008, p. 861.

[372] DGT, COMBREXELLE J.-D., *Présentation du nouveau code du travail,* Dossier de Presse, 29 avr. 2008, p. 12.

[373] LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée,* Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, 174 p.

efficaces »[374]. Toutefois, l'ajout de nouvelles missions pour les services de santé rebaptisés services de prévention et de santé au travail (SPST), la création de trois nouveaux types de visites, d'un passeport de prévention et d'un programme annuel de prévention entre autres dispositions[375] et modifications rédactionnelles ne semblent pas participer à une démarche de simplification.

332.- Le manque de clarté de la partie 4 du Code du travail pose plusieurs difficultés de lisibilité accentuées par l'accumulation de textes trop volumineux. La répartition de ces règles de droit en plusieurs subdivisions témoigne de la coexistence d'idéologies différentes. Dès lors, les normes créées aux prémices du droit du travail cohabitent avec les nouveaux textes imprégnés d'une vision actuelle plus moderne de la santé au travail.

2) La coexistence d'idéologies juridiques différentes, source de complexité normative

333.- Le Code du travail abrite à la fois une vision nouvelle de la santé au travail fondée sur la notion de prévention et une vision plus ancienne basée sur la protection du travailleur du XIXe siècle. Si le XIXe siècle a posé le socle fondateur de la protection des salariés[376] dans le Code du travail, la création d'une partie entière dédiée à la santé au travail date quant à elle de 2008. L'un des rapporteurs de la mission de recodification évoque la volonté de rendre compte de l'importance de la santé au travail dans les relations de travail : « *la création d'une partie consacrée à la santé et à la sécurité au travail dans le nouveau Code traduit l'importance attachée à cet enjeu majeur des relations de travail. Elle permet une architecture du texte porteuse de sens et fidèle à la philosophie préventive contemporaine. Il s'agissait de faire de cette partie non plus la juxtaposition désarticulée d'obligations parfois étonnamment précises et vécues comme tatillonnes mais l'expression méthodique d'une démarche découlant logiquement de la mise en œuvre de principes fondamentaux. Le droit du travail s'est*

---

[374] PARMENTIER-LECOCQ C., GRANDJEAN C., CASTANER C., KHATTABI F., CLOAREC-LE NABOUR C., *Proposition de loi n° 3718 , pour renforcer la prévention en santé au travail*, déposée le mercredi 23 déc. 2020.

[375] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2.

[376] *V.* introduction.

historiquement construit à partir des problématiques de santé et sécurité au travail. Il s'agissait alors de protéger les catégories de travailleurs les plus fragiles, c'est-à-dire les jeunes travailleurs et les femmes. Plus de cent cinquante ans après la parution du rapport Villermé sur l'état de santé physique et moral des ouvriers dans les manufactures, ces catégories de travailleurs font aujourd'hui encore l'objet de réglementations spécifiques. En partie héritées des logiques du XIXe siècle, elles sont toutefois également fondées sur des considérations et une approche préventive nouvelles, issues notamment de la logique communautaire. La cohabitation de ces textes, de philosophies différentes, était plus ou moins harmonieuse et source de complexité ».[377]

334.- Depuis 2008, cette partie 4 a fait l'objet d'une multitude de modifications[378] sans toutefois évincer les fondements d'origines. Récemment un groupe d'universitaires, le groupe de recherche pour un autre Code du travail (GR-PACT) a proposé une recodification du Code du travail[379] dans son entièreté. Franck HEAS[380], professeur à l'Université de Nantes, a été chargé de simplifier la partie concernant le droit de la santé au travail. Selon ses propositions, la partie 4 ne comprendrait alors plus que 4 chapitres :

- Chapitre 1 : obligations de l'employeur,
- Chapitre 2 : obligation et droit du salarié,
- Chapitre 3 : SST et suivi des salariés (section 1 : organisation du service de santé au travail, section 2 : attributions du service de santé au travail, section 3 : suivi des salariés),
- Chapitre 4 : comité de santé et des conditions de travail (section 1 : mise en place, section 2 : composition et fonctionnement, section 3 : mission générale, section 4 : moyens).

335.- Dans le cadre de nos recherches, le Professeur HEAS a accepté de répondre à nos questions au cours d'une interview réalisée en 2017. Il nous a notamment fait part de la complexité du droit actuel à laquelle il a dû faire face[381] : « l*es critiques apportées à la partie 4 sur la santé au travail peuvent être portées à l'ensemble du Code du travail. La réglementation est trop abondante, trop complexe, trop technique et trop ancienne sur certains*

[377] LANOUZIERE H., « La santé et la sécurité au travail », *AJDA 2008*, p. 861.
[378] *V.* Introduction.
[379] GR-PACT, « Proposition de Code du travail », *Dalloz*, 1ère édition, 22 mars 2017, 419 p.
[380] *V.* Annexe 9, Interview du Professeur Franck HEAS.
[381] *Ibid*.

points. La lisibilité et l'accès aux règles n'est pas facilitée. Il y a un impératif de simplification par rapport à ce besoin d'accessibilité des utilisateurs du Code du travail ».

336.- Ces critiques ont souvent été dénoncées par la doctrine : « *puisque tout à déjà été dit sur l'intempérance normative et sur les moyens d'y mettre fin, sans effets notables sur la situation, la clef de la réussite, celle qui permettra au Titanic qu'est devenu notre droit de ne pas se fracasser sur l'iceberg de notre désinvolture collective, c'est bien le changement de culture normative de l'Etat* »[382].

337.- Le professeur HEAS a également évoqué les évolutions que le droit de la santé au travail a pu connaitre au fil des années. Il a su remarquer l'inadaptation des anciens fondements initiaux : *« le droit de la santé au travail a évolué au niveau de ses principes et fondements. On assiste actuellement à une montée en puissance de la prévention. Or, le droit positif n'est pas suffisamment explicite sur cette nouvelle dimension. L'idée est de proposer une simplification de l'énoncé des règles de droit qui passe d'abord par une reformulation des principes à l'aune des évolutions en cours. Par exemple, l'exigence de prévention sous-tend tout le droit de la santé au travail. Cette exigence doit donc être énoncée en lien avec la multiplicité et l'inter-connexité des risques. En effet, un risque professionnel peut tout à fait être également un risque pour l'environnement ou bien pour les tiers. Nous avons besoin actuellement de réorienter les fondements même des principes de santé au travail vers la consécration et la réaffirmation de la prévention au sens large »*[383].

338.- En effet, certains articles nécessitent d'être réactualisés par rapport aux évolutions que la santé au travail a pu connaitre au fil du temps. Cependant, selon nous, cette actualisation ne doit pas forcément être associée à la multiplication des risques professionnels nouveaux.

339.- Le législateur adopte actuellement la stratégie de détailler les articles du Code en fonction des nouvelles découvertes médicales en matière de risque professionnel. Mais, force de précisions ces articles perdent leur intérêt initial. Le droit de la santé au travail doit constamment

---

[382] SIRINELLI S., PREVOST P., « Inflation législative : pas d'inversion de la courbe en 2016 », *Dalloz IP/IT* 2016, 57 p.
[383] *V.* Annexe 9, Interview du Professeur Franck HEAS.

s'adapter aux évolutions scientifiques. Il semble pourtant impossible de pouvoir tout encadrer juridiquement.

340.- L'article R. 4121-1 du Code du travail, impose à l'employeur la rédaction d'un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUER). Cet article était initialement[384] rédigé de la sorte : « l'*employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il procède en application de l'article L. 4121-3. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement* ».

341.- Pour illustrer notre propos, en 2008, une étude a été menée sur les répercussions sur la santé des salariés travaillant par températures extrêmes notamment dans les chantiers de désamiantage[385]. Cette étude révèle l'intérêt de la surveillance de la fréquence-cardiaque chez les travailleurs exposés à des fortes chaleurs. Elle précise qu'elle « *restitue les résultats de cardio-fréquencemétrie enregistrée sur des chantiers de désamiantage en conditions particulièrement difficiles d'ambiance thermique et de contraintes spécifiques. Après avoir rappelé la bibliographie sur le travail à la chaleur, elle expose le protocole de surveillance de la fréquence cardiaque établi pour les chantiers. Elle précise les indicateurs retenus pour l'interprétation directe des courbes et la surveillance sur le terrain des opérateurs* [386]». A la suite de cette publication, un décret[387] est venu modifier l'article susvisé en ajoutant la mention « *y compris ceux liés aux ambiances thermiques* » pour intégrer ces nouvelles découvertes.

342.- Si cette logique de codification est appliquée à la lettre, elle devrait alors contenir l'ensemble des nouveaux risques qu'il est possible d'observer au fil des années. Cependant, l'actualisation de l'article cité s'est arrêtée à l'étude thermique et est encore en vigueur aujourd'hui.

---

[384] L. n° 2008-67 du 21 janvier 2008 *ratifiant l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail, JO* n° 18, 22 janv. 2018, texte n° 2.
[385] LAROUDIE S., VUILLAUME M., *Apport de la cardio-fréquencemétrie sur des chantiers de désamiantage sous contrainte thermique. Retour d'expérience*, Référence TF 176, Rubrique Vu du terrain, 2008, 8 p.
[386] *Ibid.*
[387] Décr. n° 2008-1382 du 19 déc. 2008, *relatif à la protection des travailleurs exposés à des conditions climatiques particulières, JO* n° 299, déc. 2008, texte n° 14.

343.- La volonté initiale du législateur de 2008 était de mettre en place le document unique d'évaluation des risques de manière à ce qu'il rende compte des actions de prévention menées dans l'entreprises. Mais son attachement à l'objectif de protection du travailleur issu des prémices de la santé au travail le conduit à vouloir en préciser la portée. Les exemples peuvent être nombreux[388].

344.- Le droit de la santé au travail est une matière en constante évolution et cette matière figure parmi les rapports de droit du travail. En suivant une logique architecturale de juxtaposition des règles du droit en fonction de l'apparition de nouvelles données médicales, le législateur ne fait qu'en complexifier la lecture. Cette surcharge de précisions juridiques empêche les acteurs de la santé au travail d'y voir l'objet principal de leurs missions : celui la prévention. Dès lors, la complexité normative des textes encadrant la santé au travail conduit inévitablement à un contentieux abondant.

3) Une jurisprudence foisonnante en réponse à la complexité des textes

345.- Une partie de la doctrine estime que « *le principe selon lequel nul n'est censé ignorer la loi est un leurre pour bon nombre de citoyens. La complexité des textes et le labyrinthe des procédures élèvent des barrières souvent infranchissables, créant ainsi une inégalité douloureuse. Cela devient alors difficile de suivre les changements législatifs ou réglementaires. Les citoyens sont désarmés par la complexité et l'enchevêtrement des règles et des procédures juridiques* »[389].

346.- En matière de santé au travail, cette complexité affecte les rapports entre SST et entreprises. L'illisibilité des textes conduit à plusieurs confusions dans les responsabilités et obligations de chacun. Par conséquent, l'intervention des juges en matière de santé au travail devient récurrente voir inévitable.

---

[388] *V.* Première Partie, Chapitre 1, B, 2) b) *Une sur-responsabilisation en lien avec l'apparition de nouveaux risques professionnels.*

[389] LAPOUILLE B., « Pour le Médiateur de la République, la complexité du droit est source d'inégalités », *D. actualités*, 2007, p. 256.

347.- Le cadre légal de l'organisation de la visite de reprise peut permettre d'en illustrer le propos. A ce sujet, l'article R. 4624-31 du Code du travail énonce que : « *le travailleur bénéficie d'un examen de reprise du travail par le médecin du travail : 1° Après un congé de maternité ; 2° Après une absence pour cause de maladie professionnelle ; 3° Après une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel. Dès que l'employeur a connaissance de la date de la fin de l'arrêt de travail, il saisit le SST qui organise l'examen de reprise le jour de la reprise effective du travail par le travailleur, et au plus tard dans un délai de huit jours qui suivent cette reprise* ».

348.- La formulation de cet article n'a pas permis aux acteurs de la santé au travail d'en saisir directement les contours. Des erreurs d'interprétation dans la pratique ont été source de contentieux juridique. S'il est simplement écrit que « *le travailleur bénéficie d'un examen de reprise* », beaucoup de lecteurs ont compris que c'était au salarié d'organiser la visite de reprise. De la même manière, s'il est indiqué que « *le SST organise l'examen* », la responsabilité de la prise de rendez-vous incombe à l'employeur. Ainsi, la jurisprudence a du se prononcer plusieurs fois en affirmant de manière constante que « *la carence, fautive, de l'employeur dans l'organisation de cet examen de reprise cause nécessairement un préjudice au salarié dont le juge doit fixer la réparation* »[390]. Les juges du droit ont ensuite été tenus de repréciser clairement l'article du Code du travail en affirmant que « *l'organisation de la visite médicale de reprise incombe en principe à l'employeur, le salarié peut aussi la solliciter en cas de carence, soit directement auprès du médecin du travail soit auprès de l'employeur. Cependant, la visite sollicitée par le salarié ne peut être considérée comme une véritable visite médicale de reprise que si le salarié a dûment informé l'employeur de son initiative* »[391].

349.- Dans la pratique, il arrive fréquemment que le salarié organise lui-même sa visite de reprise à la demande de l'employeur de manière à en faciliter le déroulement. Les juges ont alors tenu compte de la réalité du terrain et ont décidé pour conclure, de rappeler que si c'est à l'employeur d'organiser en principe la visite de reprise, le salarié peut également valablement

---

[390] Cass. soc., 15 oct. 2014, Société Banque privée Fideuram Wargny, n° 13-15.093, F-D et Cass. soc., 15 oct. 2014, Société SNVG, n° 13-14.969, F-D, *RJS* 2015, comm. n° 22 ; Cass. soc., 6 mai 2015, Société Europipe France, n° 13-26.247, F-D ; Cass. soc., 13 mai 2015, n° 13-10.461, F-D

[391] Cass. soc., 12 déc. 2012, Société Dinh Van, n° 11-30.312, F-D ; Cass. soc., 19 mars 2014, Mutualité fonction publique services, n° 12-27.073, F-D ; Cass. soc., 7 janv. 2015, Société Hilonisari Success, n° 13-21.281, F-D, *RDT* 2015, p. 409, obs. M. Véricel ; Cass. soc., 7 janv. 2015, Société Lisi Automotive Rapid, n° 13-20.126, F-D, *RDT* 2015, p. 409, obs. M. Véricel.

organiser cette visite à condition d'en informer l'employeur. En revanche, la haute Cour continue d'affirmer que la visite médicale organisée à la seule initiative du médecin du travail ne peut être qualifiée de visite de reprise[392]. Par cet éclaircissement, les juges du fond ont permis de répondre aux problématiques issues de l'application pratique des textes juridiques encadrant l'organisation de la visite de reprise.

350.- La doctrine admet largement que « *la santé et la sécurité au travail font l'objet d'un fort contentieux* »[393]. L'obligation de reclassement en est une illustration. Le cadre légal énonce que : *« l'obligation de reclassement est réputée satisfaite lorsque l'employeur a proposé un emploi, dans les conditions prévues à l'article L. 1226-2, en prenant en compte l'avis et les indications du médecin du travail* »[394].

351.- La rédaction de cet article a, là encore, été mal comprise par ses utilisateurs. Employeurs comme SST n'y voyaient pas forcément une obligation systématique de solliciter l'avis du médecin du travail et ils n'ont pas vraiment compris son aspect contraignant. La jurisprudence est intervenue pour renforcer l'obligation de reclassement de l'employeur en lui imposant une consultation systématique du médecin du travail sur les postes de reclassement dans l'entreprise. L'interprétation des juges est très claire : *« l'employeur est tenu d'associer le médecin du travail à toutes ses recherches de reclassement »*[395] *; « toutes les réponses ultérieures apportées par le médecin du travail peuvent concourir à la justification de l'impossibilité de reclassement par l'employeur* »[396].

352.- Sur cette thématique, la jurisprudence va même plus loin que le législateur[397] en estimant que malgré le fait que le médecin du travail ait conclut à une impossibilité pour l'employeur de remplir cette obligation de reclassement, l'employeur est tenu, malgré tout, de s'y soumettre. En l'espèce, l'employeur avait, postérieurement à l'avis d'inaptitude, sollicité le médecin du travail afin d'être éclairé précisément sur l'existence d'activités ou de tâches compatibles avec

---

[392] Cass. soc., 14 juin 2016, Société Entreprise Guy Challancin, n° 14-16.886, F-D.
[393] JULIEN M., PAULIN J-F., « Santé et sécurité : panorama de jurisprudence », *JA 2013*, n° 482, p.42.
[394] *C. trav.*, art. L. 1226-2-1.
[395] Cass. soc., 15 déc. 2015, Société Help, n° 13-26.194, F-D.
[396] Cass. soc., 15 déc. 2015, Société Plastic omnium, n° 14-11.858, *Bull. civ.* V, n° 841, *JSL* 2016, n° 404-3, obs. J.-Ph. Lhernould, *RJS* 2016, comm. n° 103, ; Cass. soc., 11 janv. 2017, n° 15-22.485; Cass. soc., 6 mars 2017, n° 15-19.674 .
[397] Cass. soc., 3 mai 2018, Société Demos, n° 17-10.234, F-D.

l'état de santé de la salariée. Le médecin ayant précisé qu'un poste de reclassement ne pouvait être envisageable, l'employeur avait procédé au licenciement. Pour autant, les juges du droit ont estimé que l'employeur ne démontrait pas avoir recherché à reclasser de manière suffisamment loyale et sérieuse en se retranchant derrière l'avis du médecin du travail. L'obligation de reclassement ne consiste donc pas seulement en la prise en compte des avis et indications du médecin du travail. Aux vues de la complexité des textes et de l'interprétation *in extenso* opérée par les magistrats, certains auteurs se sont demandés si cette obligation de reclassement ne devait pas aller jusqu'à l'obligation de créer un poste adapté[398].

353.- La complexité observée dans la rédaction de certains articles conduit la jurisprudence à devoir repréciser la portée des textes. Cette intervention omniprésente des juges dans la précision des règles de droit ne traduirait-elle une certaine impuissance du législateur à légiférer en matière de santé au travail ?

B- Une impuissance implicite du législateur à encadrer les obligations de chacun

354.- La volonté de vouloir encadrer tous les risques existants semble vouée à l'échec et, sur le fond, le législateur semble le reconnaitre (1). D'autres éléments étayent cette hypothèse. Le renvoi récurrent à une multitude de normes techniques externes au Code du travail peut également conduire à penser que l'utilisation du Code du travail à lui seul est insuffisante (2). Enfin, la même conclusion peut être faite lorsque le législateur s'en remet, aussi souvent, à d'autres Codes pour encadrer certains articles de la partie 4 du Code du travail (3).

1) L'impuissance du législateur dans l'encadrement des risques professionnels

355.- A l'étude de la partie 4 du Code du travail intitulée « *santé et sécurité au travail* », le constat suivant est indéniable : la logique choisie par le législateur d'encadrer toutes les situations à risque semble vouée à l'échec. Il est en effet impossible réglementer toutes les

[398] ORIO E., « Licenciement pour inaptitude physique, l'obligation de reclassement va-t-elle jusqu'à l'obligation de créer un poste adapté ? », *AJFP* 2018, p. 78.

situations qui peuvent se présenter. Certaines formulations employées par le législateur peuvent le suggérer.

356.- La classification des risques choisie par le législateur ne fait référence qu'à *« certaines »* situations. Cette expression couramment employée dans les titres du sommaire de la partie 4 du Code du travail suscite l'interrogation suivante : puisque le législateur n'encadre que *« certaines »* situations relatives à la santé au travail, qu'en-est-il des situations ou des risques professionnels qu'il n'a pas pris en compte ? L'utilisation de ces termes sélectifs insuffle l'existence d'un vide juridique certain.

357.- Une contre-argumentation pourrait être celle de considérer que les principes généraux de prévention ont vocation à s'appliquer par défaut. Toutefois, cette hypothèse accréditerait la relative inutilité de détailler les risques spécifiques dans le Code du travail. De fait, si des situations non envisagées par le législateur peuvent être gérées par l'application de ces principes généraux de prévention, pourquoi les risques professionnels, qui quant à eux ont pu être évoqués, ne pourraient–ils pas, eux aussi, être encadrés par ces principes généraux de prévention ?

358.- La question trouve toute sa légitimité lorsqu'il s'agit d'observer la façon dont est rédigée une majorité des articles en la matière. Les titres 5 et 6 du livre 1 de la partie 4 du Code du travail sont intitulés respectivement « *dispositions particulières à certaines catégories de travailleurs »* et *« certains facteurs de risques professionnels »*. Le livre 4 est quant à lui intitulé « *prévention de certains risques d'exposition* ». De la même manière le livre 5 est intitulé « *prévention des risques liés à certaines activités ou opérations* ».

359.- L'analyse grammaticale[399] des termes employés apporte plusieurs précisions. La définition du mot « *certain* » s'entend lorsque l'adjectif est placé avant un nom commun comme « *quelque chose qu'on distingue, sans grande précision, d'un ensemble* »[400] ou bien quelque

[399] L'analyse grammaticale permet de retrouver la nature des mots et leur fonction dans une phrase.
TOMASSONE R., *Pour enseigner la grammaire*, Delagrave Pédagogie et formation, Nouvelle édition, 1997, p. 317.
[400] Dictionnaire LAROUSSE, 2017, 960 p.

chose « *d'imprécis et de difficile à fixer* »[401]. Lorsque l'adjectif est conjugué au pluriel et qu'il est situé avant un nom commun, cela signifie « *quelques-uns parmi d'autres* »[402].

360.- La simple utilisation de cet adjectif dans les titres des sous-parties rédigés par le législateur laisse alors supposer que les règles énoncées dans ses segmentations seront déficientes parce qu'inévitablement incomplètes. De ce fait, lorsqu'une situation n'est pas régie par le Code, les SST et les entreprises choisissent d'interpréter le droit à leur manière. De toute évidence, lorsque les interprétations sont discordantes, le contentieux juridique apparait.

361.- De surcroit, l'univers de la santé au travail est soumis à des évolutions notables et répétées, notamment par rapport aux découvertes techniques et médicales. Cette mouvance peut, par ricochet rendre le droit assez instable. Une partie de la doctrine atteste que « *l'apparition de nouveaux risques montre la nécessité d'asseoir les politiques de santé au travail sur le droit du travail et sur le droit de la sécurité sociale. Il rappelle encore qu'une prévention efficace passe non seulement par la combinaison des normes du Code du travail et de celles du Code de la sécurité sociale, mais aussi par la recherche permanente d'adaptation des règles et des pratiques* »[403].

362.- L'utilisation des nouvelles technologies a fait naitre de nouvelles problématiques de santé au travail. L'innovation numérique a permis de supprimer certaines contraintes de temps et de lieu pour exercer son activité. Par exemple, le secteur des transports a connu des évolutions en lien avec l'apparition de nouvelles technologies dont « *les technologies de la RFID (Radio Frequency Identification) du guidage vocal dans la logistique ou l'informatique embarquée dans le secteur des transports* »[404]. De nouveaux risques ont alors émergés sur le plan de la surveillance et de la protection de la vie privée du salarié.

---

[401] Dictionnaire Le Petit Robert, 2019, p. 2880.
[402] *Ibid.*
[403] VERKINDT P.Y., CARON M., « Le droit de la sécurité sociale confronté aux nouveaux risques professionnels », *RDSS*, 2010, p. 593.
[404] ANACT, *Numérique et conditions de travail : des défis essentiels à relever pour l'entreprise*, ANACT Actualités, 2015, source URL : < www.anact.fr >.

363.- Le monde du travail connait régulièrement des avancées notables. L'une des plus marquantes a été l'instauration des forfaits-jours et le télétravail[405]. De nouvelles problématiques ont vu le jour concernant le droit à la déconnexion[406] et les risques psychosociaux. Certains auteurs estiment que « *l'hyper-connexion présente à elle seul un risque d'intensification du travail et de mise en danger de la santé et de l'équilibre vie professionnelle et vie privée. Mais les outils numériques sont à l'origine d'une autre évolution. Ils abolissent les distances géographiques et permettent d'envisager de nouveaux modes d'organisation plus souples* »[407].

364.- Les partenaires sociaux ont établi en 2020[408] les modalités de mise en œuvre du droit à la déconnexion notamment au travers de la mise en place de dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques. La notion de droit à la déconnexion n'est pourtant pas définie par la loi. Elle peut s'interpréter comme le droit pour les salariés de ne pas être constamment en relation numérique avec leur travail. Le droit au respect de leurs temps de repos et de congés en découle.

365.- En 2016, seuls quelques accords d'entreprise abordaient la question. Par exemple, chez Orange, le droit à la déconnexion a été associé à « *l'absence d'obligation de répondre à la messagerie professionnelle et utiliser les fonctions d'envoie différé* »[409]. L'accord Banques Populaires évoque « *l'absence d'obligation pour le receveur de répondre aux mails* »[410]. Ou encore, l'accord Michelin prévoie que « *les salariés n'ont pas l'obligation de lire et répondre aux courriels et appels téléphoniques qui leur sont adressés* »[411].

---

[405] Le télétravail désigne « *toute forme d'organisation du travail dans laquelle un travail qui aurait également pu être exécuté dans les locaux de l'employeur est effectué par un salarié hors de ces locaux de façon régulière et volontaire en utilisant les technologies de l'information et de la communication dans le cadre d'un contrat de travail ou d'un avenant à celui-ci* » L. n° 2012-387 du 22 mars 2012 *relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives*, *JO* n° 71, 23 mars 2012, texte n°1 (dite loi Warsmann).

[406] Le droit à la déconnexion est né de la loi « Travail », L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 *relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels*, *JO* n° 184, 9 août 2016, texte n° 3, qui l'a introduit pour la première fois dans le Code du travail. Il s'applique à l'ensemble des travailleurs. Les entreprises ont alors pour obligation de mettre en place des outils permettant de réguler l'utilisation de l'outil numérique dans l'objectif de prévenir les risques psycho-sociaux et maintenir un équilibre en vie familiale et professionnelle.

[407] ANACT, *Numérique et conditions de travail : des défis essentiels à relever pour l'entreprise*, ANACT Actualités, 2015, source URL : < www.anact.fr >.

[408] Accord National Interprofessionnel *pour une mise en œuvre du télétravail*, 26 nov. 2020, p. 19.

[409] Accord relatif à l'accompagnement de la transformation numérique chez Orange, 27 septembre 2016.

[410] Accord relatif aux conditions de vie au travail, Banques populaires, 6 juill. 2016.

[411] Accord portant sur la maitrise de la charge de travail des cadres autonomes, Michelin, 15 mars 2016.

366.- L'épidémie de COVID-19 a mis en exergue la rapidité avec laquelle de nouveaux risques apparaissent. Le télétravail a été propulsé en première ligne dans l'organisation des conditions de travail sans que pour autant il ne soit véritablement encadré.

367.- La santé au travail fait face à de telles évolutions qu'il est impossible de pouvoir la réglementer par catégories de risques ou de travailleurs. Le législateur pense parer à cette instabilité, en choisissant de renvoyer de manière récurrente aux décrets d'application. Si le droit de la santé au travail a besoin de dynamisme et de précisions concernant les modalités d'application de la loi, la surabondance des décrets d'application ne fait qu'accroitre sa complexité à en appréhender les principes.

2) Le renvoi trop récurrent et parfois inadapté aux décrets d'application

368.- Depuis 2011, plus de six cent décrets d'application relatifs à la santé au travail sont parus. Le premier renvoi intervient dès le deuxième article sur la santé au travail, l'article L. 4111-2 du Code du travail[412]. Une multitude de décrets interviennent ainsi au cours de cette partie. Des décrets déterminent les conditions de dérogation permettant d'employer des travailleurs mineurs[413], d'autres les seuils d'exposition au bruit[414], aux champs électromagnétiques[415], etc. De par le caractère technique des notions évoquées, des centaines d'articles relèvent de décrets pris en Conseil d'Etat et non de décrets simples. Certains légistes ont tenté d'en expliquer la distinction : « *la distinction des décrets en Conseil d'État, des décrets pris après avis du Conseil d'État et des décrets simples à laquelle on va procéder peut donc valoir à la fois pour des décrets réglementaires et des décrets non réglementaires. Mais, s'appliquant très souvent aux décrets réglementaires pris en ou après avis u Conseil d'État son analyse a sa place ici. Pour l'essentiel, les décrets en Conseil d'État sont ceux qui doivent obligatoirement être précédés de la délibération du Conseil d'État ; ils sont pris « le Conseil d'État entendu » ; les décrets pris « après avis du Conseil d'État » sont ceux qui sont facultativement précédés*

---

[412] *C. trav.*, art. L. 4111-2 « *Pour les établissements et les groupements mentionnés aux 1° à 3° de l'article L. 4111-1, les dispositions de la présente partie peuvent faire l'objet d'adaptations, par décret pris, sauf dispositions particulières, en Conseil d'Etat, compte tenu des caractéristiques particulières de certains de ces établissements et des organismes de représentation du personnel existants . Ces adaptations assurent les mêmes garanties aux salariés* ».
[413] *C. trav*., art. L. 4153-1.
[414] *C. trav*., art. L. 4431-1.
[415] *C. trav*., art. L. 4453-1.

de la consultation du Conseil d'État. Les formules des textes sont parfois approximatives »[416]. Cela signifie que le législateur a donc eu besoin de l'avis supplémentaire du Conseil d'Etat pour réglementer sur les différents aspects en question.

369.- Pour les acteurs de la santé au travail, l'accumulation de ces textes n'a pas pour effet d'impacter leur valeur obligatoire puisqu'ils sont tenus de respecter l'ensemble de ces règles normatives. Des parties entières de la réglementation concernant la santé au travail ont été créées uniquement pour y citer des décrets. Par exemple, au sein du titre V intitulé « *dispositions particulières à certaines catégories de travailleurs* », la section II « *travaux exposant à des agents biologiques* » renvoie au décret pris en Conseil d'Etat sur la protection des travailleurs intervenant en milieu hyperbare[417] et la section III sur les travaux exposant aux rayonnements renvoie au décret[418] pris en Conseil d'Etat concernant les risques dûs aux champs électromagnétiques.

370.- Le responsable de la mission de recodification[419] du Code du travail de 2008 a voulu expliquer l'origine de cette segmentation en affirmant que « c*e poids de la partie réglementaire et le traitement différé de cette dernière ont posé des difficultés lors de l'élaboration du plan. L'intitulé des subdivisions de la partie législative conditionnant celui de la partie réglementaire jusqu'au rang du chapitre, il a fallu pallier les vides de la partie législative en anticipant l'emplacement des dispositions réglementaires. C'est ce qui explique l'existence de nombreux titres ou chapitres ne comportant aucune disposition législative dans la partie IV du nouveau Code. Les subdivisions n'ont été créées que pour mieux accueillir les décrets* ».

371.- Malgré la prédominance du renvoi aux décrets parmi les articles de la partie 4 du Code du travail, l'absence de codification de décrets tout aussi importants est également constatée.

---

[416] DEVOLVE P., « Conseil d'Etat, Statut de l'institution », *Rép. du contentieux administratif*, juin 2012 (actualisé Avr. 2020), n° 212.
[417] Décr. n° 2011-45 du 11 janvier 2011 *relatif à la protection des travailleurs intervenant en milieu hyperbare*, *JO n° 10*, 13 janvier 2010, texte n° 21.
[418] Décr. n° 2016-1074 du 3 août 2016 relatif *à la protection des travailleurs contre les risques dus aux champs électromagnétiques*, *JO* n° 182, 6 août 2016, texte n° 27.
[419] LANOUZIERE H., « La santé et la sécurité au travail », *AJDA*, 2008, p.861.

En effet, par exemple le décret du 14 novembre 1988[420] toujours en vigueur aujourd'hui[421] sur les risques électriques n'a pas fait l'objet d'une intégration dans le Code du travail.

372.- Il arrive également que certains décrets prévus par la loi n'aient jamais été publiés. Certains auteurs ont ainsi pu observer que pour la loi Rebsamen[422], « *10 % des décrets prévus n'ont toujours pas fait l'objet de publication, d'autant qu'une autre Loi « Travail » a ensuite bouleversé certaines dispositions toutes neuves... »*[423]. De manière plus générale, concernant la loi « Travail », le doute prédominait quant à la sortie de l'ensemble des décrets prévus dans les temps impartis : « *c'est un pari osé du ministère du travail qui risque d'être difficile à tenir : publier l'ensemble des 127 décrets de la loi « Travail » avant la fin de l'année 2016* »[424]. En mai 2017, une trentaine de décrets restaient à paraître.

373.- Dernièrement, la loi d'aout 2021[425] réformant la santé au travail renvoie soixante-et-une fois à la parution de décrets dont vingt-cinq décrets en Conseil d'Etat.

374.- Ce renvoi excessif à l'application des décrets ne fait que troubler la mise en pratique des règles du Code du travail. La partie 4 du Code du travail rebute les lecteurs au simple stade de son observation visuelle. Lorsque le lecteur en feuillète les pages, la juxtaposition des articles renvoyant aux différents décrets d'application la rend presque illisible.

375.- Pourquoi le législateur a-t-il autant besoin du cadre réglementaire pour encadrer la santé au travail ? Le soutien du pouvoir réglementaire comblerait-il des lacunes législatives ou remplit-il simplement son rôle ?

---

[420] Décr. n° 88-1056 du 14 novembre 1988, p*ris pour l'exécution des dispositions du livre II du Code du travail (titre II) en ce qui concerne la protection des travailleurs dans les établissements qui mettent en œuvre des courants électriques, JO,* 24 nov. 1988.
[421] Toujours applicable en Janvier 2021.
[422] L. n° 2015-994 du 17 août 2015 *relative au dialogue social et à l'emploi, JO* n° 189, 18 août 2015, texte n° 3.
[423] Editions législatives, Loi Travail : tous les décrets publiés avant la fin de l'année ?, article 12, sept. 2016, p. 3.
[424] *Ibid*.
[425] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2.

376.- Cette question peut être analysée en étudiant le renvoi opéré aux autres Codes réglementant d'autres domaines que ceux de la santé au travail. Pour connaitre l'étendue de leurs obligations, les acteurs de la santé au travail doivent élargir leurs investigations.

3) Le renvoi récurrent vers d'autres Codes

377.- Au total, une quinzaine d'autres Codes sont cités dans la partie 4 du Code du travail. Parmi eux, on peut citer notamment le Code pénal ou le Code de la sécurité sociale ou même le Code rural et de la pêche maritime. Ce mélange des Codes nous amène une nouvelle fois à nous interroger sur l'insuffisance de la partie 4 à réglementer sur la santé au travail.

378.- Selon certains auteurs, il existe une « *hyper-structure des Codes » : « d'autres liens peuvent être considérés : les liens de Codes à Codes. La codification en France est une réécriture du droit à partir de textes existants. Une structure interne des Codes s'exprime sous forme de plan. Cependant il existe une hyper-structure des Codes, explicitée partiellement* : *une organisation générale de la connaissance juridique sous forme de Codes. On en trouve la trace dans la délimitation du périmètre d'un Code par rapport à un autre : la Commission supérieure de codification (un organisme extérieur au système) a d'ailleurs pour mission de planifier la codification et de décider quels textes feront partie du Code rural ou du Code de l'environnement. Un effet plus visible de cette hyper-structure se situe dans le débat sur les Codes pilotes ou les Codes suiveurs. Ensuite, les Codes vivront plus ou moins leur « propre développement »*[426].

379.- Il arrive que la rédaction de certains articles du Code du travail fasse référence à plusieurs Codes différents au sein d'un même article. Le lecteur doit alors procéder à diverses combinaisons entre les différentes législations et leurs évolutions.

380.- Afin de mieux se rendre compte de la difficulté, la lecture et l'observation de plusieurs d'articles ont été nécessaires.

---

[426] BOURCIER D., *Sciences juridiques et complexité, Un nouveau modèle d'analyse*, Technologies Droit et Justice, L'Harmattan, 2011, p. 37-53.

381.- Dans un premier temps, l'article L. 4231-1 alinéa 1er, du Code du travail concerne l'obligation de dignité qui s'impose aux salariés. Cet article a d'abord été étudié parce qu'il évoque un principe général qui est celui de la dignité de la personne humaine[427]. L'article dispose que *« tout maître d'ouvrage ou tout donneur d'ordre, informé par écrit, par un agent de contrôle mentionné à l'article L. 8271-1-2 du présent Code, du fait que des salariés de son cocontractant ou d'une entreprise sous-traitante directe ou indirecte sont soumis à des conditions d'hébergement collectif incompatibles avec la dignité humaine, mentionnées à l'article 225-14 du Code pénal, lui enjoint aussitôt, par écrit, de faire cesser sans délai cette situation ».*

382.- Le maitre d'ouvrage est tenu dans un premier temps, d'être informé par un agent de contrôle dont la liste est précisée dans un autre article du Code du travail. Cet autre article dresse alors une liste de huit catégories de personnes possibles et dont certaines sont précisées dans un autre article du Code du travail [428]. Une fois cette liste observée, le législateur rappelle les obligations du maitre d'ouvrage en précisant la sanction applicable en cas de non-respect de cette disposition. L'article 225-14 du Code pénal doit donc être consulté pour en connaitre les conséquences pénales[429]. Malgré la référence à ce principe constitutionnel, la menace de la sanction pénale est ici rappelée par le législateur de la santé au travail. Cette stratégie est ainsi utilisée par le législateur a plusieurs reprises au sein de la partie 4 comme pour appuyer le caractère obligatoire de ses dispositions.

---

[427] La dignité de la personne humaine a été définie par le Conseil Constitutionnelle dans la décision « *Bioéthique* » du 27 juill. 1994 comme étant un principe à valeur constitutionnelle issu de la première phrase du Préambule de la Constitution de 1946 ainsi rédigée : « *Au lendemain de la victoire remportée par les peuples libres sur les régimes qui ont tenté d'asservir et de dégrader la personne humaine, le peuple français proclame à nouveau que tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés* ». En revanche, pour le Conseil d'État, « *le respect de la dignité de la personne humaine est une des composantes de l'ordre public* » CE, Ass., 27 oct.1995, *Commune de Morsang-sur-Orge*, n° 136727.

[428] *C. trav*, art. L. 8271-1-2 « *Les agents de contrôle compétents en application de l'article L. 8271-1 sont : 1° Les agents de contrôle de l'inspection du travail mentionnés à l'article L. 8112-1 ; 2° Les officiers et agents de police judiciaire ; 3° Les agents des impôts et des douanes ; 4° Les agents des organismes de sécurité sociale et des caisses de mutualité sociale agricole agréés à cet effet et assermentés ; 5° Les administrateurs des affaires maritimes, les officiers du corps technique et administratif des affaires maritimes et les fonctionnaires affectés dans les services exerçant des missions de contrôle dans le domaine des affaires maritimes sous l'autorité ou à la disposition du ministre chargé de la mer ; 6° Les fonctionnaires des corps techniques de l'aviation civile commissionnés à cet effet et assermentés ; 7° Les fonctionnaires ou agents de l'Etat chargés du contrôle des transports terrestres ; 8° Les agents de l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1, chargés de la prévention des fraudes, agréés et assermentés à cet effet.* »

[429] *C. pén.* art. 225-14 : *« Le fait de soumettre une personne, dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents ou connus de l'auteur, à des conditions de travail ou d'hébergement incompatibles avec la dignité humaine est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende ».*

383.- Dans un second temps, l'article L. 4131-4 du Code du travail concernant la faute inexcusable de l'employeur a été analysée. Il dispose que « *le bénéfice de la faute inexcusable de l'employeur prévue à l'article L. 452-1 du Code de la sécurité sociale est de droit pour le ou les travailleurs qui seraient victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle alors qu'eux-mêmes ou un représentant du personnel au comité social et économique avaient signalé à l'employeur le risque qui s'est matérialisé* ».

384.- Le lecteur qui souhaite connaitre l'étendue indemnitaire de la faute inexcusable doit donc se référer à l'article L. 452-1 du Code de la sécurité sociale qui en définit les conséquences : « l*orsque l'accident est dû à la faute inexcusable de l'employeur ou de ceux qu'il s'est substitué dans la direction, la victime ou ses ayants droit ont droit à une indemnisation complémentaire dans les conditions définies aux articles suivants* ». Là encore, le lecteur doit chercher au sein du Code de la sécurité sociale la référence qui prévoit une indemnisation complémentaire à celle du droit du travail. Par conséquent, il existe un parallèle en matière d'indemnisation avec la réglementation de la sécurité sociale. L'aspect indemnitaire doit-il nécessairement se manifester dans cette partie du Code du travail ?

385.- Enfin, l'exemple de l'article L. 4142-3 du Code du travail offre l'opportunité de circonscrire l'étendue de la complexité rédactionnelle observée. Cet article fixe la liste des établissements pour lesquels une formation aux risques professionnels est exigée. Il dispose que *« dans les établissements comprenant au moins une installation figurant sur la liste prévue à l'article L. 515-36 du Code de l'environnement ou mentionnée à l'article L. 211-2 du Code minier, l'employeur définit et met en œuvre une formation aux risques des chefs d'entreprises extérieures et de leurs salariés ainsi que des travailleurs indépendants qu'il accueille, dans les conditions prévues à l'article L.4522-2. Par dérogation aux dispositions à l'article L.4141-4, le financement de ces actions de formation est à la charge de l'entreprise utilisatrice* ».

386.- L'article L.515-36 du Code de l'environnement précité renvoie à un décret en Conseil d'Etat qui affirme que *« sans préjudice des dispositions de la sous-section 1, la présente sous-section s'applique aux installations, dont la liste est fixée par décret en Conseil d'Etat, dans lesquelles des substances, préparations ou mélanges dangereux sont présents dans des quantités telles qu'ils engendrent des dangers particulièrement importants pour la sécurité et la santé des populations voisines et pour l'environnement* ». L'article L. 211-2 du Code minier

énonce quant à lui que *« sont seuls soumis au régime légal prévu par les dispositions du présent livre la recherche, la création, les essais, l'aménagement et l'exploitation de cavités souterraines naturelles ou artificielles ou de formations souterraines naturelles présentant les qualités requises pour constituer des réservoirs étanches ou susceptibles d'être rendus tels, en vue du stockage de gaz naturel, d'hydrocarbures liquides, liquéfiés ou gazeux ou de produits chimiques à destination industrielle ».*

387.- Un tel niveau de précision rend la lecture de cet article inabordable pour un non juriste.

388.- Nos observations nous amènent à penser que le législateur hésite sur l'encadrement à adopter. D'autres auteurs se sont interrogés sur ce point, « *le législateur se voit contraint, submergé, parfois contourné*. (…) *La complexité des systèmes juridiques a quatre sources que nous avons ainsi identifiées : l'auto-organisation d'un système textuel fortement interconnecté, la lecture enchevêtrée des textes pour un usager du droit (citoyen, décideur, juge), la variété normative requise pour rendre compte d'un monde complexe, l'imprévisibilité des effets des normes. Le droit a depuis toujours inventé des solutions pour gérer les deux premières sources par les solutions légistiques voire constitutionnelles pour l'usager du droit. Mais la complexité liée à l'écriture est liée à un programme théorique général dominé par la méthode analytique, c'est-à-dire par l'obsession de la description linéaire du monde et par une conception de la langue fondée sur la fiction d'un sens clair et unique.* (…) »[430]. La complexité du droit serait donc liée à une vision trop linéaire des problématiques et à un manque de pragmatisme.

389.- L'appréhension des textes juridiques ne semble pas être accessible à tous les utilisateurs du Code du travail. Cependant, lorsqu'ils arrivent à surmonter la lecture des textes, ils se heurtent ensuite à des imprécisions quant au fond et au contenu des articles.

[430] BOURCIER D., Sciences juridiques et complexité, Un nouveau modèle d'analyse, L'Harmattan, 2011, p. 37-53.

II. Des champs de compétences et des missions difficiles à cerner

390.- Si l'« hyper-structure » du Code du travail peut rendre sa lecture inaccessible pour ses utilisateurs, il faut tenter d'analyser le contenu des articles composant cette partie. De réelles difficultés à définir l'étendue des missions de chacun des acteurs de la santé au travail ont pu être constatées tant de la part des entreprises que des SST[431]. Il convient désormais de s'interroger sur l'origine de ce problème. Un amalgame de concepts juridiques a pu être observé au moment de définir les missions et obligations de l'employeur (A.). De la même manière, l'évolution des missions SST a conduit à ce que le périmètre de leurs compétences juridiques ne soit plus clairement délimité (B.).

A- Les sources de l'imprécision des missions de l'employeur

391.- Les difficultés pour les entreprises à saisir l'étendue de leurs missions sont issues d'un manque d'affirmation des principes généraux de prévention. Ces principes sont déclinés pour chaque situation particulière émoussant ainsi le poids relatif des principes généraux au profit des principes particuliers (1). Par la suite, la confusion opérée par le législateur entre les concepts juridiques de prévention et de réparation conduit le lecteur à s'interroger sur l'intérêt même de la prévention (2). Enfin, la prise en compte du concept de moralité dans les obligations des entreprises trouble l'objectif visé par leurs missions et alimente la source des difficultés rencontrées dans les rapports entre entreprises et SST (3).

1) Des principes généraux de prévention affaiblis par la répétition

392.- Le Code du travail énonce neuf principes généraux de prévention en son article L. 4121-2. Une observation analytique de l'ensemble de la partie 4 du Code du travail nous a permis de constater à quelle fréquence ces principes de prévention étaient réutilisés et répétés par les textes. Un tableau listant les principes de prévention a été dressé pour en visualiser l'étendue.

---

[431] *V.* Chapitre 1, section 1 : Difficultés ressenties par les entreprises : I. A.. *La prévention une notion difficile à appréhender et* section 2 : Difficultés ressenties par les SST, I. A. *Les SST face à l'instabilité du droit.*

393.- Liste des neuf principes de prévention :

1	Éviter les risques
2	Évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités.
3	Combattre les risques à la source
4	Adapter le travail à l'Homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé
5	Tenir compte de l'évolution de la technique
6	Remplacer ce qui est dangereux par ce qui est moins dangereux
7	Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral et au harcèlement sexuel, tels qu'ils sont définis aux articles L. 1152-1 et L. 1153-1, ainsi que ceux liés aux agissements sexistes définis à l'article L. 1142-2-1
8	Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle
9	Donner les instructions appropriées aux travailleurs

394.- Ces principes détaillés avec précision par le législateur sont en fait rappelés et répétés tout au long de la partie 4 du Code du travail au moment d'encadrer les obligations de l'employeur. Pour une meilleure compréhension des résultats de cette analyse, un tableau a été retranscrit :

395.- Liste (non exhaustive) des articles encadrant les missions de l'employeur et faisant référence aux neuf principes généraux de prévention **:**

Numéro du principe évoqué	Articles du Code du travail reprenant les principes évoqués	Extrait d'articles du Code du travail illustrant la répétition des principes généraux de prévention
1 et 2 « éviter les risques »	*R. 4434-7, R. 4412-39, L. 4321-3, R. 4223-9, R. 4224-20, R. 4323-44, R. 4323-62,*	*Article R. 4224-20* *Lorsqu'il n'est pas possible, compte tenu de la nature du travail,* ***d'éviter des zones de danger***

	R. 4324-15, R. 4324-29, R. 4324-37, R. 4412-16, R. 4412-70, R. 4424-3, R. 4425-6.	*comportant notamment des **risques de chute** de personnes ou des risques de chute d'objets, et même s'il s'agit d'activités ponctuelles d'entretien ou de réparation, ces zones sont signalées de manière visible. Elles sont également matérialisées par des dispositifs destinés à éviter que les travailleurs non autorisés pénètrent dans ces zones.*
3 « prévention » et « lieux de travail »	*R. 4412-13, R. 4515-1, R. 4524-1, R. 4211-5, R. 4227-53, R. 4323-20, R. 4412-11, R. 4425-4, R. 4427-2, R. 4431-4, R. 4433-5, R. 4444-5.*	*Article R. 4227-53* *Lorsque des travailleurs de plusieurs entreprises sont présents sur un même **lieu de travail**, le chef de l'entreprise utilisatrice précise dans le document relatif à la protection contre les explosions le but, les mesures et les modalités de mise en œuvre de la coordination générale **des mesures de prévention** qui lui incombe en application des dispositions des articles R. 4511-5 à R. 4511-8.*
4 « adapter le travail à l'Homme »	*R. 4224-14, R. 4321-1, R. 4434-7, L. 4111-4, L. 4153-3, L. 4122-1, R. 4614-23, R. 4222-25, R. 4223-5, R. 4224-16, R. 4227-49, R. 4323-54, R. 4323-62, R. 4323-64, R. 4323-67, R. 4323-78, R. 4323-81, R. 4323-83, R. 4324-3.*	*Article R. 4321-1* *L'employeur met à la disposition des travailleurs les équipements de travail nécessaires, appropriés au travail à réaliser ou convenablement adaptés à cet effet, en vue de préserver leur santé et leur sécurité.*
5 « évolutions techniques »	*R. 4323-3, R. 4323-4, R. 4323-46, R. 4323-52, R. 4412-62, R. 4412-88, R. 4425-7, R. 4532-47, R. 4532-63.*	*Article R. 4323-3 :* *La formation à la sécurité dont bénéficient les travailleurs chargés de l'utilisation ou de la maintenance des équipements de travail est renouvelée et complétée aussi souvent que*

		*nécessaire pour **prendre en compte les évolutions** de ces équipements.*
6 « remplacer » « produits ou procédés dangereux »	*R. 4412-72, R. 4412-17, R. 4141-15, R. 4515-7, R. 4534-139, R. 4323-28, R. 4412-66, R. 4412-15, R. 4222-12, R. 4323-99, R. 4412-16, R. 4412-68,…*	*Article R. 4412-68 :* *Lorsque le **remplacement** d'un agent cancérogène, mutagène ou toxique pour la reproduction par une substance, une préparation ou un procédé sans danger ou **moins dangereux** pour la sécurité ou la santé n'est pas réalisable, l'employeur prend les dispositions nécessaires pour que la production et l'utilisation de l'agent cancérogène, mutagène ou toxique pour la reproduction aient lieu dans un système clos.*
7 « prévention » et « organisation	*L. 4531-1, R. 4512-8, R. 4643-2, R. 4643-22, R. 4643-23.*	*Article L. 4531-1* *Afin d'assurer la sécurité et de protéger la santé des personnes qui interviennent sur un chantier de bâtiment ou de génie civil, le maître d'ouvrage, le maître d'œuvre et le coordonnateur en matière de sécurité et de protection de la santé mentionné à l'article L. 4532-4 mettent en œuvre, pendant la phase de conception, d'étude et d'élaboration du projet et pendant la réalisation de l'ouvrage, **les principes généraux de prévention** énoncés aux 1° à 3° et 5° à 8° de l'article L. 4121-2.* *Ces principes sont pris en compte notamment lors des choix architecturaux et techniques ainsi que dans **l'organisation** des opérations de chantier, en vue :* *1° De permettre la **planification** de l'exécution des différents travaux ou phases de travail se déroulant simultanément ou successivement ;* *2° De prévoir la durée de ces phases ;* *3° De faciliter les interventions ultérieures sur l'ouvrage.*

8 « mesures de protection collective »	*L. 4532-2, R. 4412-39, R. 4214-2, R. 4222-25, R. 4323-61, R. 4323-62, R. 4323-63, R. 4323-64, R. 4323-65, R. 4323-66, R. 4323-77, R. 4323-78, R. 4412-16, R. 4412-23, R. 4412-24, R. 4412-70.*	*Article R.4323-66* *Toutes mesures sont prises pour éviter que l'exécution d'un travail particulier conduise à l'enlèvement temporaire de dispositifs de* ***protection collective*** *pour éviter les chutes. Si cet enlèvement est nécessaire, le travail ne peut être entrepris et réalisé sans l'adoption préalable de mesures de sécurité compensatoires efficaces.* *Après l'interruption ou la fin de ce travail particulier, des* ***dispositifs de protection collective*** *sont mis en place pour éviter les chutes, assurant un niveau de sécurité équivalent.*
9 « former, informer »	*R. 4412-39, R. 4412-35 R. 4411-84, R. 4512-8.*	*Article R. 4412-39* *L'employeur établit une notice, dénommée notice de poste, pour chaque poste de travail ou situation de travail exposant les travailleurs à des agents chimiques dangereux. Cette notice, actualisée en tant que de besoin, est destinée à* ***informer les travailleurs*** *des risques auxquels leur travail peut les exposer et des dispositions prises pour les éviter.* *La notice rappelle les règles d'hygiène applicables ainsi que, le cas échéant, les consignes relatives à l'emploi des équipements de protection collective ou individuelle.*

396.- Pour chaque catégorie évoquée dans les différentes segmentations du Code du travail, les principes généraux de la prévention sont répétés sous des formulations différentes. Néanmoins, malgré cette répétition constante voire excessive, à aucun moment la prévention n’est définie de façon claire et précise par le législateur.

397.- Cette stratégie rédactionnelle associée à la répétition donne le sentiment que les obligations relatives à la prévention consistent à prendre en compte un maximum de facteurs de risques afin de mettre en œuvre toutes les mesures possibles dans le but d'être sanctionné un minimum. Mais étant donné qu'il est impossible de pouvoir tout anticiper, la sanction semble inévitable. Quelques auteurs ont eu l'occasion de débattre de cette problématique lors de la première recodification en 2008[432]. *« Recodifier n'aurait-il pas dû conduire à supprimer des dizaines de dispositions réglementaires redondantes car ne faisant que répéter à l'envie mais de manière plus détaillée des principes déjà énoncés dans cet article ? La pédagogie est l'art de la répétition et les intéressés eux-mêmes, employeurs comme travailleurs, ne se sont pas encore suffisamment appropriés les exigences et la portée de la démarche de prévention communautaire* »[433].

398.- La répétition peut effectivement être une méthode nécessaire à l'apprentissage et à la compréhension, cependant, selon nous ce n'est pas au législateur d'endosser ce rôle de pédagogue mais plutôt à la jurisprudence. La répétition ne devrait pas être l'œuvre du Code du travail. Nous pensons que la règle de droit devrait plutôt représenter une base sur laquelle s'appuyer. Les textes juridiques doivent pouvoir servir de référence faisant gage de stabilité pour leurs utilisateurs. C'est ensuite l'œuvre du juge de rappeler les textes en les visant dans leurs attendus. De surcroit, ce choix organisationnel fondé sur la répétition des principes généraux de prévention conduit plutôt à l'affaiblissement de la portée des textes. Par l'excès de détails énoncés sur certains risques, le législateur en vient à en « *oublie*r » d'évoquer d'autres risques tout aussi importants.

399.- A titre d'illustration, le législateur n'a pu anticiper l'émergence des risques psychosociaux, ni édicter de règles de prévention spécifiques. La doctrine a alors observé que les juges avaient tendance à parer régulièrement les carences de la norme : « *dans le silence du Code du travail sur la notion de risques psychosociaux et sur la nature et l'étendue des obligations de l'employeur, la Cour de cassation a dû inventer des solutions en se fondant sur la combinaison d'outils juridiques qui n'étaient pas spécifiquement prévus à cet effet*. »[434]. En

---

[432] L. n° 2008-67 du 21 janvier 2008 *ratifiant l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 relative au Code du travail*, *JO* n° 18, 22 janv. 2018, texte n° 2.
[433] LANOUZIERE H., « La santé et la sécurité au travail », *AJDA*, 2008, p. 861.
[434]AUBERT-MONPEYSSEN T., BLATMAN M., « Les risques psychosociaux au travail et la jurisprudence française : la culture de la prévention », *Dr. Soc.* 2012, p. 832.

l'absence de règle particulière concernant les risques psychosociaux, la haute Cour a alors dû s'appuyer sur la règle générale[435] de l'obligation de sécurité du Code du travail.

400.- Si les principes généraux de la prévention ne cessent d'être répétés par le législateur, ils ne trouvent pas suffisamment de résonnance dans l'application pratique du droit de la santé au travail. Ce phénomène a pour conséquence de nourrir les difficultés rencontrées dans l'attribution des missions de chacun en matière de prévention. Ces difficultés se trouvent renforcées par le fait que la politique de prévention est largement sous-tendue par une logique de réparation. Ce mélange de concept rend les missions des entreprises difficiles à cerner.

2) Une politique de prévention sous-tendue par une logique de réparation

401.- Comme cela a été précédemment évoqué, la partie 4 du Code du travail renvoie très souvent à d'autres dispositions relevant d'autres Codes dont le Code pénal[436]. La menace de la sanction pénale est souvent rappelée par le législateur pour contraindre les entreprises à mettre en place des mesures de prévention. Au sein même de la partie 4 du Code du travail, le livre VII intitulé « *Contrôle* » comprend un titre IV entièrement consacré aux « *dispositions pénales* ». Cette sous-partie détaille les sanctions encourues en cas d'infraction aux règles de la santé au travail commise par l'employeur ou son représentant ou une autre personne.

402.- Une segmentation est également consacrée aux infractions encourues en cas de violation des règles concernant le travail des jeunes et des femmes enceintes, venant d'accoucher ou allaitant. L'article R. 4743-3 du Code du travail en est une illustration. Il énonce que « *le fait d'employer un travailleur de moins de dix-huit ans à des travaux interdits, en méconnaissance de l'article L. 4153-8 et des décrets pris pour son application, est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la cinquième classe. La récidive est réprimée conformément aux articles 132-11 et 132-15 du Code pénal* ». Le fait pour le législateur de consacrer un titre IV sur les dispositions pénales au sein même du Code du travail, en plus de faire référence au Code

---

[435] Cass. soc., 28 fév. 2002, n° 99-18.389 (180), préc. ; Cass. soc., 21 juin 2006, Association Propara, n° 05-43.914 à 05-43.919, *Bull. civ.* V, n° 223, *D.* 2006. 2831, note Miné ; *Dr. soc.* 2006. 826, note Radé ; *RDT* 2006. 245, obs. P. Adam, *RL dr. aff.* 2006, n° 8, p. 59 ; *Dr. soc.* 2006, p. 826, *JCP S* 2006, 1566, note C. Leborgne-Ingelaere, *RJS* 2006 n° 916, *D.* 2006, p. 2831 ; Cass. soc., 14 avr. 2016, Société Ipsos France, n° 15-10.173, F-D.
[436] *V.* Chapitre 2, Section 1, I. B. (3) *le renvoi récurrent vers d'autre Codes.*

pénal dans plusieurs articles, témoigne de sa volonté de mettre en évidence la menace de la sanction pénale reposant sur les entreprises. La logique de réparation vient alors cohabiter avec l'obligation de prévention.

403.- Outre les sanctions possibles sur le plan pénal évoquées par le législateur dans le cadre de la partie 4 du Code du travail, un amalgame entre les notions de prévention et de réparation découle de l'obligation de sécurité de l'employeur. Le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver. Une réparation indemnitaire découle de ce manquement à l'obligation de sécurité de l'employeur.

404.- Les deux concepts de prévention et de réparation ont également été utilisés pour définir le cadre appliqué au régime de la pénibilité. La loi de 2010 portant réforme des retraites[437], avait en ce sens modifié l'article L. 4121-1 du Code du travail pour ajouter aux missions de l'employeur la mise en place d'actions de prévention de la pénibilité au travail[438]. Pour ce faire, l'employeur devait déclarer les facteurs d'exposition dans la déclaration annuelle des données sociales et depuis 2017 dans la déclaration sociale nominative et ce, tous les ans et pour chaque salarié. Cette déclaration permettait au salarié d'acquérir des points sur son compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P)[439]. Grâce à l'acquisition de ses points, le salarié pouvait bénéficier d'une formation professionnelle continue à un poste moins exposé à la pénibilité ou bien à un temps partiel ou bien à un départ anticipé à la retraite. Le C3P devait être financé par les cotisations versées par l'ensemble des employeurs. Par la suite, une cotisation additionnelle était due par les employeurs dont au moins un salarié est exposé aux seuils de la pénibilité[440].

---

[437] L. n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 *portant réforme des retraites, JO* n° 261, 10 nov. 2010, texte n° 1.
[438] C. trav., anc. art. L. 4661-1 (extraits) « I. La pénibilité peut se caractériser par l'exposition *à certains facteurs de risques professionnels liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail, susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé* ».
[439] L. n° 2014-40 du 20 janvier 2014 *garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, JO* n° 17, 21 janv. 2014, texte n° 1.
[440] *C. trav.*, anc. art. D. 4162-55 : « *Pour les salariés exposés à un seul facteur de* pénibilité : En 2015 et 2016 : taux à 0,1 % ; à compter de 2017 : taux à 0,2 %; *Pour les salariés exposés à plusieurs facteurs de* pénibilité : En 2015 et 2016 : taux à 0,2 % ; à compter de 2017 : taux à 0,4 % ».

405.- La doctrine avait à ce sujet rapidement relevé la coexistence des deux logiques juridiques de prévention et de réparation au sein de ce dispositif : « *S'agissant de la pénibilité au travail, l'encadrement normatif est alors possible dans trois directions. La pénibilité peut tout d'abord faire l'objet de dédommagements destinés à réparer le préjudice du travailleur ayant été exposé ou l'octroi d'avantages pendant le temps d'exposition à l'environnement pénible. Une autre mesure curative de prise en compte de la pénibilité peut être un retrait anticipé du marché du travail ou un éloignement de l'intéressé des fonctions précisément pénibles. Enfin, en cas de pénibilité, une démarche visant à réduire le caractère nocif des conditions de travail peut être différemment initiée. Les deux premiers axes ne visant nullement à agir sur l'environnement de travail, l'alternative existe donc sur le plan juridique entre réparation et prévention de la pénibilité. (..) le compte pénibilité s'inscrit dans une logique de compensation, alors que les accords conclus en matière de pénibilité répondent à une logique de prévention* »[441].

406.- Pour d'autres auteurs, ce dispositif conduisait à confondre les deux notions de prévention et de réparation : *« la frontière semble manquer d'étanchéité* »[442]. « *De ce fait, entreprises comme SST s'y perdent dans l'appréciation des risques professionnels et de la mise en place du dispositif de pénibilité et curieusement la notion de santé au travail s'apparente à la pénibilité. Ce qui entache une fois de plus leurs rapports* »[443].

407.- Jugé trop complexe, le dispositif « pénibilité » initial a ensuite été abandonné mais l'intrication de la prévention de certains facteurs de risques à leur compensation donc leur réparation demeure[444].

408.- Une évolution a ensuite été opérée avec les ordonnances « Macron »[445] qui ont repris la définition des facteurs de risques professionnels comme étant « *liés à des contraintes physiques*

---

[441] HEAS F., « La pénibilité, un enjeu de santé au croisement du travail et de la retraite », *Dr. soc.*, 2014, p. 598.
[442] FANTONI-QUITON S., QUANDALLE-BERNARD J., « La pénibilité au travail : un concept à géométrie (très) variable », *RDSS*, 2012, p.163.
[443] FANTONI-QUITON S., LEGROS B., « La logique de réparation entrave-t-elle la démarche de prévention des lésions professionnelles ? », *RDSS*, 2010, p. 640.
[444] *C. trav.*, art. L. 4163-2 et D. 4163-3 (applicables à compter du 1er janvier 2019).
[445] Ord. n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention, JO n° 223, 23 sept. 2017, texte n° 37.

marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé des travailleurs. ».

409.- Ces ordonnances suppriment l'existence du C3P qui devient alors le compte professionnel de prévention. Le compte professionnel de prévention est désormais financé par la branche AT/MP et non plus par la branche retraite de la Sécurité sociale. Six facteurs de risques sont néanmoins conservés : le travail de nuit, travail répétitif, travail en horaires alternants, travail en milieu hyperbare, bruit et températures extrêmes. Concernant les quatre autres : manutention de charges lourdes, postures pénibles, vibrations mécaniques et risques chimiques il n'y a plus d'obligation pour l'employeur de les déclarer. En revanche les salariés ont toujours la possibilité de bénéficier d'un départ anticipé à la retraite en cas de maladie professionnelle engendrant un taux d'incapacité permanente d'au moins 10 %. Cette ordonnance est intervenue du fait de l'inapplicabilité du dispositif initial qui introduisait un climat de confusion entre les missions de réparation et de prévention en matière de santé au travail. Toutefois, la logique de réparation en santé travail n'a pas complètement été oubliée.

410.- A cette confusion de concepts entre réparation et prévention s'ajoute la prise en compte par le législateur d'un autre concept qui n'est pas nécessairement attaché au droit : celui de la moralité.

3) L'interférence du concept de moralité dans la prévention de la santé au travail

411.- Dans l'écriture des articles de la partie IV du Code du travail, il convient de remarquer que le législateur fait référence à d'autres concepts ne relevant pas du droit dans la rédaction des règles régissant le domaine de la santé au travail et plus particulièrement concernant les obligations de l'employeur.Certains auteurs ont opté pour la même déduction notamment concernant le travail des apprentis mineurs[446]. Ils affirment que « *les textes se soucient également de leur moralité* »[447].

---

[446] *C. trav.*, art. D. 4153-17.
[447] PETIT F., « Moralité : Le bénéfice de l'âge », *Droit social*, 2012, p. 252.

412.- Toutefois, selon certains publicistes, il convient de circonscrire la notion de moralité publique à la notion de bonnes mœurs du droit privé. Au regard de l'ordre public, « *si le contenu des bonnes mœurs a profondément évolué leur fonction n'a pas changé fondamentalement. Elle consiste toujours à préserver la société de comportements dont on estime qu'ils mettraient en danger le développement de ses membres, leur liberté ou leur moralité* »[448]. Cette théorie a pu se concrétiser avec l'apparition des guides de bonnes pratiques et de protocoles de recommandations publiés en période d'état d'urgence sanitaire destinés à assurer la santé et la sécurité des salariés et des usagers[449].

413.- En droit privé, les notions privatistes et publicistes peuvent se confondre. Une partie de la doctrine expose bien *« que l'article 6 du Code civil, à côté de l'ordre public, fasse séparément référence aux* bonnes *mœurs, les deux notions paraissent étroitement liées au point souvent de se confondre. Comme l'ordre public, le respect des bonnes mœurs contribue au maintien de l'ordre social et à la préservation d'une certaine conception de l'intérêt général. La plupart des textes du Code civil qui font référence aux mœurs ou aux bonnes mœurs y associent plus ou moins étroitement une référence à ce qui serait contraire à la loi ou à l'ordre public (C. civ., art. 900, 1387)* »[450].

414.- En matière de santé au travail l'interférence de la moralité s'analyse plutôt comme une volonté de faire appliquer un cadre d'action respectant une certaine conception du monde du travail. Pour plusieurs sociologues, il s'agirait d'une « *nouvelle moralité publique* » [451]qui consisterait à *« remplacer des limites axées sur l'interdiction des volontés individuelles dans certains domaines par un principe de dignité de la personne qui viserait, plus largement que des actes, des comportements, dans la vie professionnelle* »[452].

415.- A titre d'illustration, le terme « *moralité* » est utilisé au sein même de l'article L. 4153-8 du Code du travail : « *Il est interdit d'employer des travailleurs de moins de dix-huit ans à*

---

[448] HAUSER J., LEMOULAND J.-J., *Ordre public et bonnes mœurs*, HAL, janv. 2015 (actualisation : juin 2016).
[449] Ministère du Travail, de l'emploi et de l'insertion, *Protocole National pour assurer la santé et la sécurité des salariés en entreprise face à l'épidémie de COVID-19*, 2020, 20 p., dernière mise à jour le 10 septembre 2021, 26 p.
[450] *Ibid.*
[451] LAVAU-LEGENDRE B., *Où sont passées les bonnes mœurs ?* Prix Le Monde de la recherche universitaire, 2005, PUF. 254 p.
[452] HAUSER J., LEMOULAND J.-J., *Ordre public et bonnes mœurs*, HAL, janv. 2015 (actualisation : juin 2016)..

certaines catégories de travaux les exposant à des risques pour leur santé, leur sécurité, leur moralité ou excédant leurs forces ».

416.- La prise en compte de la moralité est issue de la directive européenne sur les conditions de travail des jeunes de moins de 18 ans[453]. Par cette directive, l'Union européenne s'est engagée à respecter plusieurs obligations en faveur de la protection des jeunes travailleurs. « *D'une manière générale, les États membres veillent à ce que tout employeur garantisse aux jeunes des conditions de travail adaptées à leur âge. Ils veillent à protéger les jeunes contre l'exploitation économique et tout travail susceptible de nuire à leur sécurité, à leur santé ou à leur développement physique, psychologique, moral ou social ou de compromettre leur éducation* »[454]. Ainsi l'article D. 4153-16 du Code du travail reprend les exigences de la directive en faisant figurer dans la partie IV d'une section intitulée « *Travaux portant atteinte à l'intégrité physique ou la morale* » qu'*« il est interdit d'affecter les jeunes à des travaux les exposant à des actes ou représentations à caractère pornographique ou violent* ». Les travaux contraires aux bonnes mœurs sont donc interdits aux mineurs. De la même manière, l'article L. 4153-6, alinéa 1er du Code du travail énonce qu'« *il est interdit d'employer ou de recevoir en stage des mineurs dans les débits de boissons à consommer sur place. Cette interdiction ne s'applique pas au conjoint du débitant et de ses parents et alliés jusqu'au quatrième degré inclusivement* ».

417.- D'un point de vue pratique, le suivi médical des jeunes travailleurs, avant 2017 faisait automatiquement l'objet d'un suivi médical renforcé. Depuis 2017, les travailleurs de moins de 18 ans bénéficient d'une visite médicale d'information et de prévention (VIP) qui doit par exception être réalisée avant l'embauche. En revanche, seuls les travailleurs de moins de 18 ans affectés à des travaux dangereux bénéficient aujourd'hui d'un suivi individuel renforcé. Certains auteurs en expliquent la portée. « *Parce que le jeune âge fragilise, il existe des limites d'âge inférieures pour l'admission au travail, à certains métiers ou à certaines activités. Le jeune âge est d'abord un déterminant dans l'accès au contrat d'apprentissage, au contrat de professionnalisation et aux périodes de professionnalisation. Plusieurs dispositions ont été*

---

[453] Dir. 1994/33/CE du Conseil du 22 juin 1994 *relative à la protection des jeunes au travail, JO* n° 216, 20 août 1994, p. 12.
[454] Art. 1er , Dir. 1994/33/CE du Conseil du 22 juin 1994 *relative à la protection des jeunes au travail, JO* n° 216, 20 août 1994, p. 12.

adoptées en vue d'assurer la santé et la sécurité de ces « jeunes travailleurs », dès lors qu'ils ont moins de 18 ans ; à ce sujet, l'inspecteur du travail pourra à tout moment requérir un examen médical d'un jeune travailleur âgé de quinze ans et plus pour constater si le travail dont il est chargé excède ses forces. L'emploi du mineur ne peut être autorisé que pour des travaux qui n'entraînent, eu égard à l'âge de l'intéressé, aucune fatigue anormale, tant à raison de la nature des tâches à accomplir qu'à raison des conditions dans lesquelles elles doivent être accomplies. Il est notamment interdit d'employer l'intéressé à des travaux répétitifs ou accomplis dans une ambiance ou à un rythme leur conférant une pénibilité caractérisée ».[455]

418.- Si ces considérations semblent tout à fait justifiées compte tenu de la vulnérabilité de certains travailleurs, la référence à l'exigence de moralité par le législateur peut aussi créer plusieurs confusions dans les obligations des entreprises. Les missions des entreprises s'étendent sur plusieurs terrains tels que la réparation, la prévention et la moralité nourrissant le sentiment de sur-responsabilisation observé.

419.- Ce concept de prévention souffre également de redondances qui conduisent à en troubler les limites. Actuellement la logique de segmentation du législateur conduit à compartimenter les démarches de prévention en analysant les risques professionnels les uns après les autres. De ce fait, SST comme entreprises perdent de vue l'approche systémique et globale de la prévention jusqu'à déconsidérer cette mission parce qu'elle ne représente alors plus qu'un moyen d'éviter certaines sanctions. Du coté des services de santé au travail, cette logique conduit à rendre les limites de leur champ d'intervention beaucoup plus floues.

[455] PETIT F., « Le bénéfice de l'âge », *Dr. soc.*, 2012, p. 252.

B- Les sources des confusions existantes autour du champ d'intervention des SST

420.- Les SST et notamment le médecin du travail ont vu leurs missions évoluer au fur et à mesure des réformes successives[456] (1). L'accroissement du rôle de l'équipe pluridisciplinaire semble avoir permis d'offrir des compétences techniques au service des entreprises mais là encore leur champ d'intervention souffre d'un manque de précision (2). Enfin, si la contractualisation des objectifs des SST par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a permis d'encadrer leurs missions sur le plan régional, le manque de suivi de ces objectifs semble ternir les rapports entre SST et entreprises (3).

1) L'élargissement des missions du médecin du travail

421.- Progressivement, le médecin du travail a alors vu son rôle renforcé au sein d'une équipe pluridisciplinaire [457]. Cette équipe apporte des compétences techniques, un service de conseil et un appui en matière de prévention en entreprises[458]. Cette nouvelle organisation de la santé au travail a conduit à renforcer l'efficacité de la prévention. Les règles jusqu'alors collectives et dédiées à des catégories de travailleurs et de risques ont évolué vers un suivi adapté à chaque situation individuelle orchestré par le médecin du travail et non plus le législateur. L'état de santé du travailleur, son âge, les conditions de travail et les risques auxquels il est exposé sont alors devenus les quatre critères que le médecin du travail doit prendre en compte pour adapter ce suivi de santé individuel. Néanmoins, si d'un côté les missions du médecin du travail se sont renforcées, de l'autre, un manque de transparence en matière de données médicales le freine dans ses nouvelles attributions.

422.- La connaissance de l'état de santé du travailleur est d'abord soumise à un premier obstacle qui est celui du cloisonnement entre le dossier médical en santé et travail (DMST) et les données de santé personnelles dont celles qui avaient pu être inscrites au sein du dossier médical

---

[456] *V.* Annexe 5 : Evolution des missions des SST, *C. trav.*, art. L. 4622-2.
[457] *Ibid*.
[458] *C. trav.*, art. L. 4622-2.

personnel (DMP[459]). Ce cloisonnement semble bel et bien ancré dans la pratique de la médecine. Pourtant sa remise en question est de plus en plus évoquée. A ce propos, le rapport sur l'attractivité de la médecine du travail[460] envisage que le médecin du travail puisse être intégré dans le parcours de santé ; « *il pourrait notamment être autorisé à alimenter le DMP via un volet spécifique "contexte et expositions professionnels ou santé au travail* ».

423.- Cette ouverture de l'accès aux données médicales permettrait aux médecins du travail de remplir pleinement leurs nouvelles missions et de répondre efficacement à leur obligation de prévention. Pour certains auteurs *« la nature des relations des professionnels de santé entre eux demeure trop souvent ignorée. Si les médecins de ville et les médecins du travail partagent le même art et tendent chacun à protéger l'état de santé des travailleurs - perçus comme patients pour les premiers, salariés pour les seconds -, leurs missions ont évolué au point qu'il est désormais possible de rendre compte d'interactions, voire d'interférences, dans leurs prérogatives* »[461]. L'idée a été reprise dans la réforme de 2021 qui prévoit qu'à compter du 31 mars 2022 le médecin du travail chargé du suivi de l'état de santé d'une personne pourra accéder aux données de santé du salarié, sous réserve de son consentement exprès et de son information préalable quant aux possibilités de restreindre l'accès au contenu de son dossier[462].

424.- Il arrive que le médecin du travail suscite l'intervention de la médecine de ville par manque de connaissances médicales. Lorsque le médecin du travail n'a pas suffisamment de données médicales lui permettant de formuler son avis il peut inciter le médecin traitant à se prononcer. Certains auteurs ont eu l'occasion de commenter cette situation : « *il y a là une inversion de la chronologie par l'intervention préalable du médecin du travail à celle du médecin traitant* »[463].

---

[459] « *Le dossier médical personnel (DMP), considéré comme un carnet de santé dématérialisé, il a été créé en 2004 dans l'optique de favoriser la coordination et la qualité des soins. Toutefois, les textes législatifs s'y référant prévoient une interdiction d'accès pour la médecine du travail.* » MESLI V., « Quelles articulations entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail *? » RDSS,* 2014, p. 266. A partir du 1er juillet 2021, il ne sera plus possible de créer de nouveaux DMP, les anciens seront intégrés à « mon espace santé ».
[460] IGAS, CHASTEL X. et SIAHMED H., BLEMONT P. (IGAENR), SOULAT J.-M., *l'Attractivité et formation des professions de santé au travail,* août 2017, 176 p.
[461] ALVES CONDEL M., ROUSSEL M., GOMES B., CHATZILAOU K., « Les nouveaux visages de la médecine du travail », Rev. trav. 2012, p. 200.
[462] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2, art. 15.
[463] Ibid.

Cette inversion de la chronologie en partie due à l'absence d'interconnexion entre les données médicales peut amener à une certaine confusion des rôles.

425.- Actuellement, les médecins du travail peuvent prescrire des examens complémentaires[464] au même titre qu'un médecin généraliste mais pas dans le même but. Selon le rapport de 2017, « *l'extension limitée de prescription pourrait être octroyée au médecin du travail, dans deux cas : la délivrance d'un primo arrêt de travail, en alternative à une décision d'inaptitude toujours stigmatisante, et la pratique dans le respect des règles déontologiques, de la spécialité complémentaire acquise dans le cadre de la formation spécialisée transversale (addictologie, maladies allergiques…), qui concernera un faible contingent de médecins du travail* »[465].

426.- Si les textes juridiques vont en ce sens, les limites entre les compétences du médecin du travail et celles du médecin généraliste continuent de se réduire. En outre, on voit mal comment un médecin du travail pourrait répondre aux obligations légales déjà existantes sans élargissement de ses missions.

427.- La prise en compte de l'environnement de travail de manière globale et l'élargissement des reconnaissances d'accidents et maladies à caractère professionnel nécessitent que le médecin acquière de plus en plus de compétences techniques en fonction des nouveaux concepts qui viennent compléter les missions des services de santé au travail. A titre d'illustration, la prévention du harcèlement sexuel et moral[466] est intervenue en 2012. La prise en compte de l'état de santé des tiers a été réaffirmée[467]. Les missions des SST ont également connu de nouvelles évolutions en 2021[468].

---

[464] C. trav., R. 4624-35 : « Le médecin du travail peut réaliser ou prescrire les examens complémentaires nécessaires : 1° A la détermination de la compatibilité entre le poste de travail et l'état de santé du travailleur, notamment au dépistage des affections pouvant entraîner une contre-indication à ce poste de travail ; 2° Au dépistage d'une maladie professionnelle ou à caractère professionnel susceptible de résulter de l'activité professionnelle du travailleur ; 3° Au dépistage des maladies dangereuses pour l'entourage professionnel du travailleur ».

[465] IGAS, CHASTEL X. et SIAHMED H., BLEMONT P. (IGAENR), SOULAT J.-M., *l'Attractivité et formation des professions de santé au travail*, Août 2017, p. 176.

[466] *C. trav.*, art. L. 4622-2.

[467] *Ibid*.

[468] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2, art. 1.

428.- La période de COVID-19[469] n'a cessé de repousser les limites des interconnexions entre la médecine du travail et la médecine de ville. Le médecin du travail a été autorisé à prescrire et renouveler un arrêt de travail en cas d'infection ou suspicion d'infection au COVID-19, attribution qui a toujours été réservée au médecin traitant. De même, le médecin du travail a eu la possibilité de délivrer un certificat médical d'isolement permettant aux salariés vulnérables d'être placés en activité partielle[470]. A ce titre les différentes confusions entre les rôles du médecin du travail et du médecin traitant ont créé une certaine prise de conscience générale.

429.- La récente proposition de loi[471] a largement contribué a ce que les médecins du travail puissent accéder au DMP. Les arguments avancés ont été les suivants : « *le développement du numérique peut être un moyen d'assurer un lien plus étroit avec les entreprises et salariés accompagnés. L'accès des professionnels de santé en charge du diagnostic et du soin au dossier médical de santé au travail (DMST) et l'accès des médecins et infirmiers en santé au travail au dossier médical partagé permettront un suivi médical prenant en compte la globalité de la santé du travailleur qui est également un patient, notamment en permettant au médecin traitant de connaitre les expositions professionnelles* ».

430.- Les évolutions que la santé au travail a pu connaitre et notamment celles en lien avec l'état d'urgence sanitaire ont contribué à élargir les missions du médecin du travail et des SST mais ces évolutions peuvent être sources de confusions. Le médecin du travail anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire qui elle aussi a vu son périmètre de compétence s'étendre.

---

[469] L. n° 2020-290 du 23 mars 2020 *d'urgence pour faire face à l'épidémie de COVID-19, JO* n° 72, 24 mars 2020, texte n° 2 a déclaré me 24 mars 2000, l'Etat d'urgence sanitaire prolongé par la L. n° 2020-546 du 11 mai 2020 *prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions, JO* n° 116, 12 mai 2020, texte n° 1.
Le premier état d'urgence a pris fin par la L. n° 2020-856 du 9 juillet 2020 *organisant la sortie de l'état d'urgence sanitaire, JO* n° 169, 10 juill. 2020, texte n° 1. Le second Etat d'urgence a été prononcé par L. n° 2020-1379 du 14 novembre 2020 *autorisant la prorogation de l'état d'urgence sanitaire et portant diverses mesures de gestion de la crise sanitaire, JO* n° 277, 15 nov. 2020, texte n° 1, et Décr. n° 2020-1257 du 14 octobre 2020 *déclarant l'état d'urgence sanitaire, JO n° 251,* 15 oct. 2020, texte n° 30.

[470] Dans le cadre du premier confinement : l'Ord. n° 2020-386 du 1er avril 2020 *adaptant les conditions d'exercice des missions des services de santé au travail à l'urgence sanitaire et modifiant le régime des demandes préalables d'autorisation d'activité partielle, JO* n° 80, 2 avril 2020.
Dans le cadre du second confinement : l'Ord. n° 2020-1502 du 2 décembre 2020 *adaptant les conditions d'exercice des missions des services de santé au travail à l'urgence sanitaire, JO n° 292,* 3 déc. 2020, texte n° 33, et Déc. n° 2020-1365 du 10 novembre 2020, *pris pour l'application de l'article 20 de la loi n° 2020-73 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020, JO* n° 274, 11 nov. 2020, texte n° 20.

[471] PARMENTIER-LECOCQ C., GRANDJEAN C., CASTANER C., KHATTABI F., CLOAREC-LE NABOUR C., *Proposition de loi n° 3718 , pour renforcer la prévention en santé au travail,* déposée le mercredi 23 déc. 2020.

2) *Le champ d'intervention de l'équipe pluridisciplinaire parfois confus et conflictuel*

431.- Le Code du travail prévoit que le médecin du travail anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire[472]. Cette équipe se compose de médecins du travail, de collaborateurs médecins, d'internes en médecine du travail, d'intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) et d'infirmiers. Ces équipes peuvent être complétées par des assistants de services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail[473].

432.- Ce travail d'équipe a suscité plusieurs questions organisationnelles notamment par rapport au principe d'indépendance du médecin. L'indépendance du médecin du travail dans l'exercice de sa fonction est issue des règles déontologiques. L'article R. 4127-5 du Code de la Santé publique énonce que « *le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* ». De surcroit, l'article R. 4127-95 dudit Code précise que, « *le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité ou sein des entreprises ou des collectivités où il exerce* ». Le fait que le code du travail impose au médecin d'animer et de coordonner une équipe pourrait nous amener à nous interroger sur la subsistance de cet impératif d'indépendance.

433.- Le Conseil d'Etat a dû se prononcer sur la validité de cette organisation pluridisciplinaire que le médecin est tenu d'animer et de coordonner. Il estime que « *le médecin du travail perd ainsi la place quasi exclusive qu'il occupait dans le dispositif pour un rôle d'animateur et de*

---

[472] *C. trav., art*. L. 4622-8.

[473] La loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, (JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2), ajoute la possibilité de compléter l'équipe pluridisciplinaire des SPST par des auxiliaires médicaux disposant de compétences en santé au travail à partir du 31 mars 2022.

coordinateur d'une équipe ». Cependant le Conseil d'État a précisé, en réponse à une question prioritaire de constitutionnalité, que *« la circonstance que le médecin du travail exerce son activité au sein d'une équipe pluridisciplinaire est sans incidence sur son indépendance, laquelle est garantie par la loi, quelle que soit la nature du service de santé concerné »*[474]. Une partie de la doctrine est venue ajouter que « *selon la circulaire du 9 novembre 2012 en fonction de l'organisation retenue par le service, il peut n'y avoir qu'une seule équipe pluridisciplinaire, à laquelle chaque médecin du travail responsable du suivi d'une entreprise peut faire appel, ou plusieurs, qu'elles soient communes à plusieurs secteurs ou propres à chacun d'eux* »[475].

434.- L'équipe pluridisciplinaire ne représente pas un obstacle à l'indépendance du médecin du travail. Toutefois, le partage des missions de prévention a su représenter une évolution importante. Les SST ont pu proposer aux entreprises des compétences techniques supplémentaires pouvant répondre à l'obligation de prévention face à l'apparition de nouveaux risques. Néanmoins, l'organisation a soulevé plusieurs difficultés de coopération. Certains auteurs ont pu observer que « *sur le fond, l'intérêt du recours à la pluridisciplinarité n'est guère ni discutable ni vraiment discuté. Mais la crainte a été formulée, tant par les médecins du travail que par les syndicats de salariés, que le dispositif pluridisciplinaire mis en place par la loi aboutisse à atténuer le rôle des médecins du travail et à les remplacer par des infirmiers ou techniciens dont l'autorité morale est moindre et qui ne bénéficient pas de la garantie d'un statut protecteur* »[476].

435.- Cette crainte s'est effectivement concrétisée en pratique notamment depuis la possibilité désormais offerte aux médecins du travail de déléguer un certain nombre de visites à l'infirmier en santé travail[477]. Dans le cadre du suivi de santé, certains médecins se sont montrés réticents. Beaucoup pensaient que l'infirmier en santé travail aurait la possibilité d'agir sans contrôle. La loi impose pourtant la mise en place d'un protocole entre le médecin du travail et l'infirmier. Toutefois, la liberté rédactionnelle accordée à l'écriture dudit protocole a, en fait, perturbé les médecins du travail qui semblaient parfois s'y perdre dans les missions qu'ils souhaitaient

---

[474] CE 25 juin 2012, Syndicat National des professions de santé au travail, req. n° 358108.
[475] BABIN P., BORGETTO M., « La réforme de la médecine du travail : quels changements pour l'entreprise ? » *JCP S*, 2011, p. 1422.
[476] VERKINDT P.-Y. « La loi travail du 8 août 2016 et la modernisation (?) de la médecine du travail », *Gaz. Pal.*, oct. 2016.
[477] *C. trav.*, art. R. 4624-10, L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 *relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO* n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.

pouvoir confier aux infirmiers. En effet, si certains médecins souhaitaient conserver la possibilité de réaliser eux-mêmes un maximum de visites, d'autres ont choisi de tout déléguer y compris en dehors du cadre légal.

436.- Cette confusion n'a fait que s'étendre avec la période de crise sanitaire. En effet, par un décret de 2021[478] portant adaptation temporaire des délais de réalisation des visites par les SST à l'urgence sanitaire, il a été question à titre exceptionnel de pouvoir confier les visites de pré-reprises et les visites de reprises à l'infirmier diplômé en santé travail (IDEST). Ces visites sont normalement exclusivement réservées au médecin du travail mais la période de crise sanitaire a permis certaines dérogations temporaires. La loi d'aout 2021 n'a pour le moment pas choisi de pérenniser cette pratique, toutefois il est prévu que les conditions de réalisation de la visite de reprise soient reprécisées par décret[479].

437.- Pour les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, l'encadrement de leurs missions tient de leur spécificité technique mais également des demandes d'intervention faites par le médecin du travail. En pratique, plusieurs conflits d'ordre relationnel ont eu l'occasion d'intervenir au sein des équipes techniques.

438.- Certains membres de l'équipe pluridisciplinaire disposent de plusieurs compétences. Par exemple, un hygiéniste peut également avoir des compétences en ergonomie. Cela pose alors plusieurs problèmes en termes de responsabilité et de management des équipes. Le périmètre d'action de ces intervenants étant principalement défini par la sollicitation du médecin du travail, leurs champs de compétences peuvent parfois s'enchevêtrer. Une partie de la doctrine a pu observer le mode de recrutement de ces techniciens. *« Ces intervenants peuvent être soit recrutés directement par le service de santé interentreprises, soit des intervenants extérieurs. Pour les intervenants directement embauchés par le service de santé, l'employeur détermine normalement les fonctions du salarié dans le cadre des compétences attribuées à l'assistant par les textes. Dans le second cas, le décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 précise qu'une*

---

[478] Décr. n° 2021-56 du 22 janvier 2021 *adaptant temporairement les délais de réalisation des visites et examens médicaux par les services de santé au travail à l'urgence sanitaire*, *JO* n° 21, 24 janv. 2021, texte n° 18.

[479] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail*, *JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2, « *art. L. 4624-2-3. Après un congé de maternité ou une absence au travail justifiée par une incapacité résultant de maladie ou d'accident et répondant à des conditions fixées par décret, le travailleur bénéficie d'un examen de reprise par un médecin du travail dans un délai déterminé par décret* ».

convention entre l'intervenant et le service de santé détermine les activités confiées à l'intervenant »[480]. Hormis ce mode de recrutement le Code du travail ne précise pas vraiment le champ d'action et de compétence de chaque membre de l'équipe. Des conflits en découlent.

439.- Un périmètre d'action de l'équipe pluridisciplinaire mieux encadré et plus précis permettrait de renforcer la collaboration entre les membres de cette équipe. Pourtant la contractualisation des objectifs de santé travail par la création des CPOM et du projet de service aurait dû permettre de clarifier leurs missions.

3) Des objectifs de santé au travail difficiles à suivre

440.- Pour pouvoir organiser leurs actions, les SST disposent d'une commission médico-technique (CMT) dont l'objectif et de formuler des propositions relatives aux priorités du service et aux actions à caractère pluridisciplinaire conduites par ses membres[481]. Un projet de service pluriannuel définit les priorités d'action du service en référence au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Le projet est soumis à l'approbation du conseil d'administration qui est composé d'employeurs. L'importance du CPOM ne cesse d'être évoquée, « *l'instauration du projet de service est une innovation importante, il constitue un repère pour les entreprises adhérentes et un document pivot dans la démarche de contractualisation imposée par la loi* »[482].

441.- Cette contractualisation d'objectifs permet de rendre compte des actions réalisées en matière de prévention. Cependant, ces projets de services doivent répondre à un contrat régional d'objectifs et de moyens. L'objectif étant d'uniformiser les actions des SST de manière à offrir un service presque équivalent aux entreprises d'une même région. Les CPOM sont ainsi conclus pour une durée de 5 ans. Le législateur précise qu'*« ils constitueront des outils de pilotage devant assurer la coordination des actions de prévention menées dans l'entreprise avec la politique nationale en matière de protection de la santé, de la sécurité au travail et*

---

[480] VERICEL M., « SST (Médecine du travail) », *Rev. Trav* décembre 2012 (actualisation : janvier 2017).
[481] *C. trav.*, art. R. 4622-13 : « *Dans le service de santé au travail interentreprises, une commission médico-technique a pour mission de formuler des propositions relatives aux priorités du service et aux actions à caractère pluridisciplinaire conduites par ses membres.* »
[482] VERICEL M., « SST (Médecine du travail) », *Rev. Trav*, décembre 2012 (actualisation : janvier 2017).

d'amélioration des conditions de travail, ainsi que son volet régional, en fonction des réalités locales »[483].

442.- L'objectif de ces contrats est de permettre de mettre en commun au niveau de la région des méthodes de travail, des moyens d'action ou encore des pratiques. Le Code du travail énonce que « *le contrat pluriannuel indique les moyens mobilisés par les parties, la programmation des actions et les modalités de collaboration pour atteindre des objectifs chiffrés. Il détermine également les modalités de suivi, de contrôle et d'évaluation des résultats, à l'aide d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs* »[484]. La doctrine ajoute qu'« *afin d'assurer une « interaction dynamique » entre les différents acteurs qui caractérise l'existence d'un système, les pouvoirs publics ont peu à peu généralisé le recours au mode contractuel. Comme leurs prédécesseurs, les ARS passent des contrats d'objectifs avec la DGOS. De la même façon, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens permet depuis 1996 aux ARH, aujourd'hui ARS, de définir les orientations stratégiques et l'évolution des activités des établissements de santé sur la base du projet régional de santé mais également leurs engagements en termes de prise en charge des patients* »[485].

443.- Toutefois, si la contractualisation des objectifs de santé travail semble être un moyen d'interaction et de cohérence efficace, en pratique le suivi des actions menées pose parfois problème. Les projets de services menés dans les SST sont souvent composés de plusieurs missions censées être pilotées par un salarié du SST. Sur le terrain, beaucoup de ces missions sont abandonnées par manque de temps ou d'investissement. Plusieurs projets sont alors reportés au prochain exercice. Un manque de contrôle et de détermination de ces actions est alors malheureusement souvent constaté. A titre d'illustration, dans un certain service de santé au travail, l'état d'avancement du projet de service a révélé que plusieurs actions destinées à répondre au CPOM n'ont pas été réalisées dans les temps ou même abandonnées. Un extrait d'un projet de service d'un SST rend compte de la manière dont s'organise la mise en place d'un CPOM dans un SST :

---

[483] *C. trav.*, art. L. 4622-14.
[484] *C. trav.*, art. D. 4622-46.
[485] FANTONI-QUINTON S., SAISON J. « Le système de santé au travail est-il une exception au système de santé français ? », *RDSS*, 2014, p. 217.

444.- Extraits du suivi des actions d'un projet de service d'un SST (2017) :

NOM DE L'ACTION :	MISSION :	ETAT D'AVANCEMENT
Optimisation du système informatique / Groupe de travail	Un comité de pilotage autour de l'utilisation des outils numériques au sens large au sein du service a été créé. Des réunions doivent prochainement permettre de traiter la question	EN COURS
Mise en place du suivi des inaptitudes / Sous-action « Aides à domicile »	Différents partenaires, ont été rencontrés. Des questionnaires seront renseignés au cours de l'année 2017.	REALISEE
Evaluation des besoins de nos adhérents	Une réflexion concernant le format, la méthode de recueil et le contenu est à mener prochainement.	ABANDONNEE

445.- Alors que les CPOM[486] sont censés être de nature à préciser les missions des SST et leur champ de compétence, la pratique révèle que cela n'est pas suffisant. Le manque de suivi dans la réalisation de ces contrats pluriannuels par les projets de service dans chaque SST ne permet pas de répondre suffisamment au manque de clarté dans les missions des SST envers les entreprises.

446.- Cette défaillance a notamment été relevée par le rapport Lecocq et la proportion de loi de 2020 expose alors une certaine volonté d'unifier les pratiques et de clarifier les actions menées en proposant un socle commun de prestation. En ce sens, « *l'article 8 prévoit que le service de prévention et de santé au travail fournit à ses entreprises adhérentes et à leurs travailleurs un ensemble socle de services obligatoires en matière de prévention des risques professionnels, de suivi individuel des travailleurs et de prévention de la désinsertion professionnelle, dont la liste*

[486] *C. trav.*, art. L. 4622-14. « *Le service de santé au travail interentreprises élabore, au sein de la commission médico-technique, un projet de service pluriannuel qui définit les priorités d'action du service et qui s'inscrit dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 4622-10. Le projet est soumis à l'approbation du conseil d'administration* ».

et les modalités sont définies par le comité national de prévention et de santé au travail. (…) Chaque service de prévention et de santé au travail fait l'objet d'une procédure de certification, réalisée par un organisme indépendant, visant à porter une appréciation à l'aide de référentiels sur :« 1° La qualité et l'effectivité des services rendus dans le cadre de l'ensemble socle de services obligatoires, etc. »[487]. La réforme de 2021 a tenu compte de cette disposition en imposant désormais plus de contrôle et de transparence dans la mise en place des CPOM[488] et la gestion des services notamment par une procédure de certification[489]. Désormais, les SPST devront proposer une offre socle de services. Le SPST devra fournir à ses entreprises adhérentes ainsi qu'à leurs travailleurs un ensemble socle de services devant couvrir l'intégralité des missions en matière de prévention détaillées au nouvel article L. 4622-2 du Code du travail. Chaque SPST fera l'objet d'une procédure de certification réalisée par un organisme indépendant visant à apprécier ces différents points :

- La qualité et l'effectivité des services rendus,
- L'organisation et la continuité du service,
- La gestion financière, la tarification et son évolution,
- La conformité du traitement des données personnelles, des systèmes d'information et des outils numériques utilisés par les professionnels de santé.

447.- Un décret devra être publié au plus tard le 30 juin 2022 pour en préciser les modalités. A compter de son entrée en vigueur, les SPST disposeront de 2 ans pour s'y conformer. En cas de dysfonctionnement grave du service de prévention, l'autorité administrative pourra désigner un administrateur provisoire pour une durée de 6 mois renouvelable une fois dans le but de remédier aux dysfonctionnements. Le SPST devra également rendre compte de ses actions dans le cadre du rapport annuel d'activité. Il devra répondre aux objectifs du CPOM ainsi qu'à ceux du projet de service.

---

[487] PARMENTIER-LECOCQ C., GRANDJEAN C., CASTANER C., KHATTABI F., CLOAREC-LE NABOUR C. et les membres du groupe La République en Marche et apparentés, députés. *Proposition de loi n° 3718 , pour renforcer la prévention en santé au travail,* déposée le mercredi 23 décembre 2020.

[488] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2, art. 18 et 35.

[489] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2, art. 11 et 36.

448.- Si la contractualisation des objectifs de santé travail a permis de mettre en valeur les actions menées en faveur de la prévention, le manque de clarté et de transparence sur le détail des actions menacés engendrent des confusions. En attendant que les dispositions de la loi de 2021 s'appliquent, ce manque de délimitation du périmètre d'intervention est actuellement source de conflits. A l'étude des décisions rendues en la matière, il est possible de constater un décalage considérable entre le droit positif et la mise en application des textes.

Section 2 : Le décalage entre l'effectivité du droit et la pratique

449.- Les développements qui suivent mettent en exergue les difficultés rencontrées dans la mise en pratique quotidienne des textes juridiques. Ainsi, de nombreuses prescriptions légales et réglementaires ne peuvent être respectées parce qu'elles ne correspondent pas suffisamment à la réalité du terrain (I.). De ce fait, un large contentieux se développe mais l'étude de la jurisprudence révèle là encore un réel décalage que les juges ne cessent de mettre en évidence (II.).

I. Des prescriptions légales et réglementaires déconnectées de la réalité

450.- Ce phénomène de déconnexion des prescriptions légales et réglementaires par rapport à la réalité de la pratique trouve sa source dans l'imprécision voire l'inexistence de définitions relatives aux principes généraux de prévention (A.). Lorsque le législateur précise le cadre juridique, ce cadre ne prend pas en compte les réalités organisationnelles des SST et des entreprises qui se retrouvent donc régulièrement et inévitablement dans l'illégalité (B.).

A- Un cadre insuffisant face aux problématiques pratiques

451.- La mise en pratique du Code du travail par les acteurs de la santé au travail révèle plusieurs failles juridiques. Les entreprises et les SST évoquent plusieurs difficultés à appréhender

certaines notions[490]. Ces fondements juridiques ont été analysés. Il s'est avéré que la notion d'aptitude à l'origine du suivi de santé au travail des salariés ne bénéficiait pas de définition juridique concrète (1). De plus, les différents articles du Code du travail amènent à confondre les termes « postes de travail » et « emploi » (2). Enfin, les notions d'« inaptitude » et d' « invalidité » sont encadrées par un corps de règles imprécis (3).

1) Une définition juridique de l'aptitude inexistante

452.- La notion d'aptitude a toujours été associée à la notion de santé au travail. La remise en cause partielle de son existence au travers de la loi « Travail » en 2016[491] a suscité de nombreux débats et continue de soulever de nombreux questionnements. Pour autant, à aucun moment, le Code du travail n'a su définir clairement cette notion d'aptitude. En effet, à l'intérieur même dudit Code, la notion peut être associée à plusieurs définitions complétement différentes et qui n'ont pas la même portée ni les mêmes conséquences.

453.- L'origine de la notion d'aptitude est née des prémices de la médecine du travail dans le courant de l'après-guerre. A l'époque de l'après-guerre, le concept semblait déjà archaïque pour certains auteurs : « *la mission de prise en charge de la santé au travail est confiée aux seuls médecins - ce qui met un coup d'arrêt au développement de l'hygiène industrielle -, et le principal outil confié à ces médecins pour assumer leur mission est le certificat d'aptitude. Entre l'objectif assigné et les moyens déployés pour l'atteindre, le décalage apparaît rétrospectivement considérable : il est difficile de saisir comment une période historique marquée par de grandes réformes sociales a pu produire un dispositif de santé au travail essentiellement orienté vers l'aptitude médicale et donc vers le tri de la main d'œuvre* »[492].

454.- D'un point de vue médical, certains docteurs en médecine évoquent l'aptitude comme étant un critère de sélection de la main d'œuvre : « *C'est l'approche clinique individuelle de la santé au travail qui prédomine, à la recherche de symptômes liés au travail ou susceptibles d'être aggravés par celui-ci engendrant le prononcé d'une inaptitude à l'emploi occupé : Le*

---

[490] Notions d'aptitude, poste, emploi, invalidité, inaptitude, etc.
[491] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 *relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO* n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.
[492] DAVEZIES P., « L'aptitude médicale dans le système français de santé au travail : origine, interrogations et débats », *Revue Médecine du travail et ergonomie*, vol. 94, 2007, pp. 73-82.

médecin est capable, et seul capable, de reconnaître quelle profession doit être conseillée ou interdite à l'ouvrier. C'est toujours l'orientation « biologique » de la main d'œuvre qui prédomine, sur les mêmes arguments natalistes répétés depuis la première guerre mondiale. L'exercice de la médecine du travail se cantonne quasi exclusivement aux visites d'aptitude. La priorité est donnée à la production et dans ce contexte, la médecine du travail n'arrive pas à s'imposer »[493].

455.- Toutefois le Code du travail ne donne pas de définition claire de cette notion juridique. Il énonce simplement que **«** *l'examen médical d'aptitude permet de s'assurer de la compatibilité de l'état de santé du travailleur avec le poste auquel il est affecté, afin de prévenir tout risque grave d'atteinte à sa santé ou à sa sécurité ou à celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail. Il est réalisé avant l'embauche et renouvelé périodiquement. Il est effectué par le médecin du travail, sauf lorsque des dispositions spécifiques le confient à un autre médecin »* [494].

456.- En ce sens, l'article R. 4624-24 du Code du travail définit l'« *examen médical d'aptitude* » comme ne pouvant être réalisé que par un médecin du travail et dont le but est de vérifier la compatibilité de l'état de santé du salarié avec le poste de travail qu'il occupe. L'examen médical d'aptitude a également pour finalité de répondre à une mission de prévention des risques à l'encontre du salarié mais également de ses collègues ainsi qu'aux tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail. Néanmoins à aucun moment la notion d'aptitude ne fait l'objet d'une définition propre.

457.- L'aptitude est considérée dans différents articles du Code du travail comme une sorte d'habilitation professionnelle. A titre d'exemple, l'article R. 6222-36 du Code du travail énonce que « *l'aptitude d'un apprenti à exercer le métier qu'il a commencé à apprendre peut faire l'objet d'une vérification à l'initiative de l'une de ces personnes : 1° L'employeur ; 2° L'apprenti*

---

[493] WARNEZ S., *Santé au travail en Lorraine : Evolution et état des lieux à partir des rapports d'activités des services de 1998 à 2008 et des rapports annuels des médecins du travail de 2006 à 2008*, Juil. 2010, p. 157.
[494] *C. trav.*, art. R. 4624-2.

ou son représentant légal ; 3° Le directeur du centre de formation d'apprentis ou, dans le cas d'une section d'apprentissage, le responsable d'établissement ».

458.- A la lecture de cet article, l'aptitude valide la capacité médicale de l'apprenti à réaliser les tâches professionnelles précisées dans son contrat de travail. Cette définition « professionnelle » du terme est ainsi utilisée par le législateur à plusieurs reprises dans le Code du travail[495].

459.- Ce fondement a suscité de nombreuses confusions, et ce, à tel point que le plan santé travail (PST) 2005-2009 a consacré un axe sur la précision de cette notion. « *Les concepts d'aptitude et d'inaptitude - fondés sur des données individuelles à caractère médical et sur des caractéristiques concrètes de situations de travail - soulèvent aujourd'hui des questionnements importants. Ils mettent en évidence le manque de lisibilité, les ambiguïtés, l'insécurité juridique d'un dispositif dont la cohérence d'ensemble n'est plus suffisamment assurée, au fil des évolutions sociales et juridiques. En outre, le vieillissement de la population salariée impose de repenser, à grande échelle, la question de l'adéquation entre l'état de santé et les postes de travail, en y intégrant les problématiques de valorisation de l'expérience et, sans doute, celle du handicap, dans une logique de maintien dans l'emploi* »[496]. Le PST prévoyait alors de mettre en place un groupe de réflexion, présidé par un membre du Conseil d'Etat chargé de définir les concepts d'aptitude et d'inaptitude, et de les comparer avec les pratiques d'autres pays développés.

460.- Pour autant, cette notion d'« aptitude » n'a jamais été précisée par le législateur. Les juges administratifs ont néanmoins estimé que cette notion devait s'entendre de manière moins théorique et englober l'effectivité de la pratique. Ainsi, en matière de santé au travail, les juges

---

[495] Par exemple : C. trav., art. R. 4323-57 : « Des arrêtés des ministres chargés du travail ou de l'agriculture déterminent : 1° Les conditions de la formation exigée à l'article R. 4323-55 ; 2° Les catégories d'équipements de travail dont la conduite nécessite d'être titulaire d'une autorisation de conduite ; 3° Les conditions dans lesquelles l'employeur s'assure que le travailleur dispose de la compétence et de l'aptitude nécessaires pour assumer, en toute sécurité, la fonction de conducteur d'un équipement de travail ; 4° La date à compter de laquelle, selon les catégories d'équipements, entre en vigueur l'obligation d'être titulaire d'une autorisation de conduite » ou encore C. trav., art. R. 6222-37, R. 6222-40, etc.

[496] METCS, *Plan Santé Travail*, 2005-2009, p. 80.

énoncent que « *l'aptitude d'un salarié est appréciée en prenant en compte les fonctions que l'employé occupe effectivement* »[497].

461.- D'autres éléments de définitions ont été précisés par les juridictions de l'ordre judiciaire. Les juges du droit ont notamment dû distinguer les avis d'aptitude émis avec restrictions ou réserves des avis d'inaptitude. Il apparait ainsi, de jurisprudence constante, que l'avis d'aptitude avec réserve ne se confond pas avec un avis d'inaptitude[498]. De surcroît, la Haute Cour a affirmé que l'employeur qui, sur la base d'un avis d'aptitude avec réserves, ne fournit plus de prestation de travail suffisante à son salarié parce qu'il interprète cet avis comme une inaptitude manque à ses obligations[499]. Dans cette affaire un conducteur de travaux avait été déclaré apte avec « *interdiction de déplacements sur les chantiers et en véhicule pendant deux mois* ». L'employeur l'avait alors affecté à un bureau de l'entreprise. La Cour de cassation a considéré qu'en ne fournissant pas une prestation de travail suffisante à son salarié, l'employeur n'avait pas respecté son obligation contractuelle. Dans cette situation, la simple association de la notion d'aptitude à certaines réserves ou restrictions a suscité une confusion de la part des employeurs avec la notion pourtant censée être opposée à celle de l'inaptitude.

462.- La loi « Travail » a eu la volonté de clarifier le suivi de santé au travail en modifiant le vocabulaire applicable à une partie de salarié. En effet, jusqu'à présent le médecin du travail devait statuer systématiquement en termes « d'aptitude ». Dorénavant, puisque le suivi individuel en santé au travail peut être confié à d'autres professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire le salarié, qui n'est pas affecté à un poste à risques, n'aura plus à être déclaré « apte ». Ainsi le législateur de 2016 a supprimé toutes références au mot « apte » concernant les suivis individuels de santé simple. De plus, dans ce même esprit de simplification, le législateur a réécrit certaines dispositions du Code du travail de manière à ce que les termes inapte et apte ne soient plus cités dans les articles de manière concomitante. Désormais, le médecin du travail qui émet un avis d'inaptitude doit indiquer les « *capacités restantes* » du salarié nécessaires à la recherche d'un poste de reclassement dans l'entreprise.

---

[497] CE, 4e et 5e SSR, 21 janv. 2015, Société Syroch, req. n° 364783, *Tables Rec. Lebon*, *RDT* 2015, p. 100, concl. Dumortier.

[498] Cass. soc., 8 juin 2011, Société Batidole, n° 09-42.261, *Bull. civ.* V, n° 145, *D.* 2012. 901, obs. P. Lokiec et J. Porta, *JCP S* 2011, 1503, note A. Martinon ; Cass. soc., 13 avr. 2016, Société Imprimerie artisanale, n° 15-10.400, *Bull. civ.* V, n° 1251, *RJS* 2016, comm. n° 403, *JSL* 2016, n° 411-3, obs. M. Hautefort, *JCP S* 2016, 1196, note P.-Y. Verkindt.

[499] Cass. soc., 9 juin 2015, Société Bois des Alpes, n° 13-26.834, F-D.

463.- Cependant, le législateur n'a pas été au bout de la simplification puisque la notion d'aptitude demeure concernant les salariés affectés à un poste présentant des risques particuliers et qu'elle n'est pas davantage définie ni dans ce que recouvre cette notion ni dans son périmètre (par exemple : le médecin doit il se prononcer sur l'aptitude du salarié à se rendre au travail en voiture par exemple ?). Une précision a uniquement été rédigée dans l'aspect négatif du concept de l'inaptitude puisque tout salarié qui ne serait pas inapte serait apte[500]. De plus, une difficulté de vocabulaire a également été soulevée depuis la réforme : un salarié hors poste à risque peut désormais être déclaré inapte à son poste de travail sans jamais y avoir été déclaré apte. La logique sémantique de ce point de vue suscite alors une large remise en question.

464.- La notion d'aptitude ayant été conservée pour les postes à risques, cela a eu pour conséquence de dénaturer la valeur des attestations de suivi. Cette idée a notamment pu être constatée au cours du suivi individuel des salariés intérimaires. En effet, afin de réduire le nombre de visites liées aux emplois multiples des travailleurs temporaires il est possible de n'organiser qu'une seule visite auprès des SST pour trois emplois renseignés. Une problématique s'est alors présentée lorsque le travailleur temporaire était missionné pour plusieurs emplois dont au moins un d'entre eux nécessitait un suivi médical renforcé. La question s'est alors posée de savoir quel document fournir. La logique semblerait préconiser l'utilisation de deux documents différents : une fiche d'aptitude pour l'emploi à risque et une attestation de suivi pour les autres emplois. Pourtant, par souci de simplification seul un avis d'aptitude est délivré valant attestation de suivi pour les autres emplois. L'avis d'aptitude dans ce cas de figure pourrait être utilisé à la place d'une attestation de suivi. Cette situation engendre là encore une source de confusion dans la perception du régime juridique. Le cadre légal entourant la notion d'aptitude est, de ce fait, insuffisant.

465.- Ces nombreuses confusions autour de la notion d'aptitude sont accentuées par une autre lacune du Code du travail : l'absence de définition juridique des notions de *poste* et d'*emploi*.

2) La confusion juridique des termes poste et emploi

[500] *C. trav.*, art. L. 4624-4.

466.- Les termes de poste et emploi sont régulièrement utilisés par le législateur dans les textes qui régissent le domaine de la santé au travail. La confusion entre ces deux termes réside dans l'absence de définition juridique claire et précise par le législateur mais également dans leur utilisation très fréquente. Certains articles du Code du travail utilisent conjointement les deux termes dans le même article. Cette observation nous permet de supposer que le législateur les distingue de manière nuancée. Plusieurs illustrations permettent de mettre en évidence l'utilisation conjointe des deux termes dans un même article.

467.- Tableau comparatif de l'utilisation des termes « poste » et « emploi » dans certains articles du code du travail

Article du Code du travail	POSTE	EMPLOI
R. 4624-42	*Le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude médicale du travailleur à **son poste** de travail que : …*	*…Le médecin du travail peut mentionner dans cet avis que tout maintien du salarié **dans un emploi** serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement **dans un emploi.***
R. 4623-1	*Le médecin du travail veille à « adapter les **postes** en vue …*	*… en vue du maintien dans **l'emploi.***
L. 4612-1	*Le CSE a pour mission « de contribuer à l'adaptation et à l'aménagement des **postes** de travail …*	*…afin de faciliter l'accès des personnes handicapées à tous les emplois et de favoriser leur maintien dans l'emploi au cours de leur vie professionnelle.*
L. 4152-2	*L'employeur propose à la salariée en état de grossesse médicalement constatée, venant d'accoucher ou allaitant, qui occupe **un poste** l'exposant à des risques déterminés par voie réglementaire, …*	*Un **autre emploi** compatible avec son état de santé.*

468.- En premier lieu, l'article R. 4624-42 du Code du travail précise que l'inaptitude ne peut être prononcée qu'à l'égard d'un seul poste, à savoir, le poste de travail du salarié. L'article énumère ensuite deux conditions dans lesquelles l'employeur peut se dispenser de ses

recherches de reclassement. Pour ce faire, le médecin doit alors vérifier que tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou bien que l'état de santé du salarié fasse obstacle à tout reclassement dans un emploi. Alors que le médecin du travail doit prononcer l'inaptitude du salarié en fonction de son poste de travail, pour pouvoir affirmer qu'aucune recherche de reclassement n'est nécessaire, il est tenu de se prononcer en fonction d'un emploi. Dans ce cas, l'utilisation conjointe des deux termes dans le même article suppose que la notion d'emploi serait envisagée de manière beaucoup plus large et étendue que la notion de poste de travail.

469.- En second lieu, concernant les articles R. 4623-1 et L. 4612-1 du Code du travail, le législateur semble apporter une précision implicite sur la distinction des termes poste et emploi. En effet, à la lecture de ces articles, il est possible d'en déduire l'interprétation suivante : un poste de travail peut être adapté, il est donc malléable, transformable, adaptable de manière à le rendre compatible avec l'état de santé du salarié. En revanche, l'objectif de cette malléabilité est le maintien dans l'emploi. L'emploi ferait alors ici référence à quelque chose de durable et de stable en ce qu'il représente l'aboutissement et l'objectif visé par l'adaptation d'un poste.

470.- A l'étude de l'article L. 4152-2 du Code du travail, les notions d'emploi et de poste sont ici clairement assimilées. Alors que dans les deux précédents exemples, une nuance semblait avoir été insufflée par le législateur dans sa façon d'utiliser les deux termes, dans cette écriture le législateur semble les associer. En effet, il estime qu'un « autre emploi » peut être proposé à une femme enceinte si son poste l'expose à des risques. Les mots « un autre » suppose une certaine assimilation des deux termes employés avant et après. « Un autre » suppose une certaine répétition.

471.- Ainsi, ces utilisations conjointes des deux termes par le législateur semblent avoir pour effet de créer une certaine confusion parce qu'à l'étude du Code du travail aucune définition claire et précise n'est affirmée. Au-delà du Code du travail, l'observatoire des métiers et qualification[501] donne clairement deux définitions distinctes entre les termes de poste et emploi : « *l'emploi correspond à un ensemble de postes de travail très proches les uns des*

[501] D'AGOSTINO A., DELANOE A., « Les observatoires prospectifs des métiers et des qualifications : des outils pour agir », *Céreq Bref*, n° 297-2, 2012, p. 4.

autres, du fait de finalités et d'activités communes, mettant en œuvre des compétences proches ou similaires. NB : Un emploi regroupe plusieurs salariés et permet une déclinaison par effectifs. Le poste correspond à une situation individuelle de travail, une unité élémentaire de la division du travail. Il s'agit de l'ensemble ordonné d'activités et de tâches effectuées par un individu en particulier au sein d'une structure donnée ».

472.- Pour autant, si le législateur semble se tourner vers cette distinction des deux termes, elle n'est pas effective et elle ne permet pas en pratique de clarifier les deux situations. De la même manière, une confusion pratique existe au niveau des notions d'inaptitude et d'invalidité.

3) La confusion des notions d'inaptitude et d'invalidité initiée par les textes

473.- Le Code du travail ne définit pas non plus ces notions. La doctrine a d'abord cherché à définir l'inaptitude. « *La notion d'inaptitude au travail apparaît en droit de la sécurité sociale et en droit de l'emploi. Selon l'article L. 351-7 du Code de la sécurité sociale, est inapte au travail l'assuré qui n'est pas en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé et qui se trouve définitivement atteint d'une incapacité de travail (le taux d'incapacité est de 50 % selon l'article R. 351-21 du Code de la sécurité sociale) médicalement constatée, compte tenu de ses aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle. L'inaptitude médicale au travail ne doit pas être confondue avec l'inaptitude médicale au poste qui peut être physique ou psychique*[502]*, procède d'une comparaison entre d'une part le poste envisagé pour un salarié que l'employeur se propose d'embaucher ou le poste que le salarié occupait jusque-là et, d'autre part, les caractéristiques du poste en question. Cette inaptitude ne peut être constatée que par le médecin du travail dont c'est la compétence exclusive. Ni le médecin de caisse, ni le médecin traitant ne disposent de prérogatives particulières en la matière »*[503]. L'inaptitude est donc une compétence propre au médecin du travail.

---

[502] Cass. soc., 9 juill. 1997, BNP c/ Mme Lucron, n° 94-45.558, *Bull. civ.*, V, n° 264, p. 191, *RJS* 1997, comm. n° 1083.
[503] VERKINDT P.-Y., « Maladie et inaptitude médicale », *Rép. trav*, juin 2012, p.14.

474.- L'INRS définit plus simplement l'inaptitude comme une « *notion figurant dans le Code du travail et qui concerne la capacité du salarié à occuper un poste précis. Elle est appréciée par le médecin du travail par rapport à un emploi* »[504].

475.- L'invalidité quant à elle recouvre le droit de la sécurité sociale[505]. Selon certains auteurs[506] : « *l'invalidité permet à un assuré social de bénéficier d'une pension lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans la proportion des deux tiers sa capacité de travail et de gain selon l'article L. 341-1 du Code de la sécurité sociale. L'invalidité est appréciée par le médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général et des facultés physiques et mentales de l'assuré ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle. Elle peut soit constituer la phase ultime d'une interruption de travail prise en charge au titre de l'assurance maladie, soit résulter d'une usure prématurée de l'organisme* »[507].

476.- L'INRS synthétise en affirmant que : « *l'invalidité est définie par le Code de la sécurité sociale et concerne la capacité d'une personne à travailler. Elle est appréciée par le médecin conseil de la caisse primaire d'Assurance Maladie et correspond à un état réduisant au moins des deux tiers la capacité de gain ou de travail de la personne considérée* »[508].

---

[504] INRS, *Aptitude, invalidité, rôles respectifs du médecin du travail, du médecin conseil et du médecin traitant*, revue n° 104, 4e trimestre 2005, p. 7.

[505] *C. séc. soc.*, art. L. 341-1.

[506] *Ibid.*

[507] Cass. soc., 24 mars 1994, M. Besson, n° 92-11.674, *Bull. civ.* V, n° 106, p. 73.

[508] INRS, Aptitude, invalidité, rôles respectifs du médecin du travail, du médecin conseil et du médecin traitant, revue n° 104, 4e trimestre 2005, p. 7.

477.- Si l'invalidité conduit souvent à une inaptitude, ces deux notions sont pourtant différentes. Il existe, dès lors, trois catégories d'invalidité :

CATEGORIE	DEFINITION (article L. 341-4 du Code de la Sécurité Sociale)	CALCUL DE LA PENSION	CODE DE LA SECURITE SOCIALE
INVALIDITE 1ère CATEGORIE	**Invalide CAPABLE** d'exercer une activité rémunérée	= **30 % du salaire** annuel moyen correspondant aux cotisations versées au cours des 10 années civiles d'assurance dont la prise en considération est la plus avantageuse pour le salarié.	R. 341-4
INVALIDITE 2éme CATEGORIE	**Invalide ABSOLUMENT INCAPABLE** d'exercer une profession quelconque	= **50 % du salaire** annuel moyen correspondant aux cotisations versées au cours des 10 années civiles d'assurance dont la prise en considération est la plus avantageuse pour le salarié	R. 341-5
INVALIDITE 3ème CATEGORIE	**Invalide qui, étant ABSOLUMENT INCAPABLE**, d'exercer une profession, est en outre, dans l'obligation d'avoir **RECOURS A L'ASSISTANCE** D'UNE TIERCE PERSONNE pour effectuer les actes ordinaires de la vie	= **50 % du salaire** annuel moyen correspondant aux cotisations versées au cours des 10 années civiles d'assurance dont la prise en considération est la plus avantageuse pour le salarié MAJORE de 40 %	R. 341-6

478.- Etant régi par le Code de la sécurité sociale, le classement en invalidité n'est pas censé avoir d'incidence sur le contrat de travail. En effet, la décision d'invalidité ne constitue pas en soi une interdiction d'exercer un travail rémunéré. Dès lors, le médecin du travail reste libre d'apprécier la compatibilité de l'état de santé du salarié avec son poste de travail.

479.- La confusion entre invalidité et inaptitude est en fait née des conséquences indirectes de l'invalidité par rapport au suivi de santé d'un salarié. Il est de jurisprudence constante que « *dès lors que le salarié informe l'employeur de son classement en invalidité deuxième catégorie sans manifester la volonté de ne pas reprendre le travail, l'employeur doit organiser la visite de reprise auprès du médecin du travail* »[509]. Toutefois, la Cour de cassation rappelle régulièrement que l'organisation d'une visite de reprise en cas de classement en invalidité n'est obligatoire que si l'employeur a connaissance de ce classement en invalidité et uniquement si le salarié manifeste qu'il se tient à sa disposition soit pour reprendre le travail, soit pour organiser une visite de reprise[510].

480.- Ces positions jurisprudentielles facilitent la confusion entre ces deux termes. Plusieurs rapports révèlent qu'« *une source de confusion réside dans la compréhension difficile, tant pour les employeurs que pour les salariés, de la distinction entre notion d'inaptitude médicale au poste et celle d'invalidité. C'est une source de confusion importante pour l'employeur et le salarié qui peut conduire l'un ou l'autre à des erreurs graves en matière d'exécution ou de rupture du contrat de travail. Ainsi, l'employeur peut penser que la décision de mise en invalidité vaut déclaration d'inaptitude et s'engager à tort dans une procédure de licenciement ou ne pas requérir l'avis du médecin du travail sur les propositions de reclassement qu'il fait au salarié en invalidité* »[511].

481.- Une circulaire[512] envisage trois situations possibles suite à une invalidité :

- Première situation : Le salarié informe simplement son employeur de sa mise en invalidité.

---

[509] Cass. soc., 25 janv. 2011, Association roussillonnaise d'action sociale, n° 09-42.766, *Bull. civ.* V, n° 30, *RJS* 2011, comm. n° 314, *JSL* 2011, n° 295, p. 11, M. Hautefort, *JCP S* 2011, 1152, note C. Leborgne-Ingelaere ; Cass. soc., 15 février 2011, n° 09-43.172, Cass. soc., 11 mai 2017, n° 15-29.046.

[510] Cass. soc., 27 avr. 2017, Société Autret traiteur, n° 15-17.959, F-D ; Cass. soc., 27 avr. 2017, Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France, n° 15-16.659, F-D ; Cass. soc., 6 mars 2017, Société Sweethome, n° 15-26.680, F-D ; Cass. soc., 11 janv. 2017, n° 15-15.054, F-D.

[511] IGAS, ISSINDOU M., PLOTON C., FANTONI-QUINTON S., BESSANDON A.-C., GOSSELIN H., Rapport du groupe de travail "Aptitude et Médecine du Travail", 2015, point 368 : « *Le médecin du travail n'est jamais parvenu à assurer intégralement ce tiers-temps compte tenu de l'absorption du temps médical par les visites médicales et de la démographie médicale* ».

[512] Circulaire du 11 mars 2011, mise en invalidité prononcée par le médecin-conseil de la CPAM et visite de reprise auprès de la médecine du travail, n° 10-11.

482.- Dans ce cas, l'employeur est tenu d'organiser la visite de reprise au plus vite. Ce n'est qu'à la suite du prononcé d'une inaptitude par le médecin du travail qu'il pourra licencier le salarié. Mais, le médecin du travail peut estimer que le salarié est en capacité de retravailler. Dans ce cas, il devra réintégrer son poste.

- Deuxième situation : le salarié informe son employeur de son invalidité et exprime la volonté de ne pas reprendre le travail.

483.- Dans ce cas, l'employeur n'a aucune obligation d'organiser la visite de reprise. Cependant ce dernier peut prendre l'initiative de l'organiser dans l'optique d'envisager un licenciement si jamais le médecin du travail déclarait le salarié inapte. Il est impossible de licencier pour cause d'invalidité**.** Le licenciement serait requalifié de licenciement sans cause réelle et sérieuse par les juges du fait de son caractère discriminatoire lié à l'état de santé[513]. Si l'employeur ne prend pas l'initiative d'organiser la visite de reprise, il se retrouvera dans une situation de « *statu quo* » tant que le régime d'invalidité durera (le statut d'invalidité étant provisoire). En effet, il ne pourra pas licencier le salarié. En outre, s'il n'y a pas de prestation de travail du salarié, il n'y aura pas de versement de salaire mais le salarié restera dans les effectifs de l'entreprise. De plus, si le salarié fournit des arrêts de travail, l'employeur devra attendre la fin de ses arrêts pour pouvoir organiser la visite de reprise.

- Troisième situation : le salarié ne se présente pas au travail à la fin de son arrêt de travail et n'informe pas l'employeur qu'il est bénéficiaire d'une invalidité

484.- Dans ce cas, l'employeur peut lui demander de justifier son absence. S'il ne le fait pas il pourra être licencié pour absence injustifiée.

---

[513] Cass. soc., 13 mars 2001, Société Bally France, n° 98-43.403, *Bull. civ.* V, n° 88, p. 67.

485.- En résumé :

SITUATION	OBLIGATION DE L'EMPLOYEUR	RECOMMANDATION
Le salarié informe son employeur de son admission au bénéfice d'une pension d'invalidité.	Il **DOIT** organiser la visite de reprise sans tarder.	
Le salarié informe son employeur de son admission au bénéfice d'une pension d'invalidité et exprime dans le même temps son souhait de ne pas reprendre le travail.		Il est recommandé d'organiser la visite de reprise du salarié afin de pouvoir éventuellement licencier le salarié dans le cas où une inaptitude est prononcée.

486.- Si l'invalidité conduit fréquemment à une inaptitude, la décision du médecin du travail est nécessaire à ce que l'employeur engage ou non une procédure de licenciement. Dès lors, la confusion entre ces deux notions peut avoir de lourdes conséquences si un licenciement est envisagé par l'employeur.

487.- Ces imprécisions du législateur sur les fondements majeurs de la santé au travail conduisent les acteurs de la santé au travail à des confusions certaines qui peuvent avoir de lourdes conséquences. A ces imprécisions, s'ajoutent des incohérences entre les prescriptions légales imposées et leur mise en pratique.

B- Des prescriptions légales et réglementaires difficilement applicables

488.- Plusieurs prescriptions légales ne correspondent pas à la réalité du terrain et aux contraintes organisationnelles des SST et des entreprises. La réforme de 2016[514] a tenté d'apporter certaines solutions mais plusieurs points doivent encore être éclaircis. Les délais

[514] Décr. n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 *relatif à la modernisation de la médecine du travail, JO n°* 302, 29 déc. 2016, texte n° 65.

imposés par le Code du travail ont beaucoup de mal à être respectés en pratique (1). En remettant le suivi de santé entre les mains du médecin du travail, le législateur a reconnu de manière implicite que les textes antérieurs étaient inadaptés (2). Cependant, la persistance de la notion d'aptitude continue de poser problème (3).

1) Des délais très difficiles à respecter

489.- L'un des facteurs d'inapplicabilité du droit de la santé au travail réside dans la difficulté de respecter les délais imposés par le législateur. Ces délais concernent l'organisation du suivi de santé des salariés. Les développements qui suivent confrontent le cadre légal et la problématique pratique malgré certaines avancées apportées par la réforme de 2016[515] :

- La mise en place de la « visite d'embauche »

490.- Avant la réforme de 2016, un examen médical d'embauche est obligatoire pour tous les salariés avec le médecin du travail avant la fin de leur période d'essai[516].

Après la réforme, une distinction est opérée entre les salariés occupant des postes à risques et les autres. Pour les salariés soumis au suivi individuel simple, la visite d'information et de prévention (VIP) a lieu désormais avec un professionnel de santé de l'équipe pluridisciplinaire (médecin du travail, infirmier en santé travail, collaborateur médecin ou interne en médecin du travail) après l'embauche dans un délai de 3 mois. Ce délai est réduit à 2 mois pour les apprentis. Quant à la VIP, elle doit avoir lieu avant l'embauche pour les travailleurs de nuit, les moins de 18 ans, les salariés exposés aux agents biologiques du groupe 2, et les travailleurs exposés aux champs électromagnétiques pour lesquels les valeurs limites d'exposition sont dépassées[517]. Concernant les salariés occupant des postes à risques la visite médicale d'embauche a forcément lieu avec le médecin du travail et avant l'embauche.

491.- En pratique, avant la réforme, le délai de la période d'essai engendrait des difficultés liées au respect du délai surtout concernant les contrats à durée déterminée (CDD). La loi limitait la

---

[515] Décr. n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 *relatif à la modernisation de la médecine du travail*, *JO* n° 302, 29 déc. 2016, texte n° 65.
[516] *C. trav.*, art. anc. R. 4624-10.
[517] *C. trav.*, anc. R. 4624-10 et s.

durée de la période d'essai[518]. Pour un CDD d'une durée inférieure ou égale à 6 mois, la période d'essai se fixait à un jour par semaine de contrat dans la limite maximum de deux semaines. Dans le cadre d'un contrat de plus de 6 mois elle était fixée à un mois. Par exemple, pour un contrat de 4 mois c'est à dire 16 semaines, la période d'essai ne devait pas dépasser deux semaines. Pour un contrat d'un mois, la période d'essai ne devait pas dépasser 4 jours. Ainsi, la visite d'embauche devait se faire à l'intérieur de ce délai très court. En pratique, au vu de la réduction du temps médical, les SST avaient énormément de mal à donner un rendez-vous avec le médecin du travail dans les temps.

492.- La réforme de 2016 a permis de dégager un peu de temps médical en proposant aux salariés en suivi individuel simple d'effectuer leur VIP initiale soit avec l'infirmier en santé au travail soit avec le médecin du travail et ce dans un délai de 3 mois commun à tous les salariés. Si ce délai commun a permis de simplifier la prise de rendez-vous, la possible intervention de l'infirmier est une solution concrète au dégagement de temps médical.

493.- Cependant, une certaine complexité d'applicabilité du droit de 2016 est apparue avec la distinction des postes à risques et de certains salariés en suivi individuel simple qui doivent quant à eux réaliser leur visite avant l'embauche. S'il est justifié médicalement que le caractère d'urgence de la visite d'embauche doit intervenir, pour ces salariés, le caractère préalable imposé par le législateur est quasiment impossible à respecter en pratique.

494.- Une solution pourrait être de distinguer la signature du contrat de travail de la date de la prise effective de poste afin de laisser un délai pour organiser la visite. Néanmoins, là encore, cela poserait des problèmes pratiques aux entreprises qui auraient besoin rapidement de leur salarié.

495.- D'autres problématiques apparaissent à l'occasion de l'organisation de la visite de reprise.

---

[518] *C. trav.*, art. L. 1242-10 et s.

- Le délai de huit jours pour organiser la visite de reprise

496.- La visite de reprise est obligatoire pour tous les salariés à la suite d'un congé maternité, d'une absence pour maladie professionnelle ou bien d'une absence d'au moins trente jours pour toute autre cause[519]. La loi du 8 août 2016[520] avait tenté de supprimer ce délai de huit jours en imposant que la visite de reprise ait lieu au jour de la reprise effective du travail. Mais devant cette incohérence de mise en pratique et sous l'influence des partenaires sociaux, le délai de huit jours a été rétabli.

497.- Le délai de huit jours est un délai qui se décompte en jours calendaires, et la visite de reprise doit se faire sur le temps de travail du salarié. Sans évoquer les problématiques des salariés en temps partiel et les jours d'ouverture du SST, ce délai se trouve réduit en fonction des disponibilités de l'entreprise.

498.- Une solution est de conseiller aux entreprises d'organiser la visite dès la connaissance de la durée de l'arrêt maladie de manière à anticiper. Cependant, il arrive fréquemment que le salarié choisisse de prolonger son arrêt auquel cas l'employeur en est souvent informé le jour de la reprise ce qui rend la visite caduque. De plus, même lorsqu'il arrive que la visite soit réalisée à temps, un risque non négligeable existe pour l'employeur. En effet, si un accident survient entre le jour de la reprise effective et le jour de la visite de reprise alors même que le contrat est toujours théoriquement suspendu, il est possible qu'un impact direct sur l'origine de l'inaptitude soit constaté. Il convient donc de s'interroger sur l'existence même de ce délai. Selon certains auteurs, *« on est dans l'incertitude sur les effets que peut produire sur la santé du travailleur la reprise du travail sans examen médical par le médecin du travail. Cet examen a pour objet d'apprécier si la reprise du travail dans l'emploi précédemment occupé comporte des risques d'altération de la santé du salarié. Mais la réalisation de ces risques n'est pas certaine du simple fait de la reprise du travail sans examen médical* »[521].

499.- La complexité organisationnelle des visites se retrouve également à l'occasion du prononcé d'une inaptitude médicale.

---

[519] *C. trav.*, art. R. 4624-23.
[520] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 *relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO* n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.
[521] SAVATIER J., « La reprise du travail sans visite de reprise par le médecin du travail », *Dr. soc*., 2006, p. 514.

- Le délai de quinze jours relatif à l'inaptitude

500.- Avant la réforme de 2016[522], le médecin du travail devait recourir à deux examens médicaux espacés de deux semaines minimum après réalisation d'une étude de poste et des conditions de travail. Depuis la réforme, le médecin du travail peut[523] désormais prononcer l'inaptitude en un seul examen mais uniquement après avoir réalisé l'étude de poste, l'étude des conditions de travail, indiqué la date d'actualisation de la fiche d'entreprise et procéder à un échange avec le salarié et l'employeur. Si toutefois il décide de prononcer l'inaptitude en deux visites il ne doit le faire que dans un délai qui cette fois ne doit pas dépasser quinze jours.

501.- En pratique, avant la réforme, le délai posait plutôt des problèmes de décompte de délai puisque le Code évoquait un délai de « *deux semaines* »[524]. Désormais, cette problématique de décompte n'existe plus puisque l'inaptitude peut se faire en une seule visite. Cependant, le législateur a voulu maintenir la possibilité pour le médecin du travail de prononcer l'inaptitude en deux visites. Encore imprégnée de l'ancien cadre juridique, la majorité des médecins du travail en ont déduit une nouvelle contrainte de délai. Ils déplorent un délai trop court de quinze jours pour à la fois réaliser l'étude de poste et de conditions de travail, ainsi que réactualiser la fiche d'entreprise.

502.- Pour certains auteurs, d'un point de vue global, « *la plupart des révisions ont été justifiées par une volonté de simplification de la procédure qui s'est traduite en réalité par une suppression de temps procéduraux et de contrôle, ce qui n'est pas exactement la même chose. Il est à cet égard étonnant que l'ensemble des mesures prises ne s'appuie sur aucune donnée nationale chiffrée d'envergure* »[525]. De ce point de vue, ce délai représente une contrainte supplémentaire d'une réelle importance puisqu'il convient de faire coïncider le temps médical disponible avec l'organisation de l'entreprise.

---

[522] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 *relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO* n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.

[523] *C. trav.*, art. R. 4624-42.

[524] Cass. soc., 13 mars 2001, Société Bally France, n° 98-43.403, *Bull. civ.* V, n° 88, p. 67.

[525] LACOSTE-MARY V., « Des mains inutiles aux mains d'or : pour une refonte de la procédure de reconnaissance de l'inaptitude sur le poste de travail », *RDSS*, 2020, p. 1128.

503.- En plus des délais contraignants à respecter, l'organisation du suivi médical du salarié est soumise à certaines exigences légales. A ce sujet, il a pu être constaté plusieurs incohérences du droit par rapport au temps médical réellement disponible. En réponse aux problématiques pratiques, la réforme[526] est alors intervenue pour remettre les clés du suivi individuel du travail entre les mains du médecin du travail.

2) Un nécessaire assouplissement du cadre juridique de la périodicité

504.- Avant la réforme de 2016[527], la périodicité du suivi médical du salarié était exclusivement fixée par les textes. Il fallait se référer au Code du travail pour savoir quand mettre en place la visite périodique en fonction de la catégorie professionnelle du salarié. Ainsi la majorité des salariés bénéficiait d'examens médicaux périodiques, au moins tous les vingt-quatre mois, par le médecin du travail[528]. Pour certaines catégories de salarié comme par exemple pour les travailleurs de nuit[529] le Code du travail imposait une visite périodique tous les six mois.

505.- Face à une telle rigidité juridique une problématique pratique s'est rapidement présentée : le manque de temps médical. Pour autant, malgré les difficultés des SST à respecter leurs obligations, l'employeur était régulièrement condamné pour défaut de visite. Selon certains auteurs, il n'avait « *aucune chance d'obtenir, devant le juge, des dommages-intérêts après avoir mis en cause la responsabilité contractuelle du SST défaillant* »[530]. Les juges reconnaissaient effectivement de manière constante l'absence d'exonération de la responsabilité de l'employeur en affirmant notamment qu'« *il appartient à l'employeur de prendre les dispositions nécessaires pour soumettre le salarié à la visite médicale prévue par ce texte, dans le délai légal, en sorte que la carence de l'association interentreprises de Médecine du Travail, qu'il invoquait, ne le libérait pas de son obligation, et excluait la force majeure* »[531].

---

[526] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 *relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO* n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.
[527] *Ibid.*
[528] *C. trav.*, anc. art. R. 4624-16.
[529] *C. trav.*, anc. art L. 3122-42.
[530] CHANAL D., DE LA BROSSE P., « L'obligation de sécurité de résultat, la pénurie de médecins du travail et la santé du salarié : quelle(s) solution(s) ? », *Semaine sociale Lamy*, 22 avr. 2014, n° 1627.
[531] Cass. soc., 28 mars 2001, n° 99-41.626, inédit, *RJS* 2001, comm. n° 840.

506.- Par deux arrêts de 2013, un revirement de jurisprudence a permis de reconnaitre l'existence d'un préjudice de l'entreprise en « *rapport avec l'insuffisance des examens médicaux et de la surveillance des salariés imputable à l'association (...) ayant constaté que l'association n'avait procédé qu'à un seul des examens médicaux périodiques sur les cinq demandés par la société en 2009, et n'avait pas respecté le délai de visite annuelle pour quatre des salariés soumis à une surveillance médicale renforcée, puis exactement relevé que la situation relevant de ces défaillances d'un SST dans l'exécution de sa mission constituait une infraction pénale commise par l'employeur, qui se trouvait également confronté à un déficit d'informations déterminantes pour l'accomplissement des actions de prévention et pour le respect des obligations qui lui incombent dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail*»[532].

507.- Cet arrêt a servi de prise de conscience puisque par lettre du 7 novembre 2014, le ministère du travail a confié à trois personnalités ainsi qu'à l'IGAS une mission[533] ayant pour objet « *aptitude et médecine du travail* ». Cette mission devait se centrer sur la notion d'aptitude et les enjeux qui s'y attachent pour les salariés et les employeurs, d'une part, les médecins du travail, d'autre part, pour le système français de protection de la santé au travail. Cette mission a donné lieu à un rapport interpellant le gouvernement sur certaines défaillances légales. Plusieurs recommandations ont été formulées et ont été consacrées dans la réforme de 2016[534].

508.- Certaines d'entre elles préconisaient de replacer le médecin du travail au cœur des missions des SST en lui remettant toutes les clés du suivi de santé des travailleurs et en réaffirmant son rôle de conseiller en prévention auprès des entreprises. Dès lors, depuis 2016[535], peu importe la catégorie professionnelle du salarié, le médecin du travail définit lui-même les

---

[532] Cass. 1re civ., 19 déc. 2013, Association Santé au travail en Mayenne c/ Société Pré en Pail menuiserie agencement ébénisterie, n° 12-25.056, *Bull. civ.* I, n° 256, *D.* 2014. 23 ; *Dr. soc.* 2014, p. 280, étude F. Verdun ; *RDT* 2014. 191, obs. M. Véricel ; Cass. 1re civ., 19 déc. 2013, Association Santé au travail en Mayenne c/ Société Sécurité service installation dépannage, n° 12-25.058, F-D.

[533] IGAS, ISSINDOU M., PLOTON C., FANTONI-QUINTON S., BESSANDON A.-C., GOSSELIN H., *Rapport du groupe de travail "Aptitude et Médecine du Travail, 2015,* point 368 : « *Le médecin du travail n'est jamais parvenu à assurer intégralement ce tiers-temps compte tenu de l'absorption du temps médical par les visites médicales et de la démographie médicale* ».

[534] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 *relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO* n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.

[535] *Id.*

modalités de la périodicité et la fréquence des visites à l'intérieur d'un cadre juridique plus large et, corrélativement beaucoup moins rigide et moins contraignant[536].

509.- De plus, le rôle du médecin du travail en tant qu'animateur et coordinateur de l'équipe pluridisciplinaire a été réaffirmé fortement de manière à ce qu'il puisse, sous son autorité, déléguer certaines visites à un infirmier en santé au travail[537]. Cette nouveauté représente un possible dégagement de temps médical permettant d'assurer un suivi de santé plus cohérent et plus régulier. Seul le médecin du travail peut décider de déléguer ses visites et il peut reprendre la main sur ce suivi à tout moment. Ces évolutions juridiques mettent en exergue un besoin crucial de cohérence et de prise en considération de la pratique.

510.- Cependant, si la réforme[538] fait état d'une prise de conscience récente par rapport aux incohérences observées, la persistance partielle de la notion d'aptitude choisie continue de détourner le médecin du travail de sa principale mission de prévention.

3) Le choix contestable du maintien partiel de la notion d'aptitude

511.- Si la réforme de la modernisation de la médecine du travail[539] a choisi d'abandonner le cadre juridique trop rigide de la périodicité, elle maintient le cap de la catégorisation des salariés en attribuant un régime juridique différent selon qu'ils sont affectés à des postes à risque ou non. Ainsi, pour les postes à risques, le médecin du travail délivre toujours un avis d'aptitude[540] alors que pour tous les autres postes, une attestation de suivi[541] suffit. Pour cette raison, le médecin du travail doit désormais raisonner en fonction de la catégorie du poste occupé par le salarié. Ce régime à deux vitesses complexifie l'approche du médecin du travail face à sa mission de prévention. Il tend à focaliser l'attention sur la catégorie occupée au détriment de la mission première de prévention.

---

[536] *C. trav.*, art R. 4624-16 et R. 4624-28.
[537] *C. trav.*, art R. 4624-10.
[538] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 *relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO* n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.
[539] *Ibid.*
[540] *C. trav.*, art R. 4624-25.
[541] *C. trav.*, art R. 4624-14.

512.- Pourtant, la pertinence médicale de l'aptitude n'a jamais été établie. En 1946, le législateur déclare que la médecine du travail a pour but d'« *éviter toute altération de la santé du fait du travail* »[542]. A ce titre, les médecins du travail doivent respecter le formalisme du « *certificat d'aptitude* ». Néanmoins, aucune définition n'a été précisément donnée à cette notion, tant d'un point de vue juridique que d'un point de vue médical.

513.- Son intérêt par rapport à l'objectif de prévention a su être remis en cause. Plusieurs auteurs estiment que : *« cette aptitude que le médecin évalue s'apparente au fond à une estimation de la prédisposition au risque d'indemnisation. Elle est d'avantage un vestige de la médecine légale qu'un véritable outil de prévention et correspond à la fonction fondamentalement assurantielle de la médecine du travail. (...)»*[543]. L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) affirme quant à elle qu'*« en réalité, la préoccupation de la vérification de l'aptitude continue à prédominer et à justifier aux yeux des acteurs de l'organisation du travail, employeurs, médecins, salariés, le maintien de l'examen individuel systématique comme mission primordiale de la médecine du travail* »[544].

514.- Le rapport de mission de 2014[545] évoquait un manque d'efficacité de l'aptitude : « *principalement défendue à l'occasion de la visite d'embauche, la vérification de l'aptitude du candidat à un poste de travail lors de son recrutement s'avère assez décevant au vu des résultats. Surtout, les conditions de sa constatation et sa portée limitée en réduisent l'intérêt tandis que loin d'être un véritable outil de prévention elle risque au contraire d'en détourner tant le salarié que l'employeur* ».

515.- De surcroit, l'aptitude médicale est pernicieuse en ce qu'elle peut se confondre avec la notion de capacité professionnelle. D'un point de vue juridique, cette notion sous-entend l'absence de risque pour la santé du travailleur. Or, cette vision juridique est impossible à mettre

---

[542] L. n° 46-2195 du 11 octobre 1946, *relative à l'organisation des services médicaux du travail*, *JO* n° 239, 12 oct. 1946.
[543] IGAS, *Santé, pour une politique de prévention durable*, Rapport annuel 2003, La documentation française, 2003, p. 399.
[544] HUTEAU M., *Edouard Toulouse et les débuts de la psychotechnique en France,* Psychologie et histoire, vol 3, 29-50, Paris, L'Harmattan, 2002.
[545] IGAS, ISSINDOU M., PLOTON C., FANTONI-QUINTON S., BESSANDON A.-C., GOSSELIN H., *Rapport du groupe de travail "Aptitude et Médecine du Travail"*, 2015, point 368. : « *Le médecin du travail n'est jamais parvenu à assurer intégralement ce tiers-temps compte tenu de l'absorption du temps médical par les visites médicales et de la démographie médicale* ».

en pratique. Cela supposerait que le médecin du travail ait une pleine connaissance de l'état de santé réel du salarié. De ce fait, il existe une marge d'erreur potentielle trop importante pour que le médecin puisse attester que l'état de santé du salarié soit pleinement compatible avec le poste de travail. L'avis d'aptitude donné est, par conséquent, potentiellement faussé. En admettant que le médecin du travail ait pu obtenir l'accès complet au dossier médical du salarié, l'avis rendu au jour de la visite ne peut en aucun cas prédire l'avenir et les évolutions quotidiennes de l'environnement de travail.

516.- L'avis d'aptitude rendu est donc susceptible d'être régulièrement remis en cause ce qui met en place, une nouvelle fois, un contexte d'insécurité juridique. Certains auteurs en attestent, ils exposent que « *du point de vue de ses conséquences sur la relation de travail, il est notamment reproché à cette notion d'aptitude d'être à l'origine d'une réelle insécurité juridique pour les entreprise, les salariés, le médecin du travail et les SST sans pour autant toujours garantir les protections attendues contre toute altération de l'état de santé des salariés ou en faveur de leur maintien dans l'emploi. Ceci, non pas seulement en raison de l'impossibilité matérielle pour les SST de faire effectivement les visites médicales réglementairement prévues mais en raison des difficultés liées d'une part à l'incertitude quant à la posture des médecins du travail en tant que conseillers ou experts et d'autre part à l'arbitraire de leurs décisions, (...). L'insécurité juridique résulte enfin de la valeur non prédictive des avis d'aptitude qui ne préservent en rien la responsabilité des employeurs en cas de survenue d'une lésion professionnelle* »[546].

517.- Ce défaut de « *valeur non prédictive* » inhérent à la notion même d'aptitude, détourne inévitablement le médecin du travail de sa mission de prévention puisqu'en lui-même l'avis rendu ne peut pas prévenir l'ensemble des risques éventuels.

518.- Ce non-sens lié à un besoin assuranciel des entreprises d'obtenir le « *permis de travailler* »[547] de leurs salariés a donné lieu à de nombreuses jurisprudences allant parfois à l'encontre du Code du travail. Ce phénomène est là encore significatif de l'ineffectivité du droit en pratique.

---

[546] FANTONI S., « Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ? », *Dr. soc.*, 2013, p. 1023.
[547] *Ibid.*

II. Un décalage entre le Code du travail et la pratique mis en exergue par la jurisprudence

519.- Les différentes décisions jurisprudentielles démontrent un décalage entre l'effectivité du droit et la pratique. Des exemples significatifs issus de la jurisprudence permettent d'illustrer les difficultés d'application effective des règles de droit régissant la santé au travail (A.). En étudiant plus en détail plusieurs décisions, il est possible de constater que ce décalage s'accentue au fur et à mesure de l'évolution jurisprudentielle opérée en matière de reconnaissance de la responsabilité de l'employeur (B.).

A- Des exemples jurisprudentiels significatifs du décalage

520.- En étudiant les décisions de jurisprudence en matière de santé au travail, un décalage entre les attentes du droit et la pratique s'illustre. Ces différences d'application de la règle de droit troublent les acteurs de la santé au travail. Dans la mesure où la règle de droit peut être sujette à une interprétation plus ou moins stricte par la jurisprudence, ces décalages participent parfois au contexte d'instabilité juridique. Dans un premier temps, les juges du droit ont d'abord opté pour une lecture stricte de la règle de droit (1). Dans un second temps, ils se sont montrés plus sévères en élargissant le champ d'application de l'obligation de reclassement de l'employeur (2). Enfin, une appréciation beaucoup plus réaliste de la règle de droit a été choisie en matière de prise d'acte de la rupture du contrat de travail (3).

1) Une interprétation stricte des juges poussant le législateur à légiférer

521.- Les juges ont d'abord apprécié les textes strictement notamment concernant les problématiques liées aux avis d'inaptitude. Avant 2017[548], le médecin du travail ne pouvait constater une inaptitude qu'après avoir réalisé une étude de poste et des conditions de travail à l'issue de « *deux examens médicaux* » qui devaient être espacés d'au minimum « *deux*

[548] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO n° 184, 9 août 2016, texte n° 3, Décr. n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 *relatif à la modernisation de la médecine du travail*, JO n° 302, 29 déc. 2016, texte n° 65.

semaines »[549]. L'écriture approximative de ce texte réglementaire a engendré un contentieux important en matière de décompte[550]. Les juges ont alors retenu que les visites devaient être « *espacées du délai minimum de deux semaines* »[551]. Par la suite, des questionnements pratiques ont été soulevés. La Haute Cour a du précisé que « *respecte ce délai le médecin qui ayant procédé au premier examen médical un jour déterminé fixe le second examen le même jour de la deuxième semaine suivante* »[552]. L'organisation de ces visites dans les délais imposés par le législateur est fixée à titre « *impératif* »[553]. En ce sens, le non-respect de ces délais engendre la nullité du licenciement pour inaptitude[554].

522.- Toutefois, si le cadre d'un délai minimum était approximativement imposé par le législateur, aucun texte juridique ne prévoyait de délai maximum. Les juges ont alors retenu la nullité du licenciement pour inaptitude dont la deuxième visite a eu lieu deux mois après la première[555]. Ils se sont montrés plutôt sévères en la matière puisqu'ils estimaient que c'était à l'employeur de saisir le médecin du travail pour faire pratiquer le second examen[556].

523.- Cette interprétation stricte des juges a poussé le législateur à supprimer ce délai tant contesté[557]. Désormais, le médecin du travail doit constater l'inaptitude en une seule visite[558].

---

[549] C. trav., art. anc. R. 4624-31 : « sauf dans le cas où le maintien du salarié à son poste de travail entraine un danger immédiat pour sa santé ou sa sécurité ou celles des tiers, le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude médicale du salarié à son poste de travail qu'après avoir réalisé : 1° Une étude de ce poste ; 2° Une étude des conditions de travail dans l'entreprise ; 3° Deux examens médicaux de l'intéressé espacés de deux semaines, accompagnés, le cas échéant, des examens complémentaires ».

[550] Cass. soc., 8 déc. 2004, Société Rieter Automotive Polymère, n° 02-44.203, *Bull. civ.* V, n° 319, *Dr. soc.* 2005, p. 332, note J. Savatier ; Cass. soc. 28 juin 2006, OPAC du Rhôn, n° 05-40.633, F-D ; Cass. soc., 20 sept. 2006, Société Logiss, n° 05-40.241, *Bull. civ.* V, n° 275 p. 261, *RJS* 2006. comm. n° 1169, *JCP S* 2006, 1890, note P.-Y. Verkindt, *Dr. soc.* 2006, p. 1122, obs. J. Savatier ; Cass. soc., 27 mai 2009, Société Defial, n° 08-41.010, inédit ; Cass. soc., 16 mai 2007, n° 05-45.916, inédit.

[551] Cass. soc., 31 mai 2012, n° 11-10.958, inédit.

[552] Cass. soc., 8 déc. 2004, n° 02-44.203, préc. ; par exemple, lorsque le premier examen est fixé le 4 juillet, le second aura lieu le 18 juillet.

[553] Cass. soc., 20 sept. 2006, n° 05-40.241, préc.

[554] Cass. soc., 27 mai 2009, n° 08-41.010, préc.

[555] Cass. soc., 16 mai 2007, n° 05-45.916, préc.

[556] Cass. soc., 12 mars 2008, Société JP Ryckaert, n° 07-40.039, *Bull. civ.* V, n° 62, *D.* 2008. Pan. 2311, obs. B. Lardy-Pélissier, *D.* 2306, obs. M.-C. Amauger-Lattes, *JCP E* 2008, 1791, note *D.* Asquinazi-Bailleux, *Dr. soc.* 2008, p. 612, obs. J. Savatier, *JCP S* 2008, 1332, note P.-Y. Verkindt.

[557] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 *relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels*, *JO* n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.

[558] *C. trav.*, art. R. 4624-42 : « *Le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude médicale du travailleur à son poste de travail que : 1° S'il a réalisé au moins un examen médical de l'intéressé, accompagné, le cas échéant, des examens complémentaires, permettant un échange sur les mesures d'aménagement, d'adaptation ou de mutation de poste ou la nécessité de proposer un changement de poste ; 2° S'il a réalisé ou fait réaliser une étude de ce*

524.- Ce décalage a été pris en compte par la réforme de 2016[559] qui a supprimé l'obligation systématique de prononcer une inaptitude en deux visites en respectant le délai minimum de 15 jours. Néanmoins, la réforme n'a pas été assez loin dans la simplification puisque si l'inaptitude est désormais prononcée en une seule visite, le médecin du travail, s'il l'estime nécessaire, peut exiger qu'une seconde visite ait lieu mais cette fois-ci dans un délai maximum (non plus minimum) de quinze jours.

525.- D'autres problématiques pratiques se sont posées lorsque le salarié se remet en arrêt maladie au jour du prononcé de l'inaptitude. Le Code du travail précise que le contrat de travail du salarié est suspendu pendant la durée de l'arrêt de travail ou de l'arrêt maladie[560]. Seule la visite de reprise met fin à l'arrêt de travail de plus de 3 mois[561]. L'employeur a l'obligation d'organiser une visite médicale de reprise qui doit avoir lieu « *le jour de la reprise effective du salarié, et au plus tard dans les 8 jours, après un congé maternité ; après une absence pour cause de maladie professionnelle ; après une absence d'au moins 30 jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel(le)* ».

526.- De fait, la jurisprudence considère de manière constante que, malgré la reprise effective du salarié à son poste de travail, seule la visite de reprise met juridiquement fin à la période de suspension du contrat de travail[562].

---

poste ; 3° S'il a réalisé ou fait réaliser une étude des conditions de travail dans l'établissement et indiqué la date à laquelle la fiche d'entreprise a été actualisée ; 4° S'il a procédé à un échange, par tout moyen, avec l'employeur. Ces échanges avec l'employeur et le travailleur permettent à ceux-ci de faire valoir leurs observations sur les avis et les propositions que le médecin du travail entend adresser. S'il estime un second examen nécessaire pour rassembler les éléments permettant de motiver sa décision, le médecin réalise ce second examen dans un délai qui n'excède pas quinze jours après le premier examen. La notification de l'avis médical d'inaptitude intervient au plus tard à cette date. Le médecin du travail peut mentionner dans cet avis que tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi ».

[559] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 *relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO* n° 184, 9 août 2016, texte n° 3 et Décr. n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 *relatif à la modernisation de la médecine du travail, JO* n° 302, 29 déc. 2016, texte n° 65.

[560] *C. trav.*, art. L. 1226-7.

[561] *C. trav.*, art. R. 4624-31.

[562] Cass. soc., 23 sept. 2014, Société SNCTP, n° 13-12.473, inédit ; Cass. soc., 23 sept. 2014, Société GLG sérigraphie, n° 12-25.503, inédit ; Cass. soc., 23 sept. 2014, Société Mutant distribution, n° 12-24.967, inédit, *RJS* 2014, comm. n° 849.

527.- Sur ce point la jurisprudence a, une nouvelle fois, opéré une interprétation stricte des textes. C'est à l'employeur d'organiser la visite de reprise le plus rapidement possible[563]. L'absence de visite de reprise engendre la nullité du licenciement. La Haute juridiction consacre en ce sens le prolongement de l'obligation de sécurité de l'employeur[564]. Au fil des décisions, les juges ont admis que l'interprétation stricte imposée par le législateur devait être appréciée au regard de la réalité pratique. En effet, les juges ont considéré que la « *mise en œuvre tardive de cet examen médical obligatoire n'était pas imputable à l'entreprise. Cette mise en œuvre était d'avantage due à l'organisation et aux contraintes matérielles rencontrées par le service de médecine du travail pour respecter les délais légaux de convocation. D'ailleurs cette situation est attestée par le directeur du service qui justifie ce retard en raison d'un encombrement des services de médecine du travail. En outre l'intéressé ne démontre pas que si ce délai avait été respecté, il aurait permis de déceler les difficultés rencontrées au travail* »[565].

528.- Cette décision démontre à nouveau l'existence d'un décalage entre le droit et la pratique. Leur prise de position équivalait à reconnaitre clairement l'inapplicabilité du Code du travail. En réaction, la loi du 8 août 2016[566] a tenté de supprimer ce délai de huit jours en imposant que la visite de reprise ait lieu au jour de la reprise effective du travail. Mais devant cette impossible mise en pratique et sous l'influence des partenaires sociaux, le délai de huit jours a été rétabli.

529.- Certaines interprétations jurisprudentielles ont poussé le législateur dans ses retranchements l'obligeant à modifier certaines de ses dispositions. D'autres décisions prises en matière de reclassement ont également mis en exergue les incohérences du droit positif.

---

[563] Cass. soc., 19 janv. 1999, Société PSR Apidec, n° 96-44.954, *Bull. civ.* V, n° 27, p. 19, *RJS* 1999, comm. n° 345; *Dr. soc.* 1999, p. 401, obs. J. Savatier ; *JCP G* 1999, IV, 1449.

[564] Cass. soc., 22 fevr. 2005, n° 08-11.519.

[565] Cass. soc., 21 oct. 2014, Société GDF Suez énergie services, n° 13-19.786, *Bull. civ.* V, n° 244, *Procédures* 2014, comm. 323, obs. A. Bugada, *JCP S* 2015, 1053, note I. Pétel-Teyssié.

[566] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 *relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO* n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.

2) *Une appréciation jurisprudentielle élargie de l'obligation de reclassement de l'employeur*

530.- L'obligation de l'employeur est précisée à l'article L. 1226-2-1 et suivants du Code du travail qui énonce que « *lorsque, à l'issue d'un délai d'un mois à compter de la date de l'examen médical de reprise du travail, le salarié déclaré inapte n'est pas reclassé dans l'entreprise ou s'il n'est pas licencié, l'employeur lui verse, dès l'expiration de ce délai, le salaire correspondant à l'emploi que celui-ci occupait avant la suspension de son contrat de travail »*[567].

531.- Cet article a donné lieu à un large contentieux. Jusqu'en 2015, l'employeur avait pour obligation de poursuivre ses recherches *« quelle que soit la position prise par le salarié »*[568]. Par deux décisions de 2016, les hauts magistrats ont reconnu que l'employeur pouvait « *tenir compte de la position prise par le salarié déclaré inapte* ». En l'occurrence, dans les deux décisions les salariés en question avaient exprimé leur volonté de refuser les postes éloignés de leur domicile[569]. Si sur ce point, une certaine souplesse jurisprudentielle semble engagée, charge à l'employeur de pouvoir prouver les volontés formulées par le salarié.

532.- D'autres adaptations ont été formulées quant à l'appréciation de la notion de « *groupe* » d'entreprises. La Cour de cassation estime depuis quelques années que pour pouvoir proposer un poste de reclassement dans une entreprise du groupe il convient d'observer si le fonctionnement organisationnel, les activités, les situations géographiques des entreprises du groupe permettent « *une permutation de tout ou partie du personnel* »[570]. En conséquence, ne constituent pas nécessairement un groupe :

- Les fédérations[571],
- L'adhésion à un Groupement d'Intérêt Economique [572],

---

[567] *C. trav.*, art. L. 1226-4.

[568] Cass. soc., 6 mai 2015, Société Lidl, n° 13-27.349, F-D.

[569] Cass. soc., 23 nov. 2016, Société Lidl, n° 15-18.092, FS-P+B+R+I ; Cass. soc., 23 nov. 2016, Société Lidl, n° 14-26.398, FS-P+B+R+I.

[570] Cass. soc., 17 mai 2016, Fédération de Paris de la ligue de l'enseignement, n° 14-24.109, F-D, *JCP S* 2016, 1263, note J. Martinez.

[571] Ibid.

[572] Cass. soc., 25 nov. 2015, Association d'action éducative de Meurthe-et-Moselle, n° 14-17.995, F-D1.

- L'ordre professionnel des avocats [573].

533.- En réponse à ces nombreuses précisions jurisprudentielles, l'article L. 1226-2 du Code du travail a subi plusieurs modifications. Encore une fois, l'imprécision des textes posait des difficultés au moment de leur mise en pratique. Les réformes successives ont alors intégré certaines décisions de jurisprudence recadrant l'obligation de reclassement de l'employeur. Une comparaison de l'article L. 1226-2 du Code du travail dans son écriture en 2018 et en 2008[574] permet de visualiser les évolutions législatives. Le tableau synthétisant notre analyse est présenté ci-après.

534.- Tableau comparatif de l'article L. 1226-2 du Code du travail :

Evolution de l'obligation de reclassement de l'employeur

Article L. 1226-2 en 2008	Article L. 1226-2 en 2018[575]
Lorsque~~, à l'issue des périodes de suspension du contrat de travail consécutives~~ à une maladie ou un accident non professionnel,–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 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 est aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé, au besoin par la mise en œuvre de mesures telles que	Lorsque le salarié victime d'une maladie ou d'un accident non professionnel est déclaré inapte par le médecin du travail, en application de l'article *L. 4624-4*, à reprendre l'emploi qu'il occupait précédemment, l'employeur lui propose un autre emploi approprié à ses capacités, au sein de l'entreprise ou des entreprises du groupe auquel elle appartient le cas échéant, situées sur le territoire national et dont l'organisation, les activités ou le lieu d'exploitation assurent la permutation de tout ou partie du personnel. Pour l'application du présent article, la notion de groupe désigne le groupe formé par une entreprise appelée entreprise dominante et les entreprises qu'elle contrôle dans les conditions définies à l'article L. 233-1, aux I et II de l'article L. 233-3 et à l'article L. 233-16 du Code de commerce. Cette proposition prend en compte, après avis du comité social et économique lorsqu'il existe, les conclusions écrites du médecin du travail et les

[573] Cass. soc., 20 janv. 2016, Société Nomos, n° 14-18.416, F-D, *D.* 2016, p. 807, chron. P. Lokiec et J. Porta.
[574] En gras : ce qui n'a pas changé. En bleu, ce qui a été ajouté. En Rayé : ce qui a été supprimé.
[575] *C. trav.*, art. L. 1226-2 modifié par les ordonnances Macron (l'ord. n° 2017-1386 du 22 septembre 2017,art. 4, Ord. n° 2017-1718 du 20 décembre 2017, *visant à compléter et mettre en cohérence les dispositions prises en application de la loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social*, *JO* n° 297, 21 déc. 2017, texte n° 46.

mutations, transformations de postes ~~de travail ou aménagements du temps de travail.~~	indications qu'il formule sur les capacités du salarié à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise. Le médecin du travail formule également des indications sur la capacité du salarié à bénéficier d'une formation le préparant à occuper un poste adapté. L'emploi proposé est aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé, au besoin par la mise en œuvre de mesures telles que mutations, aménagements, adaptations ou transformations de postes existants ou aménagement du temps de travail.

535.- La modification du texte témoigne de la prise en compte de la position des juges. Jusqu'en 2017 le législateur ne précisait pas le périmètre du reclassement notamment dans le cadre des groupes d'entreprises. Les ordonnances « Macron » ont ensuite décidé d'intégrer cette jurisprudence au Code du travail [576].

536.- Toutefois, là encore, les textes n'ont retenu qu'une partie des critères jurisprudentiels pour en ajouter d'autres et créer un nouveau décalage entre la jurisprudence et la loi.

537.- La première ordonnance[577] a repris les termes des juges du droit suivant : « *l'organisation, les activités ou le lieu d'exploitation permettant la permutation de tout ou partie du personnel* ». En revanche, la jurisprudence imposait de rechercher les postes dans toutes les entreprises du groupe même étrangères. Le législateur, quant à lui a choisi, de réduire le périmètre au territoire national.

538.- D'autres aspects de l'obligation de reclassement ont également suscité un contentieux foisonnant notamment concernant les cas de dispense. La loi prévoit certains cas dans lesquels l'employeur n'est pas tenu de rechercher à reclasser le salarié et peut le licencier directement. L'employeur ne peut rompre le contrat de travail du salarié que s'il justifie de la mention expresse dans l'avis du médecin du travail que « *tout maintien du salarié dans un emploi serait*

[576] Ord. n° 2017-1718 du 20 décembre 2017, *visant à compléter et mettre en cohérence les dispositions prises en application de la loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social*, *JO* n° 297, 21 déc. 2017, texte n° 46.
[577] Ibid.

gravement préjudiciable à sa santé » ou *« que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi »*[578].

539.- En dehors de ces deux seuls et uniques cas de dispense, l'employeur doit proposer tous les postes disponibles et correspondants aux capacités restantes du salarié. Sur ce point, la jurisprudence opte pour une position très sévère puisqu'elle a reproché à un employeur de ne pas avoir satisfait à son obligation de reclassement en ne proposant pas à un salarié initialement en contrat à durée indéterminée (CDI), un poste de remplacement d'un congé maternité donc en contrat à durée déterminée (CDD).[579] De manière générale, il est donc de jurisprudence constante que tous les postes même temporairement disponibles doivent être inclus dans le champ des recherches de reclassement[580].

540.- Ils ont alors précisé ce point en affirmant que les recherches ne devaient commencer qu'après le prononcé d'une inaptitude et en conformité avec les préconisations du médecin du travail[581].

541.- Suite au prononcé d'un avis d'inaptitude, l'employeur a désormais l'obligation d'interroger le médecin du travail sur les propositions de reclassement qu'il envisage de réaliser. De ce fait les juges considèrent que l'avis négatif du médecin du travail sur les propositions données peut justifier une impossibilité de reclassement[582]. La Cour de cassation est même allée plus loin en estimant que l'employeur devait systématiquement consulter le médecin du travail au moment d'effectuer ses recherches pour qu'il se prononce sur la compatibilité des postes de travail proposés avec l'état de santé du salarié [583] *« l'avis d'inaptitude « à tout poste » ne permettant pas de dispenser l'employeur de son obligation »*[584].

---

[578] *C. trav.*, art. R. 4624-42.
[579] Cass. soc., 5 mars 2014, Société Sauer NG, n° 12-24.456, F-D, *RJS* 2014, comm. n° 395.
[580] Cass. soc., 10 févr. 2016, Société Prolaidis, n° 14-16.156, F-D, *RJS* 2016, comm. n° 237 ; Cass. soc., 5 mars 2014, n° 12-24.456, préc.
[581] Cass. soc., 7 oct. 2015, n° 14-11.871.
[582] Cass. soc., 15 déc. 2015, Société Plastic omnium, n° 14-11.858, *Bull. civ.* V, n° 841, *JSL* 2016, n° 404-3, obs. J.-Ph. Lhernould, *RJS* 2016, comm. n° 103.
[583] Cass. soc., 16 mai 2016, Société Synthexim, n° 14-23.611, F-D.
[584] Jurisprudence constante : Cass. soc., 30 avr. 2014, Société Codexco, n° 13-13.669, F-D ; Cass. soc., QPC 13 janv. 2016, Société Etoile occitane, n° 15-20.822, FS-P+B-QPC ; Cass. soc., 14 avr. 2016, Société transports Driot, n° 15-13.063, F-D.

542.- Malgré une prise en compte de la jurisprudence par le législateur, le décalage entre les textes et l'appréciation plus stricte des juges est significatif en matière de reclassement. Cette situation témoigne d'une certaine déconnexion de la théorie par rapport aux problématiques rencontrées en pratique. Cette déconnexion nourrit un climat d'incertitude au moment d'appliquer la règle de droit. L'analyse de la logique juridique concernant la prise d'acte accordée ou non par les juges en cas de manquement de l'employeur à ses obligations légales permet également d'en illustrer le propos.

3) Une appréciation plus réaliste des juges dans la reconnaissance de la validité de la prise d'acte

543.- En droit du travail, les juristes définissent la "prise d'acte" comme étant *« un mode de rupture du contrat de travail à l'initiative du salarié. Elle est motivée par des faits que ce dernier reproche à son employeur, lorsqu'ils font obstacle à la poursuite du contrat de travail. Elle entraîne la rupture immédiate du contrat de travail, et produit les effets, soit d'un licenciement sans cause réelle et sérieuse si les faits invoqués la justifiaient, soit, dans le cas contraire, la prise d'acte produit les effets d'une démission* »[585].

544.- Toutefois, cette notion fait l'objet de controverses chez les travaillistes. Pour certains, « *la prise d'acte de la rupture occupe une place à part, parmi les modes de rupture du contrat de travail. Sans doute est-elle la moins connue des non-juristes, en tout cas au regard de sa dénomination. Chacun se fait une idée de ce que sont le licenciement et la démission, mais la prise d'acte de la rupture, elle, peut leur apparaître comme un objet juridique non identifié… Sûrement est-elle – et demeure-t-elle – l'une des plus discutées au sein de la communauté des juristes du travail, dans sa conception comme dans son régime qui sont au demeurant les lieux d'équivoques persistantes* »[586].

545.- La Haute Cour a dû se prononcer plusieurs fois sur sa validité. Par exemple, lorsque les textes imposent un délai de huit jours pour organiser la visite de reprise, les juges reconnaissent

---

[585] BRAUDO S., *Dictionnaire de droit Privé*, V° Licenciement, Source URL < https://www.dictionnaire-juridique.com/ >.
[586] GEA F., « Prise d'acte de la rupture », *Rep. trav.*, juill. 2019, pp. 5-46.

la validité de la rupture du contrat aux torts de l'employeur dans le cas où il n'aurait pas organisé cette visite de reprise[587] mais elle se positionne en faveur d'une atténuation des effets de la prise d'acte lorsque la visite de reprise a eu lieu tardivement[588].

546.- Ce constat peut être analysé de la façon suivante : qu'elle valide ou atténue les conséquences de la prise d'acte du salarié, la Cour de cassation se fonde sur le même principe, l'obligation de sécurité de l'employeur. Cependant dans certains cas, les juges du droit décident d'appliquer strictement le Code du travail et dans d'autres, ils font preuve de souplesse.

547.- Dans une première décision de 2014[589], la chambre sociale de la Cour de cassation a formellement affirmé que le « *suivi de santé au travail périodique ne pouvait se suppléer à l'obligation d'organiser une visite de reprise* » et ce, même si cette visite avait été réalisée dix jours avant l'accident du travail et que le salarié avait été déclaré apte lors de la visite périodique suivante[590]. Le fait qu'une visite médicale périodique ait été réalisée avant et après l'accident ne pouvait suppléer la visite médicale de reprise qui a pour objet exclusif de déterminer l'aptitude à la reprise du travail. Ainsi ce manquement par l'employeur représente selon les juges une faute suffisamment grave pour pouvoir justifier la prise d'acte produisant les effets d'un licenciement sans cause réelle et sérieuse.

548.- Il est de jurisprudence constante[591] qu'en cas de prise d'acte de la rupture du contrat de travail les conséquences et les effets soit exactement les mêmes que ceux d'un licenciement sans cause réelle et sérieuse à condition que le manquement de l'employeur à ses obligations soit suffisamment grave pour qu'il empêche la poursuite d'un contrat de travail. Dans le cas de la prise d'acte, la différence est que c'est au salarié d'apporter la preuve des faits qu'il allègue.

549.- Dans une autre décision, les juges ont reconnu comme étant justifiées les prises d'acte de la rupture du contrat de travail lorsque l'employeur manque de façon répétée à son obligation

---

[587] Cass. soc., 27 sept. 2017, Société Habit, n° 15-27.764, F-D.

[588] Cass. soc., 28 janv. 2016, n° 14-35.374.

[589] Cass. soc., 15 oct. 2014, Société Etanchéité 83, n° 13-17.101, F-D.

[590] (Ancien suivi de santé au travail).

[591] Cass. soc., 25 juin 2003, Société Ecoles de danse Gérard Louas, n° 01-43.578, *Bull. civ.* V., n° 209, p. 213, *D.* 2003. 2396, note J. Pélissier ; *Dr. soc.* 2003, p. 817, note G. Couturier et J.-E. Ray, *RJS* 2003, comm. n° 994, note J.-Y. Frouin.

d'organiser les visites médicales obligatoires[592]. Dans cette décision, l'employeur n'avait organisé ni la visite médicale d'embauche, ni les visites périodiques et de reprise (la 1ère visite médicale ayant eu lieu plus de 18 mois après l'embauche de la salariée alors qu'elle travaillait de nuit et qu'elle avait été victime d'un accident du travail).

550.- Dans une troisième décision, la visite médicale de reprise tardive cumulée avec le non-respect des préconisations médicales justifie selon la Haute Cour la prise d'acte de la rupture du contrat de travail par le salarié[593]. Ici, l'employeur avait d'une part, affecté le salarié à de nouveaux postes sans formation et sans que ne soit vérifiée son aptitude physique après un accident du travail ; d'autre part, avait organisé une visite médicale de reprise tardive.

551.- Dans ces trois décisions, la Cour de cassation s'est montrée intransigeante en appliquant à la lettre les textes juridiques correspondant à l'obligation de sécurité de l'employeur.

552.- Cependant, dans d'autres cas, les juges du droit estiment que la prise d'acte n'était pas justifiée pourtant, les mêmes fondements relatifs à l'obligation de sécurité étaient en jeu.

553.- Dans une première décision de 2015[594], un salarié prenant acte de la rupture de son contrat de travail avait saisi les juridictions, invoquant l'absence de visite médicale d'embauche constituant un manquement de l'employeur à son obligation de sécurité de résultat. Pourtant, la Cour de cassation a décidé que le manquement de l'employeur n'était pas suffisamment grave pour justifier la prise d'acte de la rupture du contrat de travail aux motifs qu'à aucun moment le salarié n'en avait fait la demande et qu'il ne prétendait pas que son état de santé ne justifiait une surveillance médicale particulière. Par conséquent la carence de l'employeur dans son obligation de sécurité de résultat ne découlait « *pas d'un refus mais d'une simple négligence non délibérée de sa part* ». Dans ce cas d'espèce, la prise d'acte produit alors les effets d'une démission. Les juges ont décidé de ne pas sanctionner l'employeur malgré le fait qu'ils reconnaissent qu'il a manqué à son obligation de sécurité de résultat en n'organisant pas la visite. S'agissant d'une simple négligence et non d'une volonté délibérée, la Haute cour a estimé

---

[592] Cass. soc., 8 fév. 2017, Société Tifani, n° 15-14.874, F-D, *RJS* 2017, n° 256..
[593] Cass. soc., 28 janv. 2016, Société Hyperdistribution Leclerc, n° 14-15.374, F-D, *RJS* 2016, n° 236.
[594] Cass. soc., 18 fév. 2015, Société Eura audit cabinet Rémy, n° 13-21.804, *RJS* 2015, comm. n° 319.

que la prise d'acte n'était pas justifiée. Ici, les juges admettent donc qu'il y a eu violation des obligations du Code du travail mais décident d'en réduire les conséquences. Cet assouplissement de la part des juges est significatif d'un décalage des textes avec la réalité, puisqu'ici la mauvaise foi de l'employeur est recherchée pour pouvoir sanctionner. Or, cette vision des choses ne ressort pas des textes tels que rédigés par le législateur.

554.- Dans une seconde décision, les juges ont estimé que la prise d'acte du contrat de travail n'était pas justifiée lorsque l'absence de visite médicale périodique résultait d'une surcharge du service de santé au travail[595]. Dans cette affaire, les juges du droit avaient reconnu que l'employeur avait bien manqué à son obligation d'organiser une visite médicale mais ils en ont atténué les connaissances en déclarant que la prise d'acte devait produire les effets d'une démission parce que le SST était dans l'impossibilité organisationnelle de réaliser cette visite et que le salarié n'avait jamais de lui-même sollicité l'organisation de cette visite. Cette décision illustre bien le décalage entre la rigidité des textes et le contexte issu de la pratique.

555.- La jurisprudence est souvent saisie pour des questions pratiques que le cadre juridique à lui seul ne permet pas de résoudre. Un décalage s'opère dès lors. Afin de rétablir l'équilibre issu de cette dissonance, les juges interprètent alors les textes en les replaçant dans le contexte qui se présente à eux. Mais dans certains cas, les juges opèrent une interprétation tellement élargie des règles de droit que de nouveaux axes régissant le cadre de la santé au travail se dessinent au travers de leur analyse.

B- L'évolution jurisprudentielle des fondements de la responsabilité de l'employeur

556.- Plusieurs décisions témoignent d'une volonté des juges de s'orienter vers de nouvelles visions des règles de droit. Il arrive parfois que certaines interprétations soient même codifiées. Dans tous les cas, la jurisprudence en matière de santé au travail ouvre régulièrement de nouvelles perspectives du droit de la santé au travail. D'une part, il convient d'étudier en ce sens, l'évolution du concept de l'obligation de sécurité (1). D'autre part, les nouveaux terrains

[595] Cass. soc., 8 juin 2016, Association du Val d'Aubette, n° 14-23.465, F-D.

de mise en cause de l'employeur sont liés au développement des nouveaux risques sanitaires (2). Enfin, le contentieux relatif aux accidents du travail et aux maladies professionnelles peut, en outre, faire état des évolutions juridiques issues de l'interprétation des juges ayant pour conséquence un élargissement de la responsabilité de l'employeur (3).

1) L'évolution de l'obligation de sécurité de l'employeur

557.- De 2002 à 2015, la Cour de cassation considérait que l'obligation de sécurité de l'employeur devait s'interpréter comme une obligation de résultat en matière de santé au travail[596]. Dès lors que la santé d'un salarié était mise en cause, la responsabilité de l'employeur était engagée en raison du manquement à cette obligation issue du Code du travail[597]. Cela supposait que la responsabilité de l'employeur pouvait être engagée même en l'absence de faute[598]. La simple altération de la santé du salarié suffisait pour engager cette responsabilité. Pour certains auteurs, *« cette obligation de résultat a par ailleurs servi d'appui à la définition de la faute inexcusable*[599] *de l'obligation »*[600].

---

[596] Cass. soc., 28 févr. 2002, n° 99-18.389 *et al.*, *Bull. civ.* V, n° 81 [7 arrêts], *JCP G* 2002, II, 10053, concl. A. Benmaklouf ; *JCP E* 2002, 643, note G. Strebelle ; *JCP E* 2002, 1841, p. 2059, obs. G. Vachet ; *TPS* 2002, comm. 116, obs. X. Prétot, *D.* 2002. 2696, note X. Prétot, *RTD civ.* 2002. 310, obs. P. Jourdain, *Dr. soc.* 2002. 445, point de vue A. Lyon-Caen, *Dr. soc.* 2002. 828, étude M. Babin et N. Pichon ; *RDSS* 2002. 357, obs. P. Pédrot et G. Nicolas, *RTD civ.* 2002. 310, obs. P. Jourdain ; *Dr. ouvrier* 2002. 166, note F. Meyer, *RJS* 2002, n° 621 ; Ass. Plén., 24 Juin 2005, n° 03-30.038, *Bull. Ass. plén.*, n° 7, p. 16, *RJS* 2005, n° 948, *JCP G* 2005, II, 10117 , note G. Vachet, *JCP S* 2005, 1056 , note P. Morvan, *RDSS* 2005, p. 875, obs. P.-Y. Verkindt, *D.* 2005, p. 2375, note Y. Saint-Jours.

[597] C. trav., art. L. 4121-1 : « L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : 1° Des actions de prévention des risques professionnels ;2° Des actions d'information et de formation ; 3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes ».

[598] Cass. soc., 28 févr. 2002, préc.

[599] La faute inexcusable : « *En cas de faute inexcusable de l'employeur et indépendamment de la majoration de rente servie à la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, celle-ci peut demander à l'employeur, devant la juridiction de sécurité sociale, la réparation non seulement des chefs de préjudice énumérés par le texte susvisé, mais aussi de l'ensemble des dommages non couverts par le livre IV du Code de la sécurité sociale.* » Cass. 2e civ, 30 juin 2011, n° 10-19475, *BICC* n° 751 15 nov. 2011.
FANTONI-QUINTON S., « Vers un assouplissement de la jurisprudence en matière d'obligation de sécurité de l'employeur ? » Archives des Maladies Professionnelles, n° 4, 2017. *V. c) l'évolution jurisprudentielle de la faute inexcusable.*

[600] JOURDAIN P., « Obligation de sécurité de l'employeur : la chambre sociale réoriente sa jurisprudence », *RTD civ.*, 2016, p. 869.

558.- L'unique exception résidait dans les cas de force majeure, concept là encore prévu par le législateur[601]. Depuis l'arrêt « Air France » du 25 novembre 2015[602], la Haute juridiction admet une certaine exonération de la responsabilité de l'employeur malgré la survenance du dommage sur le fondement que ce dernier avait pris toutes les mesures nécessaires pour tenter de l'empêcher. En l'espèce, un chef de cabine témoin des attaques du World Trade Center en 2001 depuis son hôtel avait repris normalement ses fonctions sans évoquer son traumatisme. Cinq ans plus tard il développe une dépression majeure et se met en arrêt de travail jusqu'à ce qu'il soit licencié en 2011. Dès 2008, il avait saisi les tribunaux pour faire condamner son employeur en vertu de l'obligation de sécurité de résultat en invoquant n'avoir jamais bénéficié d'un suivi psychologique depuis les attentats. Mais lorsque l'affaire arrive devant les juges du droit en 2015, contre toute attente, les juges déclarent que « *ne méconnaît pas l'obligation légale lui imposant de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, l'employeur qui justifie avoir pris toutes les mesures prévues par les articles L. 4121-1 et L. 4121-2 du Code du travail* »[603]. Depuis cet arrêt, la Haute Cour opte désormais pour une version atténuée de l'obligation de sécurité pesant sur l'employeur. Cet arrêt de 2015 a marqué un tournant important dans la jurisprudence sociale.

559.- Par la suite, la Cour de cassation a réitéré cette nouvelle perception de l'obligation de sécurité notamment en matière de harcèlement moral[604]. Elle reconnait que « *ne méconnaît pas l'obligation légale l'employeur qui justifie avoir pris toutes les mesures de prévention prévues par les articles L. 4121-1 et L. 4121-2 du Code du travail et qui, informé de l'existence de faits susceptibles de constituer un harcèlement moral, a pris les mesures immédiates propres à le faire cesser* ». L'employeur a aujourd'hui la possibilité de se défendre en apportant la preuve qu'il a mis en place une politique de prévention effective et adaptée aux risques professionnels de son entreprise.

---

[601] *C. civ.* art. L. 1148.

[602] Cass. soc., 25 nov.2015, Société Air Inter, n° 14-24.444, FP P+B+R+I, *JCP S* 2016, 1011, étude M. Babin ; *JCP E* 2016, 1146, obs. A. Bugada, *D.* 2016, p. 144, Chron. E. Wurtz, *D.* 2016, p. 807 obs. P. Lokiec, *Gaz. pal.* 12 janv. 2015, p. 68, note C. Frouin, *RDC* 2016, p. 217, note G. Viney, *JSL* 2016, n° 401-1, note A. Dejean de La Bâtie.

[603] *Ibid.*

[604] Cass. soc., 1er juin 2016, Société Finimétal, n° 14-19.702, FS-P+B+R+I, *RDT* 2016. 709, obs. B. Géniaut, *RTD civ.* 2016, p. 869, obs. P. Jourdain, *D.* 2016, p. 1681, note J. Icard et Y. Pagnerre, *SSL* 2016, n° 1726, p. 11, obs. P.-Y. Verkindt, *JSL* 2016, n° 413-2, obs. P.-Y. Verkindt, *JCP S* 2016, 1220, note G. Loiseau.

560.- L'importance de ce changement de cap opéré par les juges a pu être prédite par la portée conférée à cet arrêt, sa codification (P+B+R+I) et son intégration dans le rapport annuel de la Cour de cassation. Selon certains auteurs, « *nombreux sont les commentateurs qui ont suggéré que la chambre sociale de la Cour de cassation avait marqué un virage, à la suite de plusieurs arrêts depuis novembre 2015, en substituant une obligation de moyens renforcée à la traditionnelle obligation de sécurité de résultat de l'employeur en matière de santé et de sécurité au travail. D'autres interprétations restent néanmoins plus prudentes en ce qui concerne la portée de ce que d'aucuns qualifient d'infléchissement et estiment que l'obligation reste en réalité de résultat. L'innovation consisterait en réalité à considérer que l'employeur pourrait s'exonérer de ce manquement en rapportant la preuve de l'accomplissement de toutes les diligences en matière de prévention des risques. Le résultat attendu serait donc désormais une démarche complète et traçable de prévention* »[605].

561.- Par la suite[606], la haute Cour précise ce fondement en affirmant « *que l'employeur doit mettre en œuvre pour protéger la santé physique et mentale des salariés concernent la prévention des risques professionnels et l'évaluation de ceux qui ne peuvent être évités* ».

562.- Depuis ces arrêts de jurisprudence de la chambre sociale, la doctrine s'est alors interrogée sur l'existence même de l'obligation de sécurité évoquant alors de nouvelles appellations telles que « *obligation de résultat atténuée* » ou encore « *obligation de moyens renforcés* ».

562.- Une nouvelle interprétation a ensuite été opérée en 2017[607]. La Cour de cassation a ainsi jugé « *que l'obligation de prévention des risques professionnels, qui résulte de l'article L. 4121-1 du Code du travail, est distincte de la prohibition des agissements de harcèlement moral instituée par l'article L. 1152-1 du Code du travail et ne se confond pas avec elle* ». A la lecture de cet arrêt la notion d'obligation de sécurité de résultat semble avoir été abandonnée au profit d'une véritable « *obligation de prévention* ».

---

[605] FANTONI-QUINTON S., « Vers un assouplissement de la jurisprudence en matière d'obligation de sécurité de l'employeur ? », Archives des Maladies Professionnelles, n° 4, 2017.

[606] Cass. soc., 1er févr. 2017, Société JPS meubles déco, n° 15-24.166, F-D.

[607] Cass. soc., 6 déc. 2017, Société Soredis, n° 16-10.885 à 16-10.891, *RJS* 2018, comm. n° 194, *Les Cahiers du DRH* n° 181, 1er nov. 2011, note M.-A. Favot et P. Burchkalter, *JCP S* 2018, 1051, note G. Loiseau.

563.- Ainsi l'évolution jurisprudentielle de l'obligation légale de sécurité de l'employeur se traduit par l'abandon de la recherche de l'absence d'atteinte à la santé des salariés au profit de la recherche de mesures de prévention mises en place par l'employeur pour justement éviter cette atteinte. Selon la doctrine, désormais, la jurisprudence tend plutôt « *vers une obligation de prévention, le résultat attendu devient moins l'absence d'atteinte physique ou mentale que l'ensemble des mesures prises par l'employeur, dont les juges du fond pourront apprécier la pertinence* »[608].

564.- Cette nouvelle interprétation de l'obligation de sécurité vers une obligation de prévention a pu se vérifier au fil des nouveaux terrains de mise en cause de la responsabilité de l'employeur et notamment au regard de la gestion de la récente crise sanitaire.

2) L'obligation de sécurité au regard de l'émergence de nouveaux risques

565.- L'obligation de sécurité de l'employeur doit régulièrement s'adapter à l'émergence de nouveaux risques professionnels. Parmi eux, les risques psychosociaux (RPS) doivent, selon nous, faire l'objet d'une analyse particulière. Les termes RPS regroupent une compilation des situations fréquemment rencontrées en entreprise comme le stress au travail, le harcèlement moral, la souffrance au travail. La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002[609] a alors introduit dans le Code du travail de nouveaux articles relatifs au harcèlement moral[610] et a créé une extension de la responsabilité de l'employeur dans la prévention de la santé physique et mentale des salariés de l'entreprise[611]. La Loi Rebsamen a ensuite confirmé la possibilité de faire reconnaitre les pathologies d'origine psychique comme pouvant être d'origine professionnelles[612]. Mais si le cadre réglementaire a permis la prise en compte de la prévention des risques psychosociaux c'est la jurisprudence qui a développé tout un contexte d'exigences minimales concernant leur gestion dans l'entreprise.

---

[608] FANTONI -QUINTON S., « Vers un assouplissement de la jurisprudence en matière d'obligation de sécurité de l'employeur ? », Archives des Maladies Professionnelles, n° 4, 2017.
[609] L. n° 2002-73 du 17 janvier 2002 *de modernisation sociale, JO* 18 janv. 2002, texte n° 1.
[610] *C. trav.*, art. L. 1152-1 et L. 1152-6.
[611] *C. trav.*, art. L. 4121.
[612] L. n° 2015-994 du 17 août 2015 *relative au dialogue social et à l'emploi, JO* n° 189, 18 août 2015, texte n°3, suivie du Décr. n° 2016-756 du 7 juin 2016 relatif à l'amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles et du fonctionnement des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), JO 9 juin 2016, texte n° 9.

566.- Depuis une dizaine d'année, plusieurs décisions ont permis de définir les risques psychosociaux et les obligations de l'employeur de manière très évolutive. Aux prémices du développement de la jurisprudence en matière de harcèlement moral, la responsabilité de l'employeur était facilement engagée dès lors que la santé mentale d'un salarié était en cause. En 2006, la jurisprudence affirmait alors de manière constante que « *l'employeur est tenu envers ses salariés d'une obligation de sécurité de résultat en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs dans l'entreprise, notamment en matière de harcèlement moral et que l'absence de faute de sa part ne peut l'exonérer de sa responsabilité* »[613] . Sur cette base jurisprudentielle, la Haute Cour affirmait par la suite régulièrement[614] que « *l'employeur, débiteur d'une obligation de sécurité de résultat, manquait à cette obligation, lorsqu'un salarié est victime sur le lieu de travail, notamment, d'agissements de harcèlement moral ou sexuel exercés par l'un ou l'autre de ses salariés, quand bien même il aurait pris des mesures en vue de faire cesser ces agissements* ».

567.- En matière de harcèlement moral, l'employeur était donc presque systématiquement reconnu responsable. Un revirement de jurisprudence a été opéré dans un arrêt de 2016[615] significatif d'un assouplissement de la vision des juges en la matière. Désormais, l'employeur peut se dégager de sa responsabilité si deux conditions cumulatives sont réunies : avoir fait cesser immédiatement les agissements à l'origine du harcèlement moral, et avoir mis en place une politique de prévention dans entreprise par la formation et l'information des salariés sur cette situation.

568.- L'évolution jurisprudentielle opérée en matière de RPS a servi d'exemple lorsque de nouveaux risques sont apparus. C'est sur ce dernier fondement que la Haute Cour a choisi de

---

[613] Cass. soc., 21 juin 2006, Association Propara, n° 05-43.914, *Bull. civ.* V, n° 223, p. 212, *JCP S* 2006, 1566, note C. Leborgne-Ingelaere, confirmée notamment par Cass. soc., 14 avr. 2016, Société Ipsos France, n° 15-10.173, F-D.

[614]Cass. soc., 3 févr. 2010, Société Stratorg, n° 08-44.019 et n° 08-40.144, *Bull. civ*. V, n° 30, *JCP S* 2010, 1125, étude C. Leborgne-Ingelaere ; Cass. soc., 1er mars 2011, Société Les Restaurants du Pont du Gard, n° 09-69.616, *Bull. civ*. V, n° 53, *RJS* 2011, n° 390, *JCP E* 2011, 1566, note P. Fadeuilhe, *Dr. soc*. 2011, p. 594, obs. Ch. Radé ; Cass. soc., 29 juin 2011, Association hospitalière Nord Artois cliniques Maisonneuve, n° 09-69.444, *Bull. civ*. V, n° 168 ; Cass. soc., 19 nov. 2014, Société Les Travaux du midi, n° 13-17.729, *Bull. civ*. V, n° 267, *JCP S* 2015, 1183 , note C. Leborgne-Ingelaere.

[615] Cass. soc., 1er juin 2016, Société Finimétal, n° 14-19.702, *RDT* 2016. 709, obs. B. Géniaut, *RTD civ*. 2016. 869, obs. P. Jourdain, *D.* 2016. 1681, note J. Icard et Y. Pagnerre, *SSL* 2016, n° 1726, p. 11, obs. P.-Y. Verkindt; *JSL* 2016, n° 413-2, obs. P.-Y. Verkindt, *JCP S* 2016, 1220, note G. Loiseau.

statuer en matière de protection des salariés en période de COVID-19. Cette période particulière a mis en évidence l'importance de la prise en compte de la santé au travail dans l'entreprise. Les mesures de prévention sanitaires sont alors devenues d'obligations et des règles de sécurité impératives dans l'entreprise. Le rôle de conseil et de prévention des SST a été primordial. Une certaine responsabilisation des salariés a été amorcée. Les juges ont alors considéré que le non-respect des consignes de prévention sanitaires pouvait être sanctionné de manière disciplinaire[616].

569.- Certains auteurs ont eu l'occasion de commenter la situation, *« si le salarié n'informe pas volontairement son employeur d'une raison possible d'envisager qu'il soit contaminant (personne asymptomatique mais sachant qu'il a été proche d'une personne porteuse du virus), ce comportement pourra être sanctionné, selon la gravité, d'un licenciement pouvant aller jusqu'à la faute grave »*[617]. La Cour de cassation énonce en ce sens que : *« la cour d'appel a constaté que le salarié n'avait pas été licencié en raison de son état de santé mais pour avoir continué à travailler sachant qu'il n'était pas en état de le faire et qu'appréciant souverainement les éléments de faits et de preuve qui lui étaient soumis, et faisant usage des pouvoirs qu'elle tient de l'article L. 1235-1 du Code travail, elle a estimé que le licenciement reposait sur une cause réelle et sérieuse »*[618].

570.- En vertu de cette position jurisprudentielle, les tribunaux judiciaires apprécient, dès lors, la responsabilité de l'employeur au regard des mesures de prévention mises en place dans l'entreprise, de l'information des salariés et de la consultation des instances représentatives du personnel[619]. Dans une décision commentée, « *le juge des référés va, après étude des mesures concrètes déployées par l'entreprise, reconnaître un risque de dommage grave et imminent s'incarnant dans la contamination d'un plus grand nombre de salariés et par suite la propagation du virus à de nouvelles personnes. Si la lecture de l'obligation de l'employeur à la lumière de l'épidémie n'implique pas que l'employeur garantisse l'absence de toute*

---

[616] Cass. soc., 6 janv. 2021, Société Reporters économiques associés *et al.*, n° 19-14.440, F-D. « *Le pouvoir disciplinaire de l'employeur reste limité au règlement intérieur obligatoire dans les entreprises dépassant un certain seuil* ».

[617] DIAZ N., SAINT-MICHEL G., « Coronavirus : concilier obligation de sécurité de l'employeur et respect de la vie privé du salarié », *Dalloz actualité*, 28 mars 2020.

[618] Cass. soc., 12 oct. 2017, Société ITM logistique alimentaire internationa, n° 16-18.836, F-D.

[619] TJ Nanterre, ord., 14 avr. 2020, Amazon France Logistique, RG n° 20/00503, inédit, *JCP S* 2020, 2005, note L. Gamet, *JCP G* 2020, 523, obs. B. Bossu, *RDT* 2020. 351, obs. F. Guiomard ; V. égal. CA Versailles, 14e ch, 24 avr. 2020, RG n° 20/01993, inédit.

exposition des salariés à des risques, elle l'enjoint à les éviter le plus possible et – s'ils ne peuvent être évités – à les évaluer régulièrement afin de prendre ensuite toutes les mesures utiles pour protéger les travailleurs exposés ».

571.- Désormais, les juges ont plutôt tendance à évaluer l'obligation de sécurité sous l'angle de la prévention. Pour ce faire, ils choisissent d'observer les mesures mises en place et leur efficacité sur le plan pratique. Cette prise en compte du terrain représente une évolution plus réaliste de l'appréciation de l'obligation de sécurité de l'employeur. Cette nouvelle perspective a également fait évoluer le cadre juridique de la faute inexcusable.

3) L'évolution jurisprudentielle de l'appréciation de la faute inexcusable de l'employeur

572.- L'appréciation de la faute inexcusable par les juges a également connu certaines évolutions. La « faute inexcusable » se définit comme *« une faute d'une gravité exceptionnelle dérivant d'un acte ou d'une omission volontaire, de la conscience du danger que devait en avoir son auteur, de l'absence de toute cause justificative et se distinguant par le défaut d'un élément intentionnel »*[620]. Ce concept est une création jurisprudentielle ancienne[621]. L'existence d'une faute inexcusable de l'employeur est subordonnée à la reconnaissance d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Si un salarié déclare une maladie qui semble être liée à son travail, il est possible qu'elle soit reconnue comme étant d'origine professionnelle en réalisant une demande de reconnaissance de maladie professionnelle auprès de la CPAM[622].

573.- Dans d'autres mesures, est considéré comme accident du travail, qu'elle qu'en soit la cause, « *l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personnes salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit pour un ou plusieurs employeurs* »[623].

---

[620] Cass. soc., 28 févr. 2002, n° 99-18.389 *et al.*, *Bull. civ.* V, n° 81 [7 arrêts], *JCP G* 2002, II, 10053, concl. A. Benmaklouf ; *JCP E* 2002, 643, note G. Strebelle ; *JCP E* 2002, 1841, p. 2059, obs. G. Vachet ; *TPS* 2002, comm. 116, obs. X. Prétot, *D.* 2002. 2696, note X. Prétot, *RTD civ.* 2002. 310, obs. P. Jourdain, *Dr. soc.* 2002. 445, point de vue A. Lyon-Caen, *Dr. soc.* 2002. 828, étude M. Babin et N. Pichon ; *RDSS* 2002. 357, obs. P. Pédrot et G. Nicolas ; *RTD civ.* 2002. 310, obs. P. Jourdain ; *Dr. ouvrier* 2002. 166, note F. Meyer, *RJS* 2002, n° 621.
[621] Cass. Ch. réun., 15 juill. 1941, Veuve Villa c/ Compagnie des Assurances Générales, n° 00-26.836, *Bull. ch. réun.*, n° 183, *D.* 1941, *Jurispr.*, p. 117, note A. Rouast, *JCP G* 1941, II, 1705.
[622] *C. séc. soc.*, art. L. 461-1 et s.
[623] *C. séc. soc.*, art. L. 411-1.

574.- Lorsque le caractère professionnel d'une maladie ou d'un accident est déclaré, le salarié concerné peut tenter de faire reconnaître l'existence d'une faute inexcusable de la part de son employeur dans le but d'obtenir une meilleure indemnisation de son préjudice. La jurisprudence a d'abord évolué en considérant que le manquement de l'employeur à son obligation de sécurité peut constituer une faute inexcusable « *si l'employeur avait ou devait avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver* »[624].

575.- Depuis ces arrêts, la Haute Cour n'exige plus que la faute de l'employeur présente un caractère d'exceptionnelle gravité. Il suffit que la faute de l'employeur soit une cause simplement « nécessaire »[625] du dommage pour qu'elle puisse être reconnue comme étant une faute inexcusable.

576.- En poussant l'analyse de l'évolution du contentieux, un autre angle d'attaque a pu être observé mais de la part du Conseil d'Etat. La Chambre civile semble avoir rodé son raisonnement relatif à la reconnaissance de la faute inexcusable. Le Conseil d'Etat quant à lui semble avoir amorcé une toute autre logique dans deux arrêts de 2015[626]. Il estime que l'employeur, qui a été condamné pour faute inexcusable, a la possibilité de se retourner dans certains cas contre l'Etat à raison de ses propres carences dans la prévention des risques. Dans cette nouvelle vision de la faute inexcusable le juge administratif reconnait alors de ce fait que la prévention ne relève pas seulement du médecin du travail ou de l'employeur mais également de l'Etat. Toutefois, cette position reste relativement isolée au sein de l'ensemble du contentieux existant.

577.- La responsabilité de l'employeur face à la COVID-19 suscite plusieurs interrogations. Selon certains auteurs, « *la première question qui se pose est de savoir si la COVID-19 peut être reconnue comme maladie professionnelle ou accident du travail afin que le salarié puisse*

---

[624] Cass. soc., 11 avr. 2002, Société Camus industrie, n° 00-16.535, *Bull. civ.* V, n° 127 ; *D.* 2002. 2215, note Y. Saint-Jours, Resp. civ. et assur. 2002, Chron. 16, N. Dupuy-Loup, *D.* 2002. 2696, note X. Prétot ; *Dr. soc.* 2002. 676, obs. P. Chaumette, *RDSS* 2002. 538, obs. P.-Y. Verkindt, *JCP E* 2002, 184, p. 2060, obs. *D.* Asquinazi-Bailleux, *TPS* 2002, comm. 236.
[625] Cass. soc., 31 oct. 2002, Société Guintoli Frères, n° 01-20.445, *Bull. civ.* V, n° 335, *JCP E* 2003, Pan. 57, note F. Taquet, *Dr. soc.* 2003, p. 145, obs. P. Chaumette, *D.* 2003. 382, obs. F. Signoretto, *RDSS* 2003. 69, obs. P.-Y. Verkindt, *RJS* 2003, comm. n° 86.
[626] CE, 9e SSJS, 9 nov. 2015, Société DRT, req. n° 374884, inédit.

bénéficier de l'indemnisation automatique et forfaitaire prévue par le Code de la Sécurité sociale. La deuxième question qui se pose est de savoir si l'employeur pourra voir sa responsabilité engagée au-delà de celle engagée de manière automatique et forfaitaire pour la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles »[627]. Ces différentes questions ne font pour le moment pas l'objet d'une réponse précise de la part du législateur.

578.- Dès lors, le risque pénal doit être évoqué. En ce sens, une partir de la doctrine estime que « l'*employeur pourra notamment voir sa responsabilité pénale engagée s'il n'a pas fourni les équipements de protection individuelle. L'employeur pourra aussi voir sa responsabilité civile engagée si le pôle social du tribunal judicaire constate l'existence d'une faute inexcusable. Le salarié devra alors prouver la conscience du danger par l'employeur et l'absence de mesure prise pour en protéger les salariés. La preuve de la conscience du danger ne posera pas de difficulté, tant l'information est importante sur ce virus et les conséquences dans la vie quotidienne visibles. La reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur supposera donc essentiellement en pratique de démontrer que l'employeur n'a pas appliqué les préconisations sanitaires du gouvernement et mis en place les mesures barrières* »[628].

579.- Pour d'autres auteurs, « *la reconnaissance d'une faute inexcusable de l'employeur à l'origine de la contamination d'un salarié à la COVID-19 risque donc d'être un parcours semé d'embûches pour tout salarié, ou ayant droit, qui entend la faire reconnaître, mais elle demeure possible. Restera alors, pour l'employeur responsable sur le fondement de la faute inexcusable, la possibilité d'exercer une action en responsabilité de l'État afin d'obtenir le remboursement des préjudices indemnisés. Il lui appartiendra, dans ce cas, de démontrer la carence fautive de l'État à prendre les mesures de prévention des risques liés à l'exposition des travailleurs à la COVID-19* »[629].

580.- Le contexte particulier de la crise sanitaire a su mettre en avant les différentes failles juridiques en lien avec l'imprécision et l'incohérence des textes en matière de santé au travail,

---

[627] MINET-LETALLE C., « La responsabilité de l'employeur face au COVID-19 », *JT*, 2021, n° 237, p. 27

[628] *V.* MTEI, *Protocole National pour assurer la santé et la sécurité des salariés en entreprise face à l'épidémie de COVID-19*, 2020, p. 19.

[629] MINET-LETALLE C., « La responsabilité de l'employeur face au COVID-19 », *JT*, 2021, n° 237, p. 27.

mais cette période a également su consacrer une évolution jurisprudentielle majeure, celle de l'obligation de prévention. Les principales sources de l'insatisfaction bilatérale observée chez les acteurs de la santé ont su être identifiées dans cette première partie. La seconde partie s'attachera donc à proposer une rénovation des principes juridiques régissant les rapports entre entreprises et SST. La prévention et la simplification ont représenté le fil conducteur de nos développements.

SECONDE PARTIE : VERS LA CREATION DE NOUVEAUX RAPPORTS ENTRE ENTREPRISES ET SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL

581.- La première partie a permis de mettre en évidence qu'un besoin de clarification et de simplification du droit applicable à la santé au travail s'imposait. La simplification proposée dans ce second développement se décrira sous forme de principes de rénovation dédiés à refonder les rapports entre entreprises et SST. Dans un premier temps, l'étude portera sur les vecteurs d'une meilleure coopération entre entreprises et SST (Chapitre 1). Puis, dans un second temps, nous envisagerons les effets positifs qu'une telle simplification pourrait apporter (Chapitre 2).

Chapitre 1 : Les vecteurs d'une meilleure coopération entre entreprises et SST

582.- Dans la première partie, entreprises et SST faisaient état d'une insatisfaction bilatérale due notamment à un manque de communication. Partant de ce constat, il a fallu trouver des moyens permettant d'améliorer le dialogue et l'échange autour de la santé au travail. En ce sens, dans un premier temps, le recentrage des objectifs des SST autour de la prévention dans son aspect universel et effectif nous a paru primordial (Section 1), Dans un second temps, il nous a paru nécessaire de redéfinir les obligations de chacun en matière de santé au travail de manière beaucoup plus réaliste et précise et ce, dans un objectif de durabilité et d'efficacité dans le temps (Section 2).

Section 1 : De nouveaux rapports fondés exclusivement sur la prévention en santé au travail

583.- La santé au travail doit se recentrer autour de son but premier : celui de la prévention. Au fil des années, trop de paramètres périphériques sont venus troubler les obligations de chacun en matière de santé au travail notamment celui de la responsabilité et de la réparation[630]. Pour replacer la prévention au centre des objectifs, il conviendra, d'une part, d'en proposer une définition claire et universelle (I.). D'autre part, il s'agira de moderniser la mise en place d'actions de prévention en milieu de travail pour en favoriser l'effectivité (II.).

I. La prévention réaffirmée comme clé de voûte de la gestion de la santé au travail

584.- La prévention en tant que clé de voute de la santé au travail doit pouvoir s'appuyer sur deux principes refondés : une redéfinition applicable à tous et applicable par tous (A.) et une

[630] *V.* FANTONI-QUITON S., LEGROS B., « La logique de réparation entrave-t-elle la démarche de prévention des lésions professionnelles ? » *RDSS*, 2010, p. 640, et Première partie, Chapitre 2, I. B. *b) Une politique de prévention sous-tendue par une logique de réparation*.

sensibilisation efficace portée de manière plus générale par l'ensemble des acteurs gravitant autour de la santé au travail (B.).

A- Une définition universelle de la prévention (Principe I)

585.- Replacer la prévention au cœur des obligations des entreprises comme des services de santé au travail (SST) suppose de pouvoir s'appuyer sur une définition de la prévention adaptable à un maximum de situations de manière à pouvoir englober un maximum de risques professionnels identifiés ou non (1). Pour ce faire, il conviendra de cibler cette approche sur le premier niveau de prévention c'est-à-dire la prévention primaire (2). Enfin, pour optimiser ses effets, l'éducation à la prévention et la culture de la prévention devra être érigée en tant qu'objectif principal de la politique gouvernementale (3).

1) Une approche globalisée de la prévention

586.- L'étude du Code du travail, et notamment de son architecture, nous a permis de constater que l'actuel législateur ne donne pas de définition claire de la prévention[631]. La logique choisie est plutôt celle de la répétition des principes généraux au sein des obligations classifiées par catégorie de risques professionnels. Or, cette construction fondée sur la répétition a pour conséquence d'estomper les contours de la prévention à tel point que les acteurs de la santé au travail se retrouvent en difficulté au moment de définir ce en quoi consiste leur mission première. Il semble alors logique que la première étape permettant de rénover les rapports entre entreprises et SST puisse être celle de redéfinir cette notion de prévention en optant pour une approche beaucoup plus globale. Une vision plus générale des obligations permettrait, selon nous, d'englober plus de situations particulières et de risques professionnels connus ou à venir[632].

---

[631] *V.* Partie 1, Chapitre 1, Section 1, I. B. (2) *la prévention, une notion juridique difficile à appréhender.*
[632] De nouveaux risques professionnels émergent régulièrement en fonction du contexte sanitaire et des nouvelles découvertes médicales. Par exemple, les risques psycho-sociaux, les risques liés à la propagation du COVID-19 ou encore au développement du télétravail. Voir en ce sens : Chapitre b*) L'obligation de sécurité au regard de l'émergence de nouveaux risques.*

587.- Aux prémices du développement de la santé au travail[633], l'OMS en 1948 définissait la prévention de la façon suivante : « *la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* »[634]. En voulant prendre en compte cette définition, le législateur, au regard de l'intensification du travail, de l'émergence de nouveaux risques ainsi que du développement de formes atypiques d'emplois (comme par exemple le travail intérimaire, le travail à domicile, le télétravail ou les forfaits jours) a alors été incité à éviter les risques pouvant émerger de chacune de ces situations. En définitive, cette définition s'est déclinée en une segmentation par catégorie de risques professionnels. Le focus sur la prévention en santé au travail a notamment fait partie du leitmotiv de la récente proposition de loi sur la santé au travail. En ce sens, une proposition de loi déposée en décembre 2020 énonce dans ses propos introductifs que « *pour répondre aux enjeux de l'allongement de la vie au travail et aux nouveaux risques professionnels, une culture de la prévention doit prévaloir sur des mécanismes de réparation des atteintes à la santé des travailleurs* »[635].

588.- La loi de 2021[636] qui en a découlé s'intitule à ce propos « *loi pour renforcer la prévention en santé au travail* ». Si la prévention a clairement été au cœur des préoccupations du législateur, aucune définition de la prévention n'est proposée pour autant.

589.- L'objectif du premier principe de rénovation est alors la recherche d'une définition plus globale et universelle. Il vise à établir un socle commun. Cette position implique de chercher une définition au profit d'une application à tous les risques. Cette volonté de globalité avait déjà été évoquée dans un rapport de 2008[637] portant sur l'observation du système de santé et la prévention sanitaire. Ce rapport avait pour mission de se consacrer à l'amélioration de l'état de santé des populations de manière générale et l'accès de chacun à la santé. Il estimait que, « *partant des avantages et des inconvénients des différentes conceptions de la prévention exposée, le professeur San Marco proposa une définition de la prévention qui se veut globale*

---

[633] *V.* Introduction.
[634] FLAJOLET A., Rapport de la Mission au profit du gouvernement, Paris : s.n., 2008, p. 91.
[635] PARMENTIER-LECOCQ C., GRANDJEAN C., CASTANER C., KHATTABI F., CLOAREC-LE NABOUR C., *Proposition de loi n° 3718, pour renforcer la prévention en santé au travail,* déposée le mercredi 23 décembre 2020, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 décembre 2020, p. 27.
[636] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2.
[637] FLAJOLET A., *Rapport de la Mission au profit du gouvernement,* Paris : s.n., 2008, p. 91.

et active dans la mesure où cette prévention serait fondée sur une anticipation positive grâce à la participation de chacun. Une définition de la "prévention globale" entendue comme la gestion de son capital santé Gestion active et responsabilisée par la personne de son capital santé dans tous les aspects de la vie. L'action de promotion de la santé, de prévention des maladies ou d'éducation thérapeutique est déclenchée par un ou des professionnels. Une participation active de la personne, ou du groupe ciblé, est systématiquement recherchée ». Dans cette conception de la prévention proposée, il s'agirait de proposer aux malades une certaine éducation à la santé. Pour mettre en place cette stratégie, des professionnels de la prévention interviendraient sous forme d'action de « *promotion de la santé* ».

590.- Dans notre système de santé au travail, ce principe se transpose par la mise en place d'actions de prévention par l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail. Toutefois, actuellement cette mission est souvent reléguée au second plan derrière le suivi individuel de santé du salarié[638]. Dans ce premier élément de définition, la prévention, doit pouvoir représenter la clé de voute du système de santé au travail en tant que mission première de chacun de ses acteurs. Le suivi de santé ne deviendrait en ce sens qu'un outil permettant d'en dresser le bilan et d'analyser les résultats issus des actions de prévention. Au lieu de définir la prévention sur la base des neuf grands principes généraux[639] par le fait d'éviter, d'évaluer, de combattre les risques, d'adapter le travail à l'homme, ou encore de remplacer ce qui est dangereux par ce qui l'est moins, il suffirait que la prévention se centre avant toute chose sur l'art de prendre l'ensemble des dispositions pour atteindre trois objectifs :

- Préserver la santé et la sécurité des salariés,
- Améliorer les conditions de travail,
- Et tendre au bien-être au travail[640].

591.- Néanmoins, cette démarche ne pourrait se construire sans l'implication de tous les acteurs de la santé au travail concernés et sans tenir compte des spécificités de l'entreprise (taille, ressources, organisation, implantation géographique, etc…). Dans notre proposition de

---

[638] *C. trav.*, art. R. 4624-22 et s.
[639] *C. trav.*, art. L. 4121-2.
[640] Cet objectif est analysé plus loin dans nos développements, Section 2, I., B. *Une politique managériale autour du bien-être au travail.*

définition, les termes *« l'art de »*[641] laissent sous-entendre le recours aux multiples compétences techniques de l'équipe pluridisciplinaire. Cette conception permettrait de regrouper toutes les actions de prévention que l'employeur serait susceptible de mettre en place dans l'entreprise. Pour être efficace, la prévention doit pouvoir s'analyser de manière concrète en fonction de l'environnement et des conditions de travail réelles. Cette approche casuistique n'est pas permise par la définition actuelle du législateur puisqu'en voulant être spécifique à chaque risque, elle en oublie plusieurs aspects.

592.- Par ce caractère universel de la définition de la prévention, chaque entreprise pourra l'adapter à son propre environnement de travail. En effet, si certaines actions peuvent être efficaces dans une entreprise, elles peuvent se révéler inutiles dans une autre. Pour être effective, la prévention doit être synonyme d'adaptation.

593.- L'accord AFB du 30 mai 2016[642] *relatif à la sécurité des points de vente bancaires* peut en illustrer le propos. Cet accord a cherché à sécuriser les points de vente des agences bancaires en faisant état de cinq types de point de vente pouvant exister. L'accord précise alors des règles minimales à adapter en s'appuyant sur une liste d'équipements proposée dans le but de rechercher la combinaison optimale pour la sécurité en fonction de chaque agence bancaire. Il est précisé que pour être efficaces, les mesures de sécurité à mettre en place devront néanmoins se faire en prenant en compte les spécificités et les conditions de travail de chaque agence bancaire peu importe qu'elles appartiennent à un même groupe ou non. La volonté de cibler les trois objectifs[643] de la prévention en santé au travail devient alors nécessaire de manière à ce qu'elle puisse être associée à une stratégie d'intervention claire, précise et surtout adaptable à toutes les situations professionnelles.

594.- L'article L. 4121-1 du code du travail évoque pourtant le nécessaire critère d'adaptabilité applicable en entreprise. Il énonce que « *l'employeur prend les mesures nécessaires pour*

---

[641] « L'art » de manière générale se définit littéralement (Dictionnaire LAROUSSE Edition 2017, Broché, 8 juin 2016, p. 960) par l'« *ensemble des procédés, des connaissances et des règles intéressant l'exercice d'une activité ou d'une action quelconque ».*

[642] Accord du 30 mai 2016 r*elatif à la sécurité des points de vente bancaires*, NOR : ASET1650834M IDCC : 2120, Brochure n° 3161, Convention collective nationale IDCC : 2120, BANQUE.

[643] Rappel de la définition proposée de la prévention : l'art de prendre l'ensemble des dispositions pour atteindre trois objectifs : préserver la santé et la sécurité des salariés, améliorer les conditions de travail et tendre au bien-être au travail.

assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : 1° Des actions de prévention des risques professionnels, y compris ceux mentionnés à l'article L. 4161-1 ;2° Des actions d'information et de formation ;3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes ». Toutefois, le législateur impose à l'employeur d'adapter les moyens de prévention sans forcément lui donner les moyens juridiques de le faire.

595.- Une définition plus globale de la prévention permettrait de la rendre plus effective. Par la suite, il convient de valoriser l'aspect primaire de la prévention de manière à rendre compte de son efficacité.

2) La revalorisation du caractère primaire de la prévention

596.- Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la prévention primaire désigne l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas dans une population saine par la diminution des causes et des facteurs de risque. Selon certains auteurs, « *il prédomine (dans notre système de santé au travail) une approche clinique individuelle centrée autour de la visite d'aptitude. La mission préventive est donc essentiellement orientée vers la prévention tertiaire. En ce sens la médecine du travail est devenue un outil de réparation individuelle* »[644]. Actuellement, l'activité du médecin du travail[645] se cantonne encore trop au suivi individuel de santé.

597.- Le législateur de 2016[646] a permis un certain dégagement du temps médical en permettant de déléguer une partie des VIP[647] aux professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire. Pour autant, le suivi désormais individuel de santé des salariés continue de représenter l'essentiel du système de santé au travail. Jusqu'à présent, l'aspect primaire de la prévention

---

[644] FLAJOLET A., Rapport de la Mission au profit du gouvernement, Paris : s.n., 2008, p. 91.
[645] *C. trav.*, art. L. 4622-1 et s.
[646] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO n° 184, 9 août 2016, texte n° 3, Décr. n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 *relatif à la modernisation de la médecine du travail*, JO n° 302, 29 déc. 2016, texte n° 65.
[647] Visites d'information et de prévention.

des risques professionnels passait après le suivi de santé puisqu'elle était cloisonnée dans le cadre du tiers temps médical restant. Si la réforme de 2016 a permis de dégager du temps médical[648], elle ne va cependant pas assez loin puisqu'une partie des visites concernant les postes à risque restent tributaires d'un avis d'aptitude du médecin du travail. Selon certains auteurs, cette évolution partielle était emprunte d'audace « *en prévoyant de remplacer la visite médicale d'embauche par une visite d'information et de prévention qui devient la règle, en supprimant la visite médicale périodique mais corrélativement en renforçant la surveillance médicale pour les salariés affectés à des postes à risques ou en permettant le renforcement de ce suivi pour les salariés présentant une vulnérabilité particulière, la loi du 8 août 2016 touche sans aucun doute à cette notion extrêmement sensible dans la profession qu'est l'(in)aptitude* »[649].

598.- Le rapport de 2015[650] faisait déjà état d'un besoin d'« *investissement du médecin du travail en faveur de la prévention des risques professionnels* »[651] par le dégagement de temps médical. « *Le rôle du médecin du travail, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire est ici décisif* »[652]. Avant d'entamer un quelconque suivi de santé, il apparait aujourd'hui évident que le médecin du travail et son équipe pluridisciplinaire connaissent l'entreprise. L'intervention en entreprise du médecin du travail avec son équipe pluridisciplinaire doit donc être la priorité visée par les SST.

599.- Pour que le renforcement de la prévention primaire soit efficacement consacré, il conviendrait par exemple de le formaliser dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Les CPOM ont pour fonction de cadrer et de fixer les priorités d'actions du service de santé au travail[653]. Leur valeur contraignante s'impose par le fait que ce contrat est

---

[648] Le dégagement du temps médical a notamment pu s'opérer grâce à la possible délégation des visites d'information et de prévention (VIP) aux professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire. *C. trav.*, art. L. 4121-2 et suivants.
[649] FANTONI S., HEAS F., VERKINDT P.-Y., « La santé au travail après la loi du 8 août 2016 », *Dr. Soc* 2016, p. 921.
[650] IGAS, ISSINDOU M., PLOTON C., FANTONI-QUINTON S., BESSANDON A.-C., GOSSELIN H., *Rapport du groupe de travail "Aptitude et Médecine du Travail"*, 2015, p. 116.
[651] IGAS, ISSINDOU M., PLOTON C., FANTONI-QUINTON S., BESSANDON A.-C., GOSSELIN H., *Rapport du groupe de travail "Aptitude et Médecine du Travail"*, 2015, p. 67.
[652] *Ibid.*
[653] Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012 *relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail.*

signé entre les SST, la DIRECCTE et la CARSAT[654] uniquement après avis des organisations patronales, des partenaires sociaux et des agences régionales de santé. Ils impliquent alors un grand nombre d'acteurs sur le plan national et témoignent d'une volonté commune en matière de santé au travail.

600.- La consécration de la prévention primaire par sa contractualisation au sein des CPOM permettrait d'en formaliser l'aspect prioritaire. De plus, grâce aux CPOM, il est possible de mettre en œuvre des moyens pour répondre aux objectifs fixés en fonction de la géolocalisation des SST. C'est à cette occasion qu'une redéfinition du suivi de santé[655] pourra s'opérer de manière concrète et cohérente de manière à libérer le temps médical. Par conséquent, la consécration de la prévention primaire se concrétiserait par l'identification des risques dans les entreprises et la mise en place d'actions de prévention destinées à les éviter avant même qu'ils ne se soient déclarés.

601.- Pour en illustrer la mise en pratique un exemple peut être donné sur la thématique de la prévention des troubles musculo squelettiques. En effet, selon l'INRS, « *la prévention des TMS passe par un dépistage préalable des situations de travail à risque, puis par une intervention ergonomique. Un diagnostic médical précoce est également important. La démarche de prévention des TMS repose sur 3 principes fondamentaux que sont l'approche globale pour prendre en compte tous les facteurs de risque, la participation de tous les acteurs de l'entreprise et le partage des connaissances ainsi que des compétences* »[656]. Des études ergonomiques démontrent à ce propos que la majorité des troubles TMS peuvent être évités par un diagnostic précoce. Selon certains ergonomes, *« le nombre d'interventions ergonomiques dans le domaine du travail répétitif sont assez limitées (…) La remise en cause, même partielle, des principes organisateurs du travail répétitif dans les entreprises demeure encore très délicate. Ceci peut expliquer le fait que les résultats des interventions menées à ce jour sont globalement plutôt décevants. Les chiffres concernant les TMS imposent de constater l'insuffisance des actions entreprises sur le terrain, que ce soit en nombre et/ou en qualité. Cela conduit nécessairement à dresser un portrait relativement sombre des actions de terrain concernant la prévention des*

---

[654] *C. trav.*, art. L. 4622-10 et s.
[655] *V.* II. A concernant nos propositions de réadaptions du suivi de santé des travailleurs.
[656] INRS, *Troubles musculosquelettiques*, Dossier INRS 2020, 27 p.

TMS, auquel il n'est cependant pas possible de se résigner »[657]. Dans cet exemple, le suivi médical ne sert alors qu'à réduire l'impact d'une problématique déjà déclarée. Or, l'identification au préalable des risques de TMS permettrait tout simplement d'en empêcher l'apparition. La prévention primaire est en ce sens primordiale et dépend de la collaboration entre ses acteurs.

602.- Un autre aspect de l'efficacité de marges d'actions du CPOM doit également être évoqué. Il s'agit de la problématique du pilotage des actions prévues dans ce contrat. En effet, si la prévention primaire peut être érigée en objectif principal, pour les SST, les actions concrètes de mise en application comme celle par exemple de la prévention des troubles musculosquelettiques (TMS) en entreprises, ne seront mises en œuvre efficacement que si elles sont pilotées par les personnes directement investies de cette mission. Cela signifie qu'en tant qu'équipe pluridisciplinaire animée et coordonnée par le médecin du travail, chaque membre de cette équipe doit pouvoir se voir confier une mission en lien avec le CPOM. Ainsi, dans le cadre de l'exemple d'une action TMS, l'ergonome du SST pourrait être investi du pilotage d'une mission relative à la prévention des TMS tout en travaillant avec l'accord du médecin du travail et en coopération avec le reste de l'équipe. L'intervention du médecin du travail est inévitable dans la mise en place de la prévention primaire. Pourtant le pilotage des actions spécifiques gagnerait en efficacité s'il était confié directement aux techniciens compétents. Le renforcement de la prévention primaire dans les objectifs des SST donnerait alors une autre dimension à la santé au travail que celui de l'obligation réglementaire associée à la logique de sanction/réparation ressentie actuellement par les entreprises[658].

603.- La réforme de 2021[659] a rappelé l'importance du pilotage par les CPOM sous plusieurs aspects[660], toutefois, elle ne va pas assez loin dans la mise en œuvre de moyens juridiques permettant d'appliquer le niveau primaire de prévention.

---

[657]COUTAREL F., *La prévention des troubles musculo-squelettiques en conception : quelles marges de manœuvre pour le déploiement de l'activité ?*, thèse en ergonomie, Anthropologie sociale et ethnologie, Université Victor Segalen, Bordeaux II, 2004. Français, p. 417.

[658] *V.* Chapitre 1 de la Partie 1 : Difficultés ressenties par les employeurs impactant leurs rapports avec les SST.

[659] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail*, *JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2.

[660] *Id.*, art. 18 et 35.

604.- Par voie de conséquence, la philosophie qui doit être visée par la consécration de la prévention primaire n'est plus celle de devoir régir les conséquences des risques professionnels mais plutôt d'en éviter l'apparition. Toutefois, cet objectif doit pouvoir être envisagé dans une conception plus réaliste[661].

3) Une définition de la prévention plus proche d'une réalité mouvante

605.- Selon nos premiers développements, la déclinaison de la prévention par la segmentation par catégories de travailleurs nous a semblée insuffisante[662]. L'intensification des rythmes de travail et l'évolution du monde du travail engendrent, de manière constante, l'apparition de nouveaux risques professionnels. La déclinaison de la prévention en catégories de risques suppose donc une mise à jour systématique des règles du Code du travail tributaire de l'apparition de ces nouveaux risques. Pour certains sociologues, « *depuis les années 1990, les conditions de travail se sont peu à peu imposées dans le débat social. Néanmoins, la situation reste critique. Les risques traditionnels n'ont pas disparu : les manutentions lourdes, l'exposition professionnelle aux cancérogènes, au bruit ou aux vibrations demeurent répandues… De plus, certaines « améliorations » n'ont fait que déplacer et dissimuler les problèmes, telle l'externalisation des risques grâce à la sous-traitance. Face à ces évolutions, il est plus que jamais nécessaire que tous les acteurs concernés, en particulier les salariés eux-mêmes et leurs représentants, s'approprient les connaissances indispensables pour améliorer la protection de la santé sur les lieux du travail (…) Reprendre la main sur son propre travail, c'est aussi commencer à reprendre la main sur le monde* »[663].

---

[661] « L'évaluation réaliste vise à comprendre, à partir d'observations empiriques, une intervention, en s'intéressant spécifiquement aux mécanismes sous-jacents de l'intervention et à l'influence du contexte. La revue réaliste, ou synthèse réaliste, est également une démarche évaluative qui utilise les écrits existants pour comprendre une famille d'interventions. Une évaluation réaliste ou une revue réaliste n'est pas une stratégie de recherche à proprement parler. Il s'agit plutôt d'adopter une perspective particulière fondée sur les principes du réalisme critique pour comprendre une intervention ». ROBERT E., RIDDE V., L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique. De la théorie à la pratique, Revue Mesure et évaluation en éducation, volume 36, numéro 3, 2013, pp. 79-108.

[662] *V.* Partie 1, Chapitre 2 Section 1, I. B. (1) *L'impuissance du législateur dans l'encadrement des risques professionnels.*

[663] THÉBAUD-MONY A., DAVEZIES P., VOGEL L., VOLKOFF S., *Les risques du travail, Pour ne pas perdre sa vie à la gagner,* Collection : Hors collection Sciences Humaines, avr. 2015, p. 608.

606.- La redéfinition juridique de la prévention doit, de ce fait, prendre en compte le réalisme mouvant des conditions de travail pour pouvoir être efficace. La santé au travail a déjà trop souffert de l'instabilité juridique des textes la régissant. Une sécurité et une stabilité de la réglementation est actuellement essentielle à la pérennité de cette spécialité. La prévention doit servir à une certaine anticipation des nouveaux risques professionnels. De surcroit, une définition de la prévention plus proche d'une réalité inhérente au monde du travail en constante évolution nous paraît opportune. Plusieurs études ont tenté d'analyser quels pourraient être les métiers de demain. Certains rapports sur l'avenir du monde du travail[664] ont abordé une autre dimension dans la recherche d'une nouvelle définition de la prévention. Si l'exactitude de ces prévisions ne peut évidemment pas être soutenue, ce regard sur l'avenir a toutefois soulevé certaines problématiques et suscité plusieurs réflexions en termes d'adaptabilité.

607.- Plusieurs des hypothèses émises dans ces rapports semblent avoir été établies sur la base de probabilités plutôt cohérentes[665]. La définition de la prévention doit pouvoir s'adapter à toutes les nouvelles situations qu'elles aient pu être prévues ou non. Par exemple, « *dans le bâtiment et les travaux publics, les architectes, les cadres, les techniciens et les agents de maîtrise et, dans une moindre mesure, les ouvriers qualifiés devraient continuer de bénéficier de créations d'emplois à l'horizon 2022. Favorisées par l'augmentation du nombre des ménages, par la rénovation et l'adaptation du parc de logements au vieillissement de la population et à la dépendance et par le développement des normes règlementaires et environnementales, les créations seraient cependant moins nombreuses que lors de la décennie précédente, en raison d'une croissance économique moins forte* »[666]. Dans cette vision des choses, la dimension environnementale pourrait être envisagée.

608.- Poser une définition[667] de la prévention des risques liés aux postes de travail en lien avec l'environnement reviendrait alors à poursuivre la logique actuelle du législateur qui s'est révélée jusqu'à présent plutôt inefficace. Par exemple, selon certaines études, le secteur de l'aide à la personne se verrait influencer par le phénomène de la robotisation, avec

---

[664] DARES, Les métiers en 2022, rapport du groupe Prospective des métiers et qualification, avr. 2015, p. 416. INRS, Modes et méthodes de production en France en 2040 : quelles conséquences pour la santé et la sécurité au travail ?, nov. 2016, p. 72.
[665] *Ibid.*
[666] DARES, *Les métiers en 2022*, rapport du groupe Prospective des métiers et qualification, avr. 2015, p. 98.
[667] En droit, définir suppose de poser un cadre juridique sur une situation permettant de vivre en société.

l'introduction progressive de robots d'assistance physique (RAP). « *La question de la cohabitation de l'homme et du robot sur le lieu de travail et des risques qui en résultent doit d'abord être examinée en fonction des places respectives dévolues à l'homme et à la machine. Ce n'est qu'ensuite que les questions d'organisation du travail et de conséquences sur les risques professionnels peuvent valablement être considérées*/ (…). *L'homme contraint de s'adapter à un mode de production essentiellement conçu en fonction des performances de la machine* »[668]. Dans une autre mesure, d'autres recherches évoquent le fait que cette robotisation pourrait également engendrer une amélioration des conditions de travail *:* « *la part de chacun de ces modèles peut d'ailleurs être simultanément variable selon les secteurs d'activité* »[669].

609.- La suppression du dispositif de catégorisation des risques ou des travailleurs dans l'organisation actuelle des textes législatifs et réglementaires au profit d'une définition unique de la prévention primaire érigée comme objectif commun aux entreprises et aux SST permettrait une certaine adaptabilité à l'évolution du monde du travail et de ses conséquences sur la santé des salariés. Cependant, l'efficacité de ce concept d'adaptation « universelle » est subordonnée au développement des compétences techniques de l'équipe pluridisciplinaire. La connaissance technique qui se développera autour des nouveaux modes de travail représentera, par conséquent, un appui indispensable. La définition juridique de la prévention interviendrait comme un fil directeur. Les actions concrètes mises en place dans les entreprises seront quant à elles spécifiques et adaptées à l'entreprise.

610.- Dès lors**, le premier principe** rénovateur consisterait en une redéfinition de la mission de prévention des SST telle qu'il suit :

La prévention est l'art de prendre l'ensemble des mesures destinées à atteindre trois objectifs :

- préserver la santé et la sécurité des salariés,

- améliorer les conditions de travail

- et tendre au bien-être[670] au travail.

---

[668] Ibid.

[669] INRS, Modes et méthodes de production en France en 2040 : quelles conséquences pour la santé et la sécurité au travail ?, nov. 2016, p. 35.

[670] Cet objectif est analysé plus loin dans nos développements, Section 2, II. B. *Une politique managériale autour du bien-être au travail.*

Le médecin du travail et son équipe pluridisciplinaire ont pour mission principale d'identifier les risques professionnels et de mettre en place des actions de prévention adéquates et spécifiques à l'entreprise[671].

611.- Après avoir proposé une définition universelle et globale de la prévention centrée autour de son aspect primaire, il conviendra d'aborder la question de la sensibilisation à la prévention d'un plus grand nombre d'acteurs (second principe).

B- Une extension du devoir de sensibilisation à la prévention (Principe II)

612.- La prévention doit faire l'objet d'une plus grande valorisation et d'une meilleure communication. Ce besoin de sensibilisation passe, en premier lieu, par une éducation à la prévention dès la formation des futurs travailleurs (1). En second lieu, elle suppose d'impliquer tous les acteurs concernés par la santé au travail dans un sens élargi (2). Enfin, l'Etat doit également s'emparer de cette mission de communication nationale autour de l'intérêt de la santé au travail (3).

1) L'éducation à la prévention dès la formation professionnelle

613.- Le récent rapport sur la santé au travail fait état de certaines défaillances dans l'appréhension de la prévention en santé au travail par ses acteurs. Il évoque que « *dans nombre d'entreprises, employeurs comme salariés sont très inégalement acteurs de leur propre prévention. Les employeurs sont encore souvent guidés par la contrainte administrative et le respect formel d'obligations règlementaires, davantage qu'ils ne le sont par la conviction du lien entre performance globale et santé. Les salariés, quant à eux, apparaissent encore souvent comme des objets de droit, subissant leurs conditions de travail en contrepartie du pouvoir d'organisation exclusif de l'employeur encadré par une obligation de sécurité et non comme des sujets dotés de libre arbitre en capacité de prendre en charge leur environnement de travail*

[671] *V.* Annexe 10 synthétisant l'ensemble des huit principes proposés de rénovation des rapports entre entreprises et SST.

»[672]. L'image de la prévention devrait pouvoir évoluer si une culture de la prévention est mise en place dès la formation des jeunes travailleurs avant qu'ils ne deviennent salariés. Si l'information concernant les mesures de prévention doit être assurée par l'entreprise[673], pour que cette prévention soit réellement efficace, il faut que les salariés y aient été sensibilisés avant qu'ils ne commencent à travailler.

614.- Il s'agirait alors d'intégrer pleinement dans la formation des étudiants et apprentis[674] un module ou un axe de travail sur la prévention en santé au travail et ce, à tous les niveaux d'études et de formations. A titre d'exemple, en faculté de droit les étudiants sont largement amenés à effectuer du travail sur écran. Une première sensibilisation sur les postures à adopter en travail sur écran (à la bibliothèque, en amphithéâtre, etc.) pourrait servir de premier niveau de sensibilisation leur permettant ainsi d'adopter les bons gestes. Cette première étape de sensibilisation précoce permettrait d'aborder la notion des troubles musculosquelettiques (TMS) ou d'autres risques professionnels fréquents. Selon l'Organisation internationale du travail (OIT), les jeunes travailleurs sont le plus souvent exposés aux dangers biologiques notamment dans le secteur de l'économie comme l'agriculture, aux dangers ergonomiques dont les TMS ou encore aux dangers chimiques notamment dans l'industrie[675]. En ce sens, le gouvernement a notamment publié un guide pratique sur la démarche de prévention des TMS. Ce guide reconnait que *« très peu de textes réglementaires sont consacrés à la prévention des troubles musculosquelettiques »*[676]. Néanmoins, à aucun moment ce guide n'évoque la prévention primaire au stade de l'apprentissage ou de l'éducation nationale.

615.- Une première approche de la prévention en matière de santé au travail devrait pouvoir être opérée dès les premières années d'études. Cette sensibilisation des futurs travailleurs

---

[672] LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée,* Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, p. 174.
[673] C. trav., art. R. 4511-6 « Chaque chef d'entreprise est responsable de l'application des mesures de prévention nécessaires à la protection des travailleurs qu'il emploie ».
[674] C. trav., art. L. 6221-1 « Le contrat d'apprentissage est un contrat de travail de type particulier conclu entre un apprenti ou son représentant légal et un employeur. L'employeur s'engage, outre le versement d'un salaire, à assurer à l'apprenti une formation professionnelle complète, dispensée pour partie en entreprise et pour partie en centre de formation d'apprentis ou section d'apprentissage. L'apprenti s'oblige, en retour, en vue de sa formation, à travailler pour cet employeur, pendant la durée du contrat, et à suivre cette formation ». L. n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, JO n° 205, 6 sept. 2018, texte n° 1.
[675] OIT, *Améliorer la sécurité et la santé des jeunes travailleurs*, 28 avril 2018, p. 8.
[676] Ministère de la décentralisation et de la fonction publique, *Guide pratique, Démarche de prévention des troubles musculosquelettiques (TMS),* édition 2015, p. 10.

semble aujourd'hui incontournable surtout au niveau des métiers manuels. Selon les statistiques les plus récentes, les apprentis « *représentent la moitié de la population active des moins de 20 ans, sont à l'origine de la moitié des AT. Ainsi, le statut d'apprenti ne semble pas être associé à un risque d'AT plus important. La décroissance du risque avec l'âge s'observe pour toutes les catégories socioprofessionnelles mais elle est plus marquée chez les ouvriers* »[677]. Certains apprentis sont d'ores et déjà sensibilisés au cours de leur formation aux postures à adopter ou bien à l'utilisation des machines par exemple. En revanche, leur formation à la prévention, lorsqu'elle existe, n'aborde à ce jour, la question que d'une manière encore trop théorique et abstraite. Il conviendra alors dans ce domaine de renforcer le caractère réaliste de la prévention en y intégrant les expériences du terrain.

616.- La prévention est particulièrement importante dans les métiers de manutention puisqu'elle permet d'éviter de lourds accidents. La confrontation des futurs ouvriers aux risques professionnels qu'impliquent les métiers qu'ils envisagent de réaliser permettrait d'une part de leur donner une vision plus réaliste de ce que représentent ces métiers et d'autre part de dépister certaines réticences ou craintes.

617.- Dans l'exemple suivant relaté par un employeur, une simple mise en situation dès la formation de l'apprenti aurait permis de le confronter au travail en hauteur et donc de dépister la peur du vide du salarié. Un apprenti couvreur sortant d'une formation de renom a été embauché en contrat à durée déterminée (CDD) à la suite de son diplôme par une entreprise en relation avec cette école. Cependant, une fois en situation, il s'est avéré que l'apprenti avait le vertige. L'employeur lui-même a alors dû intervenir pour secourir le salarié au risque d'un accident. L'apprenti avait pourtant reçu toute la formation technique nécessaire mais il n'avait jamais été confronté au travail en hauteur. Cette situation aurait pu avoir une issue dramatique malgré le fait que l'employeur avait sensibilisé le salarié aux mesures de prévention nécessaires. Cette sensibilisation prématurée à la prévention dès la formation des futurs travailleurs trouverait son intérêt multiplié si elle était organisée d'ores et déjà avec la collaboration des SST. Un premier contact entre les futurs salariés et les SST pourrait ainsi représenter une première étape vers la création d'une relation de confiance.

---

[677] DARES résultats, Les accidents du travail et les accidents de trajet, Toujours plus fréquents chez les ouvriers, malgré une tendance globale à la baisse, juill. 2016, n° 39, p. 9.

618.- La culture de la prévention doit alors s'intégrer dans toutes les formations professionnelles et ce peu importe le parcours professionnel en jeu. Lorsque le jeune formé fera son entrée dans le monde du travail, l'information de l'entreprise concernant les mesures de prévention aura plus d'impact puisqu'aux niveaux des règles générales, le salarié aura été averti et confronté au plus tôt aux risques professionnels de son emploi. Cette mesure semble indispensable aujourd'hui au regard des travaux réalisés sur la santé des jeunes travailleurs. Une étude épidémiologique réalisée par l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) révèle que « *les jeunes de moins de 25 ans formés en santé et sécurité au travail pendant leur scolarité ont 2 fois moins d'accidents du travail que les autres. Réalisée sur 5 ans dans 7 régions de France, cette étude montre la pertinence d'intégrer un enseignement en santé au travail dans l'ensemble des formations initiales. En France, la fréquence annuelle des accidents du travail pour l'ensemble des salariés tous secteurs d'activités confondus est d'environ 4 %. Chez les jeunes de moins de 25 ans, cette fréquence est de 10 %, soit 2,5 fois plus importante. C'est lors de la période de transition de l'école vers la vie active que cette population est la plus vulnérable car elle est à la fois jeune et nouvelle dans l'emploi* »[678].

619.- Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer cette surexposition aux accidents du travail. Les jeunes sont vraisemblablement plus vulnérables de par leur manque d'expérience ou de maturité[679]. Ils sont par ailleurs affectés aux postes les plus risqués. Des hypothèses corroborées par d'autres travaux de recherche, qui montrent que les salariés ne sont pas exposés aux conditions de travail de façon uniforme selon leur âge[680].

620.- Selon l'OIT, « *intégrer la sécurité et la santé au travail à l'enseignement général et professionnel est un moyen très efficace de mieux sensibiliser les jeunes travailleurs et les jeunes employeurs et de renforcer leurs connaissances et compétences dans ce domaine. Les jeunes représentant l'avenir de la société et jouant un rôle moteur en matière de changement culturel, des informations de base sur la SST devraient être intégrées aux programmes*

---

[678] INRS, Etude épidémiologique, Accidentologie des jeunes travailleurs Recevoir un enseignement en santé et sécurité au travail réduit le risque d'accidents du travail chez les moins de 25 ans, 2018, p. 7.
[679] DARES résultats, *Les accidents du travail et les accidents de trajet, Toujours plus fréquents chez les ouvriers, malgré une tendance globale à la baisse*, juill. 2016, n° 39, p. 9.
[680] INRS, Etude épidémiologique, Accidentologie des jeunes travailleurs Recevoir un enseignement en santé et sécurité au travail réduit le risque d'accidents du travail chez les moins de 25 ans, 2018, p. 7. ; Ministère de la décentralisation et de la fonction publique, Guide pratique, Démarche de prévention des troubles musculosquelettiques (TMS), édition 2015, p. 10.

scolaires, aux formations techniques et aux programmes éducatifs élaborés par des organisations de la société civile. Cela contribuerait à garantir que les jeunes sont conscients de la nécessité de protéger leur sécurité et leur santé, et de leur droit à œuvrer en ce sens »[681].

621.- En consacrant la prévention dès la formation des futurs travailleurs, il s'agira de sensibiliser dès les premières approches du monde du travail. Par la suite, les conseils de prévention effectués par le SST après une évaluation des risques en collaboration avec l'entreprise trouveront plus de résonnance. Cette intégration de la santé au travail dès la formation et en collaboration avec les SST est destinée à inciter par la suite plus facilement la même collaboration avec les entreprises.

622.- Si la culture de la prévention doit être initiée dès la formation professionnelle des futurs travailleurs pour pouvoir être mieux assimilée une fois dans le monde du travail, l'élargissement du nombre d'acteurs chargés de sensibiliser à la mise en place de la prévention des risques professionnels pourrait également concourir à un aspect plus global et universel de la prévention.

2) Rassembler les acteurs chargés de la sensibilisation à la prévention grâce aux SSTI

623.- Nos premières observations[682] ont été de constater que les entreprises ont souvent le sentiment d'être seules face la prévention de la santé au travail. En intégrant la prévention à tous les niveaux de l'environnement de travail, la responsabilité de la culture de la prévention serait partagée entre l'entreprise et les autres acteurs de la prévention. Plus il y aura d'acteurs chargés de communiquer autour de la prévention plus l'aspect préventif sera pleinement intégré dans l'univers du travail et y trouvera son intérêt. Les SSTI joueraient ainsi le rôle d'intermédiaire de l'ensemble des acteurs de la prévention. Pour que la sensibilisation à la prévention des risques professionnels soit efficace, certaines connaissances spécifiques et techniques sont nécessaires. Actuellement, les entreprises sont plutôt seules pour assurer cette

---

[681] OIT, *Améliorer la sécurité et la santé des jeunes travailleurs*, 28 avr. 2018, p. 17.
[682] *V.* Partie 1, Chapitre 1, Section 1, *les difficultés ressenties par les entreprises.*

mission[683]. En partageant l'obligation de formation[684] et de sensibilisation à la prévention entre tous les acteurs de la santé au travail, la prévention pourrait enfin obtenir son caractère universel dans le sens où elle pourrait être intégrée à tous les niveaux et contextes de l'environnement de travail.

624.- Ainsi par exemple, dans le secteur du bâtiment le maitre d'ouvrage « *est la personne pour laquelle l'ouvrage est construit. Responsable principal de l'ouvrage, il remplit dans ce rôle une fonction d'intérêt général dont il ne peut se démettre* »[685]. En ce sens, le législateur missionne « *le maître d'ouvrage, le maître d'œuvre et le coordonnateur en matière de sécurité et de protection de la santé mentionné à l'article L. 4532-4 de mettre en œuvre, pendant la phase de conception, d'étude et d'élaboration du projet et pendant la réalisation de l'ouvrage, les principes généraux de prévention énoncés aux 1° à 3° et 5° à 8° de l'article L. 4121-2* »[686]. En, pratique, des formations en santé au travail sont proposées par l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP)[687] aux salariés chargés d'affaires, chefs de projets, maitre d'ouvrages ou maitre d'œuvre afin de leur permettre d'être capables d'établir les principes généraux de prévention dans les différentes phases d'avancement du projet et de coordonner les différents acteurs de la prévention. Pour renforcer cette volonté de généralisation de la prévention à tous les acteurs collaborant avec l'entreprise, ces formations devraient pouvoir être proposées en partenariat systématique avec le SST. Dans cette illustration, la sensibilisation à la prévention trouve son intérêt dans le fait qu'elle peut atteindre tous les acteurs du chantier.

625.- Le SST doit pouvoir être érigé comme le partenaire incontournable lorsqu'il s'agit de sensibiliser à la prévention. De la même manière, une autre illustration peut concerner les agences d'emploi[688]. Lorsque les entreprises font appel aux agences d'emploi pour recruter des salariés intérimaires et répondre à la demande de main d'œuvre, la sensibilisation à la

---

[683] *V.* Partie 1, Chapitre 1, Section 1, I. B. (2) *L'employeur, garant exclusif de la prévention par la formation.*
[684] *C. trav.*, art. L. 6313-1.
[685] Art. 2 L. n° 85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maitrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maitrise d'œuvre privée, JO 13 juill. 1985.
[686] *C. trav.*, art. L. 4531-1.
[687] Diverses formations sont proposées notamment sur le site internet de l'OPPBTP ; *V.* à l'URL suivante : <https://www.oppbtp.com/>.
[688] Les agences d'emploi ou plus couramment appelée « agences intérimaires » répondent aux attentes de recrutement des entreprises pour remplacer un salarié absent ou faire face à une augmentation de l'activité par exemple.

prévention de ces salariés ne devrait pouvoir se faire que par l'intermédiaire du SST auquel l'agence adhère[689]. En effet, le SST représente le préventeur le plus à même de connaitre les différentes entreprises utilisatrices pour lesquelles un salarié intérimaire peut être amené à travailler. Actuellement des organismes périphériques comme le Fonds d'action sociale des travailleurs temporaires (le FASTT)[690] mènent déjà des actions de sensibilisation[691]. Cependant ces sensibilisations ne s'organisent pas toujours en associant le SST. Un renforcement des collaborations entre ces différents acteurs permettrait d'accroitre l'impact de la sensibilisation sur l'ensemble des salariés.

626.- D'autant plus que cette mission de sensibilisation fait pleinement partie de l'offre de service des adhérents aux SST, elle n'engendre pas de facturation supplémentaire[692]. La clarification de la présentation de l'offre socle des SST fait d'ailleurs partie de la récente proposition de loi en santé travail[693]. En ce sens, « *l'article 8 prévoit que le service de prévention et de santé au travail fournit à ses entreprises adhérentes et à leurs travailleurs un ensemble socle de services obligatoires en matière de prévention des risques professionnels, de suivi individuel des travailleurs et de prévention de la désinsertion professionnelle, dont la liste et les modalités sont définies par le comité national de prévention et de santé au travail. Il prévoit également comment les SPST feront l'objet d'une procédure de certification de la qualité du service rendu, de leur organisation et des cotisations et éléments tarifaires afférents* ».

627.- Il est vrai que les missions proposées par les SST sont souvent méconnues par les entreprises et les salariés. Une clarification des missions proposées permettrait de rappeler que la prévention primaire fait également partie du rôle des SST.

---

[689] Un travailleur intérimaire dispose du même suivi de santé au travail que tout autre salarié. *C. trav.*, art. R. 4625-8 et s.

[690] Le FASTT invente, conçoit, met en œuvre, pour l'ensemble des salariés intérimaires, des aides, des services, des solutions pour faciliter leur vie quotidienne et sécuriser leur vie professionnelle. Logement, santé, prévention, mobilité, budget, famille, social, le FASTT est la plateforme d'animation de la politique sociale au bénéfice des intérimaires. Source : <www.fastt.org>.

[691] Par exemple, l'évènement Prev'Intérim est une matinée dédiée à la sensibilisation à la prévention en santé au travail chez les salariés intérimaires. A l'occasion de la dernière édition, sept thématiques ont pu être abordées telles que les enjeux de la prévention, les retours d'expérience ou encore les initiatives à renforcer pour la prévention. FASTT Matinée Prév'Intérim, 3ème édition, 27 janvier 2021.

[692] *C. trav.*, art. L. 4622-2 et s.

[693] PARMENTIER-LECOCQ C., GRANDJEAN C., CASTANER C., KHATTABI F., CLOAREC-LE NABOUR C., *Proposition de loi n° 3718 , pour renforcer la prévention en santé au travail,* déposée le mercredi 23 décembre 2020, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 décembre 2020, p. 27.

628.- Lorsque les missions de chacun sont clarifiées il est alors possible de mettre en place des projets collaboratifs en faveur de la prévention. Ainsi, par exemple, dans le prolongement de cette idée, un groupe de travail a été mis en place dans la région Grand Est réunissant directeurs de SSTI et représentants des agences d'emploi (groupe auquel le FASTT a été invité à participer) dans le but de réfléchir à améliorer les relations entre SST et agences d'emploi[694] et surtout de proposer un meilleur suivi de santé des salariés intérimaires. Une « charte de bonne conduite » a été construite en collaboration avec les agences d'emploi et les SST participants. Cette charte pourrait représenter un exemple concret de l'importance pour les entreprises (en l'occurrence les agences d'emploi) de communiquer sur la prévention en collaborant avec les SST.

629.- Si la sensibilisation à la prévention des risques professionnels doit indéniablement être véhiculée avec la participation presque systématique du SST pour être efficace, une implication plus significative de l'Etat au travers de campagne de sensibilisation est également nécessaire pour que cette culture universelle de la prévention soit pleinement intégrée. Actuellement, l'Etat prend conscience au fur et à mesure de l'importance de la prévention au moins concernant certains domaines de la santé au travail mais il conviendrait d'accentuer cette prise en compte et son action.

3) L'implication étatique indispensable à la consécration de la prévention en santé au travail

630.- Les rapports parfois conflictuels entre SST et entreprises sont souvent issus de la méconnaissance des missions de chacun[695]. La réduction de la santé au travail à une simple obligation administrative associée aux difficultés des services à répondre aux demandes de visite ne fait qu'accroitre cette méconnaissance. Or, la mission première des SST comme celle des entreprises est bel et bien la prévention de la santé au travail. Toutefois, en enfermant les services de santé dans l'image d'un simple prestataire de visite médicale[696], l'aspect préventif n'apparait plus dans les débats. La communication vers les entreprises doit être plus largement

---

[694] Groupe de travail dirigé par le Médecin Inspecteur Régional du travail le Dr LEONARD, auquel nous avons participé avec plusieurs directeurs de SST de la grande région.
[695] *V.* Partie 1, Chapitre 1 I. B. *1- Un manque de communication entre entreprises et SST.*
[696] *C. trav.*, art. R. 4624-10.

être mis en œuvre. Une campagne d'information sur les missions générales des SST par l'Etat permettrait d'accroitre l'impact de cette communication. De nos jours, la spécialité de médecine du travail et les missions des SST sont très peu connues à tel point qu'il n'est pas rare que l'opinion publique associe les SST à la Fonction publique[697]. Une large communication à l'échelle nationale doit être entamée sur l'importance de la prévention en santé au travail et sur l'alliance nécessaire des entreprises avec leur SSTI. L'explication des missions de chacun en matière de santé au travail doit représenter un objectif national en termes de communication.

631.- La communication autour de la santé au travail ne semble pas être une priorité nationale, pourtant la prévention de la santé a fait partie des axes principaux du Plan santé travail 2016-2020[698]. Ainsi, parmi les objectifs prévus, le premier axe stratégique de ce plan santé travail était de « *donner la priorité à la prévention primaire et au développement de la culture de la prévention. Tout d'abord, le PST 3 a pour ambition de mettre la prévention au cœur des préoccupations relatives au travail. À rebours d'une vision centrée sur la réparation et donc d'un travail avant tout potentiellement pathogène, le PST remet le travail au centre des préoccupations et la culture de prévention au cœur de toutes les actions. La culture de prévention fait ainsi l'objet d'actions visant à la développer, mobilisant les leviers essentiels que sont l'information, la formation, l'évaluation des risques et la conception des environnements de travail* ». A ce sujet l'action numérotée 1.3 est de manière explicite intitulée « *Informer et communiquer* ». Plusieurs orientations sont proposées dont celles de « mettre en œuvre une stratégie et un programme de communication pluriannuels coordonnés entre les principaux acteurs de la prévention ». Or, cette coordination ne peut être étendue que par l'implication des organismes étatiques. De la même manière, le rapport Lecocq évoque l'idée de « *relayer des actions prioritaires de la politique de santé, notamment des campagnes nationales d'information ou de formation, ou prévoir des actions propres au champ professionnel ou interprofessionnel concerné et visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer les conditions de vie au travail et la santé des salariés* »[699].

---

[697] Propos relevant de l'expérience du terrain.
[698] Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, *Plan Santé Travail 3*, 2016-2020, 2015, 72 p.
[699] LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, p. 174.

632.- La mise en place de campagnes de sensibilisation autour de la santé au travail par l'Etat est actuellement insuffisante. Dans ses observations sur les jeunes travailleurs l'Organisation internationale du travail (OIT) affirme que « *pour faire progresser sensiblement la sécurité et la santé au travail pour les jeunes, disposer de meilleures données et de lois et politiques répondant aux besoins de cette population ne suffit pas. Il faut aussi que l'ensemble des mandants tripartites et des parties prenantes concernées participent au renforcement des capacités.* (…) *Les gouvernements et les organisations d'employeurs devraient s'assurer que les employeurs ont accès à des directives expliquant clairement comment s'acquitter de ces obligations importantes, ainsi qu'à la formation. Les directives devraient fournir des orientations aux niveaux national, sectoriel et de l'entreprise* »[700].

633.- Par conséquent, le devoir de sensibilisation autour de la prévention en santé travail doit être l'œuvre de tous les acteurs concernés et doit notamment être véhiculé par l'Etat. Cette implication étatique permettra alors de participer à la rénovation de l'image de la santé au travail dans son aspect global et l'aspect universel de sa prévention.

634.- **Le second principe** permettant de rénover les rapports entre entreprises et SST serait alors consacré au développement de la communication autour de la prévention en matière de santé au travail de manière à mettre en place une démarche de sensibilisation basée sur une réelle coalition entre les SSTI et les entreprises. Cette sensibilisation doit être relayée dès la formation des futurs travailleurs et par des campagnes d'information nationale.

635.- La recentralisation de la prévention dans les priorités de chacun par une redéfinition à vocation universelle doit pouvoir faire l'objet d'une meilleure communication de la part de tous les acteurs de la santé au travail au sens large. Ainsi, en apportant une meilleure communication sur la prévention de la santé au travail par une définition plus facile à appréhender le rôle et les missions de chacun sont clarifiés. Pour replacer la prévention au cœur du système de santé au travail, il convient de moderniser l'organisation de ses actions.

---

[700] OIT, *Améliorer la sécurité et la santé des jeunes travailleurs*, 28 avr. 2018, p. 14.

II. Une modernisation de l'organisation des actions de prévention dans les entreprises

636.- D'après les récents rapports[701] en santé travail, la modernisation du système de santé au travail s'entend par un maintien de l'organisation existante des équipes pluridisciplinaires en ce qu'elles représentent des interlocuteurs de proximité en lien direct avec les entreprises. Toutes les observations faites en première partie ont permis de tirer plusieurs conclusions. Les actions de prévention sont aujourd'hui encore trop peu nombreuses. Il convient alors de proposer des solutions permettant d'en faciliter la mise en place (3ème principe), (A.). Rendre de compte des atouts de la prévention de façon plus réaliste permettrait d'en inciter la mise en place dans les entreprises (4ème principe), (B.)[702].

A- Faciliter la mise en place des actions de prévention (Principe III)

637.- La mise en place des actions de prévention dans les entreprises doit pouvoir être facilitée. L'intérêt de l'action en milieu de travail a pu être démontré dans la première partie notamment au niveau des compétences techniques que l'équipe pluridisciplinaire peut apporter au médecin du travail et à l'entreprise au niveau de l'évaluation des risques professionnels. Certains aspects doivent être renforcés comme la collaboration entre le médecin du travail avec son équipe pluridisciplinaire (1). Par la suite, une meilleure identification des risques professionnels propre à chaque entreprise doit être plus systématique (2). Enfin, les actions de prévention doivent se diversifier en proposant notamment un socle de services plus complet (3).

---

[701] LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, p. 174.

[702] *V.* Annexe 10, la liste de nos huit principes rénovateurs proposés.

1) Le médecin et l'équipe pluridisciplinaire : une collaboration à renforcer

638.- La réforme de 2011[703] a créé les équipes pluridisciplinaires en santé travail[704]. Le gouvernement[705] expliquait que « *cette réforme donnait les moyens à la médecine du travail d'évoluer et de se moderniser pour répondre à de nouveaux défis comme la prévention de la pénibilité du travail ou la désinsertion professionnelle mais aussi aux risques liés à de nouvelles formes d'organisation du travail, comme les risques psychosociaux et les troubles musculosquelettiques* ». Dès lors, une première porte vers la modernisation des actions de prévention est ouverte. Par la suite, le rôle de cette équipe pluridisciplinaire s'est étoffé par l'extension de son champ d'action et de compétence. Par exemple, en 2015 l'équipe pluridisciplinaire s'est vue octroyer la possibilité de rédiger des fiches d'entreprise[706]. Il a alors été question depuis 2011[707], de supprimer la simple médecine du travail au profit d'une offre de service diversifiée que représentent aujourd'hui les services de santé au travail (SST)[708].

639.- Néanmoins, cette collaboration entre médecin du travail et équipe pluridisciplinaire gagnerait actuellement à se développer. Les médecins du travail ne délèguent pas encore suffisamment de missions aux membres de l'équipe pluridisciplinaire. En 2016, certains rapports soulignaient déjà l'existence de « *modalités variables d'organisation du travail au sein des SST qui conduisent notamment à des interventions plus ou moins marquées sur les actions de prévention primaire et de prévention de la désinsertion professionnelle ainsi qu'en milieu de travail. Malgré ces évolutions positives, le déploiement de la pluridisciplinarité n'a pas encore atteint tous ses objectifs. La mission souligne la grande hétérogénéité dans la façon dont la pluridisciplinarité s'est mise en place y compris dans son pilotage* »[709].

---

[703] Décr. n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail pris pour l'application des articles 1er, 3 et 4 de la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, JO n° 23, 31 janv. 2012, texte n° 36.
[704] *C. trav.*, art. L. 4624-4 et s.
[705] BERTRAND X., Parution des décrets d'application de la loi du 20 juillet 2011 sur la réforme de la médecine du travail, Communiqué de presse du Ministère du Travail, de l'emploi et de la Santé, 2 févr. 2012.
[706] *C. trav.*, art. R. 4624-1.
[707] L. n° 2011-867 du 20 juillet 2011 *relative à l'organisation de la médecine du travail, JO* n° 170, 24 juill. 2011, texte n° 1.
[708] *C. trav.*, art. L. 4622-4 et s.
[709] IGAS, ISSINDOU M., PLOTON C., FANTONI-QUINTON S., BESSANDON A.-C., GOSSELIN H., *Rapport du groupe de travail "Aptitude et Médecine du Travail"*, 2015, p.116.

640.- Le plan santé travail 2016-2020[710] a confirmé cette impression en évoquant que « *les SST constituent numériquement le premier réseau de prévention intervenant dans les entreprises, via les équipes pluridisciplinaires de santé. À ce titre, ils jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des entreprises dans la mise en œuvre de leur évaluation des risques* ». Ainsi, l'action 3.5 du PRST 3 s'intitule explicitement « *Renforcer les SST* ». L'objectif de cette action était de « *poursuivre la réforme des SST afin de renforcer l'efficacité préventive des actions de suivi de l'état de santé des salariés et des actions menées en milieu de travail* » mais également « *de conforter les ressources des membres de l'équipe pluridisciplinaire en renforçant l'offre de formation en direction notamment des infirmières en santé au travail et des médecins collaborateurs* »[711].

641.- La réforme de 2016[712] a marqué une nouvelle étape vers le déploiement de l'équipe pluridisciplinaire notamment concernant les missions des infirmiers en santé travail. Selon certains auteurs, *« si la fonction du médecin du travail y est à nouveau définie, en particulier comme "animateur et coordonnateur de l'équipe pluridisciplinaire", il lui est cependant reconnu le droit de confier certaines activités sous protocole écrit aux membres de l'équipe pluridisciplinaire et, en particulier, aux infirmières. On caractérise par cette voie la mesure de la délégation du médecin. Ce protocole qui maintient sa responsabilité médicale ne se met en place que dans le cadre de certaines de ses activités et dans la limite des compétences des professionnels de santé* »[713]. Celle de 2021[714] ouvre la possibilité d'étendre l'équipe pluridisciplinaire avec l'intégration d'auxiliaires médicaux.

642.- Toutefois, ces mesures sont insuffisantes. Un rapport récent[715] a proposé un concept intéressant : la création d'une école de santé au travail. Cette école « *de santé au travail, ou département spécialisé de la structure nationale dédiée à la prévention des risques et à la*

---

[710] Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, *Plan Santé Travail 3,* 2016-2020, 2015, p. 72.
[711] *Ibid.*
[712] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.
[713] HIGOUNENC C., LATTES J.-M., « Les relations médecins-infirmiers dans la loi du 20 juillet 2011, incertitudes et ambiguïtés », *Dr. soc.* 2014, p. 661.
[714] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2.
[715] IGAS, ISSINDOU M., PLOTON C., FANTONI-QUINTON S., BESSANDON A.-C., GOSSELIN H., *Rapport du groupe de travail "Aptitude et Médecine du Travail"*, 2015, p. 117.

promotion de la santé au travail, permettrait d'émettre des doctrines partagées, de certifier des compétences pluridisciplinaires en prévention de façon universitaire, de conduire des recherches appliquées en santé au travail appuyées sur des pratiques de prévention "evidence based" comme c'est le cas aujourd'hui pour l'ensemble du secteur de la santé. Il ne s'agirait pas de créer un lieu nouveau avec son bâtiment, ses enseignants, ses diplômes, ni de supplanter l'offre universitaire ou de formation privée (par ailleurs foisonnante et plus ou moins évaluée s'agissant de cette dernière), mais d'une tête de réseau légère, dotée d'une légitimité statutaire solide, chargée du développement et de la coordination des formations en santé au travail »[716].

643.- Pour autant, si une mise en commun des spécialités en matière de santé au travail permettrait de développer les formations et les compétences techniques des équipes pluridisciplinaires, le renforcement de leurs missions au sein du SST doit également se démocratiser. L'appui de l'équipe pluridisciplinaire doit être systématiquement mobilisé par le médecin pour les raisons suivantes. D'une part, la collaboration avec l'infirmier en santé au travail n'est aujourd'hui pas assez développée. Certains médecins refusent encore de déléguer leurs visites et beaucoup d'autres décident d'en conserver une majorité. Par exemple, dans certains services, les médecins ont décidé de réaliser toutes les visites d'information et de prévention (VIP) initiales et refusent de déléguer les VIP[717] destinées aux femmes enceintes et aux chauffeurs poids lourds. Certains médecins continuent également de maintenir la périodicité des visites à deux ans pour une majorité de salariés[718].

644.- D'après le réseau Présance représentant les SST, la répartition des effectifs des salariés des SST témoigne d'un développement encore trop discret de la pluridisciplinarité. En 2017, les effectifs de la branche santé travail hors spécialistes du BTP ont connu une légère progression de 2 % par rapport à 2016 pour atteindre 16 578 personnes physiques. La répartition des salariés des SST est la suivante[719] :

---

[716] Ibid.
[717] *C. trav.*, art. 4624-10 et s.
[718] Propos relevés de l'expérience du terrain.
[719] Chiffres issus d'une enquête réalisée par PRESANCE, s'appuyant sur un échantillon de 153 SSTI représentant 14668 personnes physiques soit 89 % des effectifs de la branche hors spécialistes BTP. PRESANCE, *Informations mensuelles*, Rapport de la banche., févr. 2018, p. 10.

645.- Tableau récapitulatif des effectifs des SST recensés par Présance en 2018 :

GROUPE D'EMPLOIS	POURCENTAGE DES EFFECTIFS EN 2017	EVOLUTION PAR RAPPORT A 2016
MEDECINS DU TRAVAIL et COLLABORATEURS MEDECINS	29 %	-2 %
INFIRMIERS EN SANTE TRAVAIL	9 %	+13 %
SECRETAIRES MEDICAUX	25 %	-1 %
ASSISTANTS EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE	5 %	+8 %
ASSISTANTS SANTE TRAVAIL	7 %	+5 %
PREVENTEURS	9 %	+4 %
FONCTIONS SUPPORT	16 %	+3 %

646.- En analysant ces données[720], on observe une progression des compétences pluridisciplinaires dans la répartition des salariés des SSTI. Néanmoins, le développement des compétences techniques gagnerait à se diversifier. Plus concrètement, chaque SST devrait pouvoir proposer aux entreprises adhérentes une équipe pluridisciplinaire pouvant répondre aux besoins spécifiques des secteurs d'activité des entreprises adhérentes. A ce titre, la récente proposition de loi sur la santé au travail propose de développer « *la transparence sur la gestion et les tarifs pratiqués et de renforcer les mécanismes de direction et d'animation de l'équipe pluridisciplinaire, en permettant aux différents acteurs d'y prendre part* »[721].

647.- En effet, en proposant une pluridisciplinarité adaptée et choisie en fonction des domaines d'activités des entreprises adhérentes, la prévention pourrait être mieux ciblée et pourrait mieux

[720] Chiffres issus d'une enquête réalisée par PRESANCE, s'appuyant sur un échantillon de 153 SSTI représentant 14668 personnes physiques soit 89 % des effectifs de la branche hors spécialistes BTP. PRESANCE, *Informations mensuelles*, Rapport de la banche. fevr. 2018, 10 p.

[721] PARMENTIER-LECOCQ C., GRANDJEAN C., CASTANER C., KHATTABI F., CLOAREC-LE NABOUR C., *Proposition de loi n° 3718 , pour renforcer la prévention en santé au travail*, déposée le mercredi 23 déc. 2020.

correspondre aux attentes des entreprises. Certains auteurs en affirment le propos : « *expert du lien santé travail spécialiste et conseiller, le médecin du travail aidé de son équipe pluridisciplinaire est appelé à avoir un rôle plus important face aux évolutions du droit et du travail si tant est qu'il sache se positionner sur la multitude d'opportunités que le législateur lui fournit pour cela. De ce point de vue, si le droit de la santé au travail peut apparaître affaibli à certains égards, de nouvelles opportunités sembleraient toutefois possibles* »[722].

648.- L'objectif du déploiement de l'équipe pluridisciplinaire est de pouvoir proposer un service adapté aux besoins des entreprises en matière d'identification des risques. L'amélioration des rapports entre SSTI et entreprises passent par une meilleure compréhension et communication entre ces deux acteurs. Or, les équipes pluridisciplinaires sont représentatives d'un service de proximité en lien direct avec les entreprises. Ainsi, la mise en place des actions de prévention utiles à l'entreprise doit se fonder sur une meilleure identification des risques par ces équipes notamment axée sur les très petites et moyennes entreprises (TPE/PME).

2) Une meilleure identification des risques nécessaire notamment au sein des PME/TPE

649.- La modernisation des actions de prévention en santé travail passe par une meilleure identification des risques par les SST et les entreprises. Les SST ont pour obligation de réaliser la fiche d'entreprise dans l'année d'adhésion[723] de l'entreprise. De leur côté les entreprises n'ont pour obligation de répertorier les risques professionnels que dans le document unique[724].

650.- Toutefois, ces obligations respectives sont difficilement respectées en pratique. Concernant la fiche d'entreprise, les données sont rares. Un pourcentage approximatif

---

[722] FANTONI S., HEAS F., « Les réformes en droit du travail : affaiblissement ou opportunité pour le droit de la santé au travail ? », *Dr. soc.*, 2018, p. 202.
[723] *C. trav.*, art. D. 4624-38 : « Pour les entreprises adhérentes à un service de santé au travail interentreprises, la fiche d'entreprise est établie dans l'année qui suit l'adhésion de l'entreprise ou de l'établissement à ce service ».
[724] *C. trav.*, art. R. 4121-1 : « *l'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il procède en application de l'article L. 4121-3. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement* ».

d'environ 25 % représenterait le nombre de fiches d'entreprise existantes, créées ou mises à jour en 2012[725]. Ces indicateurs révèlent une faiblesse significative dans l'identification des risques tant du côté des entreprises que des SST, faiblesse d'autant plus marquée chez les TPE/PME. Néanmoins, les bilans des conditions de travail plus récents n'éditent aucune autre statistique plus récente en la matière.

651.- Concernant les documents uniques les indicateurs de la DARES sont plus récents. Les statistiques révèlent que le document unique reste presque systématique dans les entreprises au-delà de 50 salariés et peu présent dans les petits établissements. *« Malgré l'obligation légale, seuls 45 % des employeurs interrogés en 2016 ont élaboré ou actualisé un DUER au cours des 12 mois précédant l'enquête (graphique 1). Parmi les établissements de moins de 10 salariés du secteur privé, qui représentent les trois quarts des établissements et emploient 17 % des salariés, seulement 38 % ont un DUER actualisé. Dans les établissements de 50 salariés ou plus du secteur privé, où les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) sont obligatoires, en 2016, plus de 90 % des établissements ont actualisé un DUER dans les 12 derniers mois »*[726].

652.- Ces difficultés caractérisées notamment chez les petites entreprises peuvent se justifier par la complexité des dispositifs à mettre en œuvre. Les entreprises ont besoin de l'aide des SST pour pouvoir réaliser ces documents. Pour cela, il est nécessaire que les équipes de santé au travail prennent le temps d'intervenir dans les entreprises. Un besoin de simplification s'impose en la matière, notamment au profit des TPE/PME pour lesquelles certaines démarches s'avèrent trop lourdes. En effet, si l'existence d'un formalisme permettant de mettre en exergue l'identification des risques dans l'entreprise est incontournable, l'existence de deux documents, l'un réalisé par l'entreprise et l'autre par le SST ne fait que complexifier son approche. Il serait alors plus judicieux de regrouper la prévention des risques en un seul et unique document d'évaluation des risques mais à condition que ce document soit réalisé en collaboration avec les

---

[725] « Les données issues de l'analyse des RAM pour 2012 (transmis aux MIT en 2013) montrent que, sur 9 régions, 25,6 % des entreprises suivies disposent d'une fiche d'entreprise (fiche d'entreprise existante, créée ou mise à jour), sur laquelle figurent notamment les expositions professionnelles et les effectifs de salariés exposés. Cette proportion d'entreprises disposant d'une fiche d'entreprise est en hausse par rapport à 2011, où elle était de 22 %. Parmi ces fiches, 15,5 % (contre 22,5 % en 2011) ont été mises à jour ou créées pour les entreprises visitées en 2012 ». MTFPD, DGT, Bilan des conditions de travail, Bilan 2013, p. 672.

[726] DARES résultats, *La prévention des risques professionnels en 2016. Des résultats contrastés selon les secteurs et les risques,* juin 2019, n° 29, p.1.

entreprises et les SST. Dès lors, même si l'employeur restait responsable de la prévention des risques professionnels dans son entreprise, l'identification de ces risques pourrait quant à elle être une responsabilité partagée.

653.- Cette idée a pu être notamment évoquée dans le rapport LECOCQ[727]. Le rapport se pose ainsi la question suivante : « *Pourquoi consacrer du temps à élaborer une fiche d'entreprise, quand existe le document unique d'évaluation des risques ?* ». Le rapport propose clairement de supprimer en conséquence la fiche d'entreprise[728]. En effet, en condensant les deux documents en une seule identification des risques le gain de temps consacré à la formalisation des deux documents pourra être optimisé pour identifier les risques dans plus d'entreprises.

654.- Cependant, cette recommandation n'a pas été reprise au sein de la proposition de loi[729].

655.- Dès lors, une priorité doit être donnée aux entreprises ne disposant ni de fiche d'entreprise ni de document unique. Les compétences des SSTI doivent ainsi être mises au service des entreprises pour leur permettre non seulement d'identifier correctement les risques dans les entreprises mais surtout de les accompagner pour construire un plan de prévention adéquat destiné, d'une part, à se rendre compte des moyens de prévention déjà existants dans l'entreprise et les valoriser, d'autre part, à mettre en place des mesures adaptées aux moyens et possibilités de l'entreprise.

656.- En simplifiant la démarche d'évaluation des risques et en la remettant entre les mains d'un travail commun entre entreprise et SSTI, une meilleure identification des risques indispensable à la mise en place d'actions de prévention cohérentes se développerait. De surcroit, par la suite, le plan de prévention proposé se diversifierait et serait valorisé.

---

[727] LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée,* Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, p. 174.
[728] *Ibid.* Recommandation n° 13, p. 19.
[729] PARMENTIER-LECOCQ C., GRANDJEAN C., CASTANER C., KHATTABI F., CLOAREC-LE NABOUR C., *Proposition de loi n° 3718 , pour renforcer la prévention en santé au travail,* déposée le mercredi 23 déc. 2020.

3) Le SST, principal interlocuteur en matière de conseil de prévention

657.- Les mesures de prévention souffrent de manière générale d'une certaine stigmatisation. Pour les entreprises, la prévention semble se résumer aux simples conseils de port d'EPI ou encore à des mesures couteuses représentant un investissement inabordable[730]. Pour autant, de nombreuses solutions existent et les SSTI sont en capacité pluridisciplinaire de proposer celles qui correspondent aux spécificités de chaque entreprise. Une meilleure communication explicitant la diversité de l'offre de service et ses capacités d'adaptabilité à chaque entreprise doit, de ce fait, être envisagée.

658.- Au moment d'identifier les risques de l'entreprise, il est très fréquent que l'équipe pluridisciplinaire mette en évidence des mesures de prévention d'ores et déjà présentes dans l'entreprise mais qui n'ont pas été reconnues en tant que telles. Beaucoup d'entreprises mettent en place des moyens de prévention sans le savoir et ne les formalisent donc pas dans leur document unique ou leur plan de prévention tout simplement parce qu'elles ne les identifient pas comme tels. Un regard technique opéré par le SSTI permet indéniablement de valoriser les actions de prévention déjà présentes dans l'entreprise. Selon l'INRS « *Pour prévenir les risques professionnels dans l'entreprise, il faut que l'ensemble des acteurs concernés s'organisent pour travailler ensemble. Une démarche de prévention doit donc être organisée et suivie, avec une hiérarchisation et une planification dans le temps des actions à conduire, et avec une évaluation régulière de l'efficacité de ces actions. Une promotion des actions de prévention est également à prévoir* »[731].

659.- A l'heure actuelle, en matière de prévention il existe plusieurs organismes pouvant conseiller les entreprises tels que les Caissse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), les associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP) ou encore des cabinets privés de conseils en prévention ou même de leur organisme de prévoyance, etc. La diversité des acteurs susceptibles de proposer des mesures de prévention ne facilitent pas l'initiative de cette démarche pour les entreprises dans la mesure où elles ne savent pas forcément à qui s'adresser.

---

[730] *V.* Partie 1, Chapitre 1, *I. Les difficultés ressenties par les entreprises.*
[731] INRS, *Mettre en œuvre une démarche de prévention*, 2019, p.6, source URL < www.inrs.fr >.

660.- Le rapport LECOCQ[732] souligne le fait que « *le système actuel mobilise un grand nombre d'acteurs institutionnels ou non, avec des moyens pris dans leur ensemble très significatifs, des périmètres de compétences entre acteurs qui ne sont pas exempts de zone de recouvrement et d'interférences. Il génère des doublons et dans le meilleur des cas nécessitent des moyens de coordination très chronophages pour aligner cette multiplicité d'acteurs. Sur les territoires, pour les entreprises et leurs salariés en particulier dans les TPE et PME, ce système n'est pas lisible* ».

661.- Pourtant, la volonté de mettre en place un guichet unique qui regrouperait tous ces organismes ne nous semble pas adaptée. Cette proposition n'a d'ailleurs pas été retenue dans la loi de 2021[733]. Plusieurs organismes sont actuellement investis de différentes missions de prévention (CARSAT, OPPBTP, ARACT, etc.). Il conviendrait plutôt de conserver l'existence de ces différentes institutions en reprécisant les contours de leurs missions. Il conviendrait plutôt, selon nos recherches, d'affecter aux seuls SST la mission de prévention en santé au travail et ainsi les identifier comme en étant l'acteur principal aux côtés des entreprises. En replaçant le SSTI comme interlocuteur unique et privilégié de la prévention, les entreprises adhérentes y verraient certainement plus de facilités à mettre en place les mesures correspondantes. L'offre socle de services que proposent les SST doit être clarifiée pour une meilleure visibilité des actions de prévention menées.

662.- Les CARSAT, quant à elles, se consacreraient à leur mission première relative à la prévoyance retraite et l'assurance des travailleurs intervenant en cas de perte d'autonomie ou de problèmes de santé. L'OPPBTP verrait ses missions recentrées autour de l'information et de la formation dans le milieu du BTP. Les ARACT seraient l'organisme de référence concernant les recherches sur l'amélioration des conditions de travail. Il semble essentiel de pouvoir faciliter la mise en œuvre d'actions de prévention. Et les SSTI sont aujourd'hui les acteurs de proximité les plus opérationnels pour réaliser cette mission puisqu'ils travaillent en coordination avec le médecin du travail qui a lui seul la compétence pour émettre des

---

[732] LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, p. 58.

[733] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2.

préconisations qui s'imposeront à l'employeur[734]. Cependant, devant la multiplicité des organismes existant, cette idée n'apparait pas forcément de manière évidente aux entreprises. En attribuant clairement le rôle de prévention en santé au travail aux seuls SSTI, la démarche sera fortement facilitée.

663.- **Le troisième principe**[735] aurait alors pour objectif de faciliter toute démarche de prévention en trois temps : dans un premier temps, il conviendrait de continuer à déployer la collaboration entre le médecin du travail et le reste de l'équipe pluridisciplinaire, et, dans un second temps, il serait pertinent de simplifier l'identification des risques en réunifiant le document unique et la fiche d'entreprise en un seul document obligatoire pour enfin, donner aux SSTI la fonction d'unique interlocuteur en matière de conseils de prévention.

664.- Il semble aujourd'hui indispensable de pouvoir faciliter la démarche de prévention auprès des entreprises en collaboration avec les SSTI. Cependant, l'intervention des SSTI est encore trop discrète. Une meilleure communication sur les différentes missions que peuvent effectuer les SSTI faciliterait la mise en place d'actions de prévention en entreprise. Par la suite une mise en exergue des atouts de la prévention dans l'entreprise serait nécessaire.

B- Rendre compte des atouts de la prévention (Principe IV)

665.- Les atouts de la prévention peuvent se percevoir de plusieurs manières. D'une part, il est possible d'en constater les effets positifs lorsque les actions menées sont collectives et générales à l'entreprise (1). D'autre part, des indicateurs peuvent être mis en place de façon à en mesurer la portée (2). L'objectif étant par la suite de pouvoir convaincre pleinement les entreprises de l'intérêt de la prévention par d'autres moyens que celui de la rentabilité (3).

---

[734] C. trav., art. L. 4624-6 « L'employeur est tenu de prendre en considération l'avis et les indications ou les propositions émis par le médecin du travail en application des articles L. 4624-2 à L. 4624-4. En cas de refus, l'employeur fait connaître par écrit au travailleur et au médecin du travail les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite ».

[735] *V.* Annexe 10 synthétisant l'ensemble des principes proposés de rénovation des rapports entre entreprises et SST.

1) Une meilleure intégration de la notion de prévention collective en santé travail

666.- Les contours de la prévention collective ont connu certaines ambiguïtés. Plusieurs interrogations sont nées de cette ambiguïté. Le périmètre de la prévention doit-il se restreindre à celui de l'entreprise ? La problématique s'est notamment posée au moment de définir la notion de tiers à l'entreprise. Cette notion de « *tiers* » est utilisée par le législateur lorsqu'il définit l'étendue de l'obligation de sécurité de l'employeur[736]. Par la suite, la loi Rebsamen[737] a ajouté la prise en compte de la santé des tiers dans le contexte de l'inaptitude[738]. Par cet ajout, beaucoup se sont interrogés sur le fait de savoir si la prévention collective des risques devait s'entendre de la surveillance de la santé et sécurité de tous les tiers au sens large du terme. « *Si le rôle d'expert en santé au travail du médecin du travail semble réaffirmé et si sa mission est clairement recentrée sur la prévention, l'apparition d'une aptitude « sécuritaire » concernant la « sécurité des tiers » interroge à la fois sur le périmètre de ces tiers « protégés » et sur le rôle assigné au médecin du travail* »[739]. D'autres auteurs ont alors réagi en affirmant que « *non, la notion de tiers ne signifie pas que le médecin du travail et son équipe vont dorénavant s'occuper la santé de tous les terriens !* »[740].

667.- Face à ce contexte d'incompréhension, le législateur de 2016[741] a précisé le cadre de la notion de tiers de manière indirecte par le biais de la définition des postes à risques[742]. Désormais, il s'agit de prendre en compte les *« tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail* ».

---

[736] C. trav., art. anc. R. 4624-31 : « Sauf dans le cas où le maintien du salarié à son poste de travail entraîne un danger immédiat pour sa santé ou sa sécurité ou celles des tiers, le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude médicale du salarié à son poste de travail qu'après avoir réalisé : 1° Une étude de ce poste ; 2° Une étude des conditions de travail dans l'entreprise ; 3° Deux examens médicaux de l'intéressé espacés de deux semaines, accompagnés, le cas échéant, des examens complémentaires ».

[737] L. n° 2015-994 du 17 août 2015 *relative au dialogue social et à l'emploi, JO* n° 189, 18 août 2015, texte n° 3.

[738] *C. trav.*, art. L. 4624-4 : « *Les salariés affectés à des postes présentant des risques particuliers pour leur santé ou leur sécurité, celles de leurs collègues ou de tiers et les salariés dont la situation personnelle le justifie bénéficient d'une surveillance médicale spécifique. Les modalités d'identification de ces salariés et les modalités de la surveillance médicale spécifique sont déterminées par décret en Conseil d'Etat ».*

[739] FANTONI S., HEAS F., VERKINDT P.-Y., « La santé au travail après la loi du 8 aout 2016 », *Dr. soc.*, 2016, p. 921.

[740] FANTONI-QUINTON S., article ISTNF, CHRU Lille 2, 21 septembre 2015.

[741] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 *relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO* n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.

[742] *C. trav.*, art. L. 4624-2.

668.- Cette précision semble alors vouloir restreindre le champ de la prévention collective à celui des personnes évoluant dans l'environnement immédiat de travail. Toutefois, le terme utilisé reste relativement flou. La doctrine estime que cette formulation « *est sans doute plus restrictive. Elle se justifie plutôt correctement à l'article L. 4624-2, I qui concerne les postes à risques particuliers, mais... aurait dû purement et simplement disparaître de l'article L. 4622-3 du Code du travail qui, quoi qu'on dise, concerne les missions générales du médecin du travail. C'est qu'il aurait été judicieux de mettre fin à toute l'ambiguïté engendrée par la loi Rebsamen : la médecine du travail est une médecine de prévention et non une médecine de contrôle et, si le médecin du travail participe avec d'autres à la promotion de la santé de l'ensemble de la collectivité de travail, en aucune manière la « sécurité des tiers » ne peut prendre l'ascendant sur la relation de confiance nécessaire à l'action du médecin en faveur de la santé du salarié* »[743].

669.- Une définition générale existe, « r*elativement aux dispositions d'une convention, le mot "tiers" désigne toute personne qui n'y a pas été partie, ou qui n'y a pas été représentée. En matière contractuelle, le principe est qu'un " tiers ", ne peut se voir opposer les termes de la convention à laquelle il est resté étranger. Il ne peut pas non plus en réclamer le bénéfice. Il existe cependant de nombreuses exceptions à cette règle »*[744]. Au regard du contrat de travail et de la prise en compte des tiers dans la prévention collective de la santé au travail, la notion pourrait comprendre toute personne amenée à travailler à proximité de l'entreprise ou bien en lien direct avec l'entreprise. Dès lors, la prévention collective englobe les risques professionnels en entreprise pouvant interférer sur la santé et la sécurité de tous les salariés et des personnes amenées à travailler directement, à proximité ou bien régulièrement avec elle. Toutefois, cette vision collective que peut susciter la prévention n'est pas suffisamment mise en exergue.

670.- La prise en charge de la prévention des salariés intérimaires[745] illustre pleinement ce propos. En effet, l'organisation du suivi de santé des salariés intérimaires relève de l'obligation

---

[743] FANTONI S., HEAS F., VERKINDT P.-Y., « La santé au travail après la loi du 8 aout 2016 », *Dr. soc.*, 2016, p. 921.
[744] BRAUDO S., *Dictionnaire de droit Privé, V°*, source URL < www.dictionnairejuridique.fr >.
[745] C. trav., art. L. 1251-1 « Le recours au travail temporaire a pour objet la mise à disposition temporaire d'un salarié par une entreprise de travail temporaire au bénéfice d'un client utilisateur pour l'exécution d'une mission. Chaque mission donne lieu à la conclusion : 1° D'un contrat de mise à disposition entre l'entreprise de travail temporaire et le client utilisateur, dit " entreprise utilisatrice " ; 2° D'un contrat de travail, dit " contrat de mission ", entre le salarié temporaire et son employeur, l'entreprise de travail temporaire. »

de l'agence d'emploi mais les conseils de prévention doivent être également donnés par l'entreprise utilisatrice. Or, la pratique relève que le niveau de prévention n'est pas équivalent aux salariés de l'entreprise[746]. En matière de responsabilité, l'entreprise de travail temporaire en tant qu'employeur principal a une obligation générale d'assurer la sécurité de ses salariés intérimaires. L'entreprise utilisatrice est responsable des conditions d'exécution du travail pour ce qui a trait à la durée du travail, au travail de nuit, au repos hebdomadaire et aux jours fériés, à la prévention des risques et à la médecine du travail (surveillance particulière afférente aux travaux comportant des exigences ou des risques spéciaux)[747]. De plus, certains travaux sont interdits pour les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée et des salariés temporaires[748]. La prévention collective telle que définit précédemment devrait dès lors s'étendre à l'ensemble de ces salariés. Néanmoins, les statistiques révèlent *« une moins bonne prévention des risques pour les intérimaires et notamment chez les ouvriers. Les médecins du travail sont plus nombreux à juger la qualité de la prévention « mauvaise » ou « très mauvaise » pour les ouvriers intérimaires. Ainsi, dans le cas des ouvriers exposés à au moins un risque physique, la prévention est jugée insuffisante pour 48 % des intérimaires contre 41 % pour l'ensemble. Concernant les risques organisationnels, la prévention est « mauvaise » ou « très mauvaise » pour 28 % des intérimaires contre 22 % pour l'ensemble des ouvriers »*[749].

671.- Les chiffres relatifs aux actions de prévention collective sont rares. La notion même de prévention collective n'est que rarement évoquée. Par exemple, la récente proposition de loi[750] ou encore le plan santé travail 3[751] n'en parlent à aucun moment. Seul le Code du travail émet une priorité dans les principes généraux de prévention définissant l'obligation de sécurité de l'employeur à agir en matière collective plutôt qu'individuelle : « *l'employeur met en œuvre les mesures prévues à l'article L. 4121-1 sur le fondement des principes généraux de prévention*

---

[746] Propos et conclusions tirées du groupe de travail entre les Directeurs de SSTI, le Prism'Emploi et la Direccte de la région Grand Est sur la santé des travailleurs temporaires, 2017, 2018, 2019
[747] *C. trav.*, art. L. 1251-21.
[748] *C. trav.*, art. D. 4154-1.
[749] DARES Analyses, *Les ouvriers intérimaires sont-ils plus exposés aux risques professionnels ?* oct. 2018, n° 45, p. 7.
[750] PARMENTIER-LECOCQ C., GRANDJEAN C., CASTANER C., KHATTABI F., CLOAREC-LE NABOUR C., *Proposition de loi n° 3718 , pour renforcer la prévention en santé au travail,* déposée le mercredi 23 déc. 2020.
[751] Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, *Plan Santé Travail 3*, 2016-2020, p. 74.

suivants : (…) 8° Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;(…) »[752].

672.- La prévention collective n'est pourtant pas suffisamment développée en pratique. En 2008 certains auteurs affirmaient déjà qu'« *une prestation de prévention collective manque sans doute encore de visibilité et de crédibilité face à l'attachement des salariés et des représentants syndicaux à la visite médicale ressentie comme un acquis social* » [753]. Il était alors proposé d'attribuer la mission de prévention individuelle par les professionnels de santé et la mission de prévention collective par les collectivités locales, régionales et nationales.

673.- Une prévention exclusivement individuelle a déjà démontré ses limites notamment en matière d'amiante. Pour certains auteurs, cela représente une « *faillite d'un système historique de gestion des risques professionnels gouverné par un objectif de réparation. Il remet en cause l'approche clinique individuelle fondée sur la visite systématique* »[754]. Une meilleure intégration de la prévention collective dans les missions des SSTI et des entreprises nous parait primordiale.

674.- Pourtant, le Code du travail impose déjà à cet égard de « *prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle* »[755]. Il convient, selon nous, de réaffirmer cette priorité. Pour ce faire, une mobilisation des acteurs de la santé au travail est nécessaire. Certains auteurs estiment qu'« *il ne s'agit pas d'opposer activité clinique, actions individuelles et collectives sur le milieu de travail. Ces aspects sont complémentaires et même inséparables. La logique retenue vise à rééquilibrer le temps médical disponible en faveur de la prévention des risques professionnels et efforts réalisés en faveur du maintien dans l'emploi de salariés* »[756]. Du temps médical réservé aux conseils collectifs en matière de prévention pourrait notamment être mobilisé au travers de la fusion du document

---

[752] *C. trav.*, art. L.4121-2.
[753] FLAJOLET A., Rapport de la Mission au profit du gouvernement, Paris : s.n., 2008, p. 91.
[754] LE GARREC J., LEMIERE J., Ne plus perdre sa vie à la gagner - 51 propositions pour tirer les leçons de l'amiante, Tome 1, Edition : Paris : Assemblée Nationale, 2006.
[755] *C. trav.*, art. L. 4121-2 8°.
[756] IGAS, ISSINDOU M., PLOTON C., FANTONI-QUINTON S., BESSANDON A.-C., GOSSELIN H., *Rapport du groupe de travail "Aptitude et Médecine du Travail"*, 2015, p. 116.

unique et de la fiche d'entreprise[757]. Dans tous les cas, une meilleure identification des risques dans l'entreprise et une meilleure traçabilité des opérations et actions menées ne pourra que favoriser le déploiement de cet aspect collectif de la prévention en santé au travail.

675.- L'évolution de la prévention vers une prévention prioritairement collective doit aujourd'hui apparaitre comme un objectif principal de santé au travail. Pour ce faire, une redéfinition plus claire des contours de la prévention collective est indispensable. Par la suite, la valorisation d'indicateurs permettant de mesurer l'efficacité des actions menées sur la santé au travail des salariés est nécessaire.

2) La valorisation d'indicateurs permettant de mesurer l'efficacité de la prévention

676.- Il nous semble actuellement essentiel de promouvoir et de valoriser les actions de prévention en communiquant largement et régulièrement sur les moyens mis en place. Pour ce faire, une meilleure visibilité des actions mises en place doit être instaurée. La communication des SSTI sur le nombre d'actions et leurs effets dans l'entreprise est aujourd'hui largement insuffisante. Le rapport d'activité de la branche des SST de 2018[758] comporte pourtant des indicateurs précis et réalistes témoignant des actions mises en place. Par exemple, en 2017, le rapport relève que 300 000 actions en milieu de travail ont pu être organisées[759].

677.- L'approche statistique de l'action en milieu de travail doit être valorisée en tant que facteur de communication envers les entreprises. La récente proposition de loi de décembre

---

[757] Recommandation évoquée par le Rapport LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, p.174, mais qui n'a pas été retenue par la proposition de loi. PARMENTIER-LECOCQ C., GRANDJEAN C., CASTANER C., KHATTABI F., CLOAREC-LE NABOUR C., *Proposition de loi n° 3718 , pour renforcer la prévention en santé au travail,* déposée le mercredi 23 décembre 2020, Enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 décembre 2020, 27 p.
[758] Présance, *Rapport chiffres clés 2018*, rapport de branche, 27 juin 2019, 46 p.
[759] *Ibid*. p. 34.

2020[760] reprend d'ailleurs cette idée dans sa volonté de clarifier l'offre socle proposée par les SSTI[761].

678.- Les retours d'expérience sont également importants à prendre en compte. Ces retours peuvent non seulement servir de base à l'établissement de futures actions de prévention mais peuvent également servir à une certaine traçabilité des actions mises en place dans l'entreprise qu'il conviendra de mieux valoriser. Cette meilleure visibilité sur les actions en milieu de travail pourra également être utilisée par l'employeur pour informer les salariés des actions conduites dans l'entreprise en santé et sécurité au travail. En ce sens, la jurisprudence reconnait de manière constante que s'il est avéré que l'entreprise met en place avec les SSTI des actions de prévention, sa responsabilité pourra être atténuée en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle[762]. Au regard du contexte de crise sanitaire liée à la propagation du COVID-19 la question s'est alors posée de savoir si les actions de prévention pourraient être prises en compte par les juges pour apprécier la responsabilité de l'employeur. La doctrine estime que *« l'employeur pourra notamment voir sa responsabilité pénale engagée s'il n'a pas fourni les équipements de protection individuelle. La reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur supposera donc essentiellement en pratique de démontrer que l'employeur n'a pas appliqué les préconisations sanitaires du gouvernement et mis en place les mesures barrières »*[763].

---

[760] PARMENTIER-LECOCQ C., GRANDJEAN C., CASTANER C., KHATTABI F., CLOAREC-LE NABOUR C., *Proposition de loi n° 3718 , pour renforcer la prévention en santé au travail,* déposée le mercredi 23 déc. 2020.

[761] *Ibid. C. trav.,* art. L. 4622-9-2. « *Chaque service de prévention et de santé au travail fait l'objet d'une procédure de certification, réalisée par un organisme indépendant, visant à porter une appréciation à l'aide de référentiels sur :« 1° La qualité et l'effectivité des services rendus dans le cadre de l'ensemble socle de services obligatoires ; « 2° L'organisation et la continuité du service, l'activité effective, les procédures suivies ; « 3° La gestion financière, la tarification et son évolution. « Les référentiels et les principes guidant l'accréditation des organismes indépendants sont définis par le comité national de prévention et de santé au travail et approuvés par voie réglementaire. » 2° Le début du premier alinéa de l'article L. 4622-10 est ainsi rédigé : « Dans le respect des missions générales prévues à l'article L. 4622-2, de l'obligation de fournir l'ensemble socle de services obligatoires prévu à l'article L. 4622-9-1, des orientations de la politique nationale en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail, d'amélioration des conditions de travail ainsi que de son volet régional, et en fonction des réalités locales, les priorités spécifiques de chaque service de prévention et de santé au travail sont précisées dans un contrat… (le reste sans changement).* »

[762] Cass. soc., 1er juin 2016, Société Finimétal, n° 14-19.702, FS-P+B+R+I, *RDT* 2016. 709, obs. B. Géniaut, *RTD civ.* 2016. 869, obs. P. Jourdain, *D.* 2016. 1681, note J. Icard et Y. Pagnerre, *SSL* 2016, n° 1726, p. 11, obs. P.-Y. Verkindt, *JSL* 2016, n° 413-2, obs. P.-Y. Verkindt, *JCP S* 2016, 1220, note G. Loiseau « *Avec suffisamment de prévention l'employeur peut s'exonérer de son obligation de sécurité de résultat » appliquant cette évolution au harcèlement moral. Cet élan doit être plus franc et surtout repris par les textes. L'obligation de prévention doit prévaloir sur l'obligation de sécurité de résultats* ».

[763] MINET-LETALLE C., « La responsabilité de l'employeur face au COVID-19 », *JT*, 2021, n° 237, p. 27.

679.- Une traçabilité des actions de prévention menées semble de plus en plus indispensable. Par la suite un suivi évolutif des mesures mises en place est nécessaire.

680.- S'il convient d'une part de tracer et de quantifier ces actions de prévention, il convient d'autre part d'en apprécier la valeur ajoutée. A ce titre, l'INRS propose une méthode pour permettre cette évaluation en pratique : « *Chaque action conduite doit faire l'objet d'une évaluation. Il s'agit de comparer les résultats avec les objectifs fixés. Pour mesurer l'efficacité des actions, la mise en place de critères ou d'indicateurs est nécessaire. Dans une étude sur la mise en œuvre d'une démarche de prévention, l'INRS propose d'observer en tant qu'indicateur le nombre d'actions de formation en prévention, nombre d'actions correctives mises en place, évolution du nombre de postes figurant dans le document unique, mesures de métrologie d'ambiance effectuées... Les indicateurs issus du bilan annuel d'hygiène et de sécurité et du rapport annuel du médecin du travail sont également utilisés tels que le nombre d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, leur taux de fréquence, leur taux de gravité, le nombre d'incidents ou de presque-accidents, la fréquentation de l'infirmerie… D'autres indicateurs relevant des ressources humaines peuvent également servir à mesurer l'efficacité des actions de prévention tels que l'absentéisme, le turnover, ou d'autres éléments issus du bilan social…* »[764].

681.- En se fixant sur plusieurs de ces indicateurs et en opérant une analyse statistique avant et après la mise en place des actions de prévention un retour sur leur efficacité pourra en être déduit. Le calcul du taux d'absentéisme, et du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles (AT/MP) avant et après la mise en place des actions de prévention ne peut être suffisant. Pour que ces indicateurs soient valorisés, il est nécessaire que les entreprises doivent mesurer l'impact des actions menées à travers une analyse multifactorielle adaptée à leurs secteurs d'activité.

682.- Il existe une attente d'impartialité et d'indépendance de la part d'experts en la matière. En ce sens, des progrès pourraient avoir lieu s'il était possible de coupler les travaux réalisés en la matière entre les différents organismes et notamment l'ANACT[765]. L'ANACT a pour

---

[764] INRS, *Mettre en œuvre une démarche de prévention,* 2019, p. 6., source URL < www.inrs.fr >.
[765] Par exemple l'ANACT a mené plusieurs études en matière de prévention des risques psychosociaux : ANACT, ARACT, « *Evaluation des démarches de prévention des risques psychosociaux dans 10 établissements publics de*

vocation d'aiguiller les entreprises et les salariés dans la mise en œuvre d'outils pratiques agissant sur l'organisation du travail dans le but de tendre vers une certaine qualité de vie au travail. Une corrélation entre les études et propositions de l'ANACT avec les indicateurs des différentes branches de métier permettrait d'en valoriser les informations tout en préservant une politique de proximité entre SSTI et entreprises.

683.- Une meilleure visibilité sur les retours d'expérience des actions de prévention mises en place participera à convaincre plus largement les TPE/PME de l'intérêt de la prévention dans les entreprises.

3) Convaincre les TPE PME de l'intérêt de la prévention

684.- Depuis plusieurs années, la communication autour de la santé au travail se focalise sur le levier de la performance pour inciter les entreprises à plus de prévention. Ainsi, la stratégie est de présenter la prévention comme un atout économique pour l'entreprise pour inciter les employeurs à s'y intéresser. Dernièrement, le rapport Lecocq[766] consacre la *« performance »* comme objectif principal de toutes ses recommandations. Le terme y est cité près de soixante-neuf fois. Cependant, nos recherches ont su démontrer que ce levier de communication n'était pas suffisant pour convaincre les entreprises et notamment les TPE/PME.

685.- En effet, les TPE/PME sont pour la majorité issues de structures familiales. Selon l'INSEE, les structures familiales représenteraient environ un tiers des TPE/PME françaises[767]. De ce fait, le chef d'entreprise est souvent proche de ses salariés. Aborder la santé au travail sur l'unique aspect économique de la « performance » semble trop réducteur. La santé au travail ne peut être envisagée sur l'unique aspect économique et financier. La dimension sociale apparait tout aussi importante.

---

santé », Rapport de synthèse, juin 2018, 56 p. ; ANACT, « *Itinéraire d'une banque coopérative* », Travail et Changement, Performance et conditions de travail , Décembre 2018, 16 p., ANACT, « *Guide, La qualité de vie au travail (QVT) : un outil de performance pour les boulangeries et les pâtisseries* » , sept. 2018, 17 p.

[766] LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée,* Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, p. 174.

[767] INSEE, *Les entreprises en France,* Edition 2020, p. 39.

686.- Cette dimension doit être prise en compte pour convaincre les entreprises de l'intérêt de la prévention. Une relation de proximité entre SST et entreprises est à privilégier. Une offre de service sur mesure doit être proposée aux entreprises en matière de santé au travail.

687.- Certains rapports[768] récents préconisaient pourtant de centraliser les SST, « *au plan national et pour que le pilotage du système fonctionne, il est devenu nécessaire de regrouper les acteurs et de s'assurer que tous soient réellement mobilisés au service des objectifs définis dans le PST3. C'est la raison pour laquelle nous proposons de réunir sous le même toit et sous une même bannière (France Santé au travail et des structures régionales de droit privé en étroite relation) aux différents niveaux de mise en œuvre, national et régional l'ensemble des acteurs* ».

688.- Cette idée va selon nous à l'encontre de l'intérêt des entreprises et des salariés. Si le système organisationnel de la santé au travail doit être modifié, c'est en se fondant sur les besoins des entreprises en matière de santé au travail qu'il conviendra de l'optimiser. En partant d'une politique générale régionale, la santé au travail ne fera que s'éloigner de ses adhérents au profit d'un système sans proximité et en incohérence avec la réalité des conditions de travail. Cette proposition n'a d'ailleurs pas été retenue[769].

689.- L'idée d'uniformiser la politique de santé au travail dans les services doit être étudiée autrement en faisant coïncider les politiques d'agrément de tous les services de santé au travail. Actuellement chaque SST se voit accorder un agrément[770] de manière différente en fonction de

---

[768] France Santé Travail était proposé par le rapport LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, p. 3.

[769] PARMENTIER-LECOCQ C., GRANDJEAN C., CASTANER C., KHATTABI F., CLOAREC-LE NABOUR C., *Proposition de loi n° 3718 , pour renforcer la prévention en santé au travail*, déposée le mercredi 23 déc. 2020.

[770] C. trav., art. D. 4622-51 « Lorsque le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi constate que les conditions de fonctionnement du service de santé ne satisfont pas aux obligations résultant des dispositions du présent titre, il peut, après avis du médecin inspecteur du travail : 1° Soit mettre fin à l'agrément accordé et délivrer un agrément pour une durée maximale de deux ans non renouvelable, sous réserve d'un engagement précis et daté de mise en conformité de la part du service de santé au travail ; lorsqu'à l'issue de cette période, le service de santé au travail satisfait à ces obligations, l'agrément lui est accordé pour cinq ans ; 2° Soit modifier ou retirer, par une décision motivée, l'agrément délivré. Ces mesures ne peuvent intervenir que lorsque le service de santé au travail, invité par lettre recommandée avec avis de réception à se mettre en conformité dans un délai fixé par le directeur régional à six mois au maximum, n'a pas accompli dans ce délai les diligences nécessaires. Le président du service de santé au travail informe individuellement les entreprises adhérentes de la modification ou du retrait de l'agrément. »

la région dans laquelle il est situé car les DREETS[771] n'ont pas toutes les mêmes critères d'attribution. En uniformisant ces politiques d'adhésion, toutes les entreprises devraient pouvoir avoir accès à la même offre de service de manière à réduire les disparités entre les territoires. Avec une meilleure visibilité des différentes actions proposées par les SST cela permettrait de les convaincre d'agir en faveur de la prévention. Il est nécessaire de clarifier l'ensemble des actions que les SST peuvent proposer aux entreprises au sein d'une seule et même cotisation. C'est notamment l'idée retenue dans la dernière proposition de loi pour réformer la santé au travail : « *Art. L. 4622-16-1. – Le service de prévention et de santé au travail interentreprises communique à ses adhérents et au comité régional de prévention et de santé au travail et rend public :*

1° Les statuts ;

2° Les résultats de sa dernière procédure de certification ;

3° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

4° Le projet de service pluriannuel ;

5° L'ensemble socle de services obligatoires ;

6° L'offre de services complémentaires ;

7° Le dernier rapport annuel d'activité ;

8° Les indicateurs de son activité, dont la typologie des travailleurs suivis en fonction de leur statut ;

9° Le barème de cotisations, la grille tarifaire et leurs évolutions »[772].

690.- Le levier de la performance ne doit plus être présenté comme étant le seul moyen de convaincre les entreprises des bienfaits de la prévention. Il est indispensable de pouvoir visualiser l'ensemble des actions menées en entreprise et leurs impacts sur l'amélioration des conditions de travail au travers de différents indicateurs. Plusieurs débats ont fait ressortir que « *les deux approches sont complémentaires. Les normes de prévention pour faire face à des risques importants seront toujours présentes. L'objectif est d'aider les entreprises à les intégrer non pas comme une contrainte, mais aussi comme un facteur de performance. On ignore*

[771] Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités.

[772] PARMENTIER-LECOCQ C., GRANDJEAN C., CASTANER C., KHATTABI F., CLOAREC-LE NABOUR C., *Proposition de loi n° 3718 , pour renforcer la prévention en santé au travail,* déposée le mercredi 23 déc. 2020.

souvent que le fait de travailler de manière plus sécurisée peut certes coûter un peu plus cher à court terme, mais peut aussi garantir une meilleure productivité »[773].

691.- Dès lors, le **quatrième principe rénovateur** serait celui de moderniser l'organisation des actions de prévention dans les entreprises. La prévention collective doit devenir une priorité de santé au travail. Une valorisation des actions menées doit permettre de fournir des indicateurs de manière à convaincre les entreprises de l'intérêt de la prévention en abordant d'autres aspects que l'intérêt de rentabilité trop réducteur.

692.- Ainsi, la simplification des rapports entre entreprises et SST passe nécessairement par le recentrage de l'ensemble des missions de chaque acteur autour de la prévention. Elle doit apparaitre comme étant la clé de voute de toute l'organisation de la santé au travail. La structure de nos principes rénovateurs se fonde, sur cette mission première. Une clarification des obligations en découlant devient alors indispensable. SST comme entreprises doivent pouvoir s'appuyer sur un cadre juridique simplifié dont l'unique objectif est celui de la prévention des risques professionnels.

Section 2 : La clarification des missions de chaque acteur de la santé au travail

693.- La simplification des rapports entre entreprises et SST suppose une clarification de leurs obligations en santé au travail en prévoyant notamment une meilleure lisibilité des règles de droit en matière de suivi de santé et d'organisation de la santé au travail des salariés (I.), mais également par un partage de responsabilités nécessaire au déploiement de la prévention (II.).

I. Une simplification juridique nécessaire au service de la prévention

694.- Nos premiers développements ont su révéler l'existence d'un décalage entre les obligations des entreprises et des SST par rapport à la réalité du terrain que ce soit sur le plan

[773] Propos de DE CLOSETS R. à l'occasion des débats d'EUROGIP, *Santé-sécurité au travail : quels leviers pour une culture de prévention en entreprise ?*, actes des débats, 21 mars 2019, Paris, p. 7.

organisationnel ou sur le plan de l'effectivité. Pour que les rapports entre entreprises et SST puissent s'améliorer, il convient de s'attacher à ce que ces deux acteurs de la santé au travail aient une meilleure connaissance des missions et obligations de chacun. Les dispositions légales et réglementaires doivent alors être repensées de manière à faciliter ces nouveaux rapports réciproques fondés autour de la prévention. Il conviendra dans un premier temps, de proposer une simplification des règles juridiques de nature à faciliter la gestion organisationnelle et administrative pour les SST (A.). Dans un second temps, cette démarche de simplification supposera de décloisonner le domaine de la santé publique et celui de la santé au travail. L'objectif de cette ouverture est de délier le suivi de santé du salarié au profit d'une collaboration efficace entre médecine préventive et curative (B.).

A- La simplification des règles juridiques et administratives (Principe V)

695.- Les règles juridiques encadrant la santé au travail doivent être façonnées dans le but de permettre aux SST d'assurer leurs missions et de mieux connaitre leurs entreprises adhérentes. Une meilleure communication entre les entreprises doit être priorisée. Il est d'abord nécessaire de fluidifier la transmission des données et de faciliter l'organisation des visites (1). Ensuite, une simplification juridique dans la gestion du suivi de santé des salariés peut également être évoquée : celle de la généralisation de la VIP à tous les salariés (2). Enfin, cette nouvelle gestion organisationnelle doit se construire en vue d'une meilleure répartition du temps médical et du temps consacré à l'action en milieu de travail (3).

1) Une meilleure fluidité dans la transmission des données nécessaires à l'organisation des visites

696.- La pratique révèle qu'une meilleure fluidité dans l'organisation des visites est plus que nécessaire[774]. La réforme de 2016[775] avait commencé à rénover le cadre légal pour en simplifier l'organisation. Cependant le législateur n'a pas été suffisamment ambitieux dans cette démarche. Par exemple, concernant la visite « d'embauche », la loi « Travail » a supprimé le

[774] *V. Partie 1 :* Un cadre juridique à l'origine de rapports conflictuels entre STT et entreprises.
[775] Décr. n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 *relatif à la modernisation de la médecine du travail, JO* n° 302, 29 déc. 2016, texte n° 65.

délai de la période d'essai pour réaliser cette visite au profit d'un délai de 3 mois sauf exceptions concernant les salariés non exposés à un risque particulier[776]. Mais cette illustration met en évidence une action seulement partielle de simplification. En effet, seul le délai pour réaliser la visite d'embauche a été modifié. C'est un premier pas vers la simplification car désormais le délai est le même pour tous les contrats et il n'est plus nécessaire de connaitre la durée de la période d'essai pour savoir dans quel délai réaliser la visite initiale ou anciennement visite d'embauche.

697.- Néanmoins, cela n'a pas permis de résoudre les problématiques liées à l'absence de visite initiale ou bien de visite initiale réalisée hors délais. L'obligation de réaliser la visite avant l'embauche pour les postes à risque n'est que rarement respectée soit en raison de l'absence de prise de rendez-vous dans des délais compatibles de la part des entreprises, soit en raison d'un manque de disponibilités dans les plannings du côté des SST.

698.- Pour que les visites médicales d'aptitude initiales ou visites d'information et de prévention initiales puissent être réalisées dans les délais imposés par les textes[777], il serait judicieux de mieux relier les services déclaratifs de l'Urssaf [778] avec les SST. En effet, l'Urssaf collecte et répartit les cotisations et contributions sociales en lien avec le financement de la Sécurité sociale. Une meilleure interaction entre ce dispositif organisationnel rodé et les SST permettrait de fluidifier le transfert des données administratives que l'employeur est, de toute manière, tenu de transmettre à cet organisme[779]. Le Code du travail prévoit déjà cette possibilité de nature à ce qu'une demande de visite soit directement déclenchée dès la déclaration d'embauche de l'entreprise auprès de l'Urssaf [780].

---

[776] *C. trav.*, art. R. 4624-18.
[777] *C. trav.*, art. R. 4624-10.
[778] Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocation Familiale.
[779] *C. trav.*, art. L. 1221-10 et s.
[780] C. trav., art. R. 1221-2 « Au moyen de la déclaration préalable à l'embauche, l'employeur accomplit les déclarations et demandes suivantes : 1° L'immatriculation de l'employeur au régime général de la sécurité sociale, s'il s'agit d'un salarié non agricole, prévue à l'article R. 243-2 du Code de la sécurité sociale ; 2° L'immatriculation du salarié à la caisse primaire d'assurance maladie prévue à l'article R. 312-4 du Code de la sécurité sociale ou, s'il s'agit d'un salarié agricole, à la caisse de mutualité sociale agricole prévue à l'article R. 722-34 du Code rural et de la pêche maritime ; 3° L'affiliation de l'employeur au régime d'assurance chômage prévue à l'article R. 5422-5 du présent Code ; 4° La demande d'adhésion à un service de santé au travail, s'il s'agit d'un salarié non agricole, prévu à l'article L. 4622-7 du présent Code ; 5° La demande de visite d'information et de prévention prévue au deuxième alinéa de l'article L. 4624-1 du présent Code ou la demande d'examen médical d'aptitude à l'embauche prévu à l'article L. 4624-2 du présent Code, ou, s'il s'agit d'un salarié agricole, aux articles R. 717-13 et R. 717-16 du Code rural et de la pêche maritime 6° La déclaration destinée à l'affiliation des salariés agricoles aux institutions prévues à l'article L. 727-2 du Code rural et de la pêche maritime ».

699.- A ce propos, une entreprise a tenté de faire reconnaitre la responsabilité d'un SST au motif que les démarches de déclaration d'embauche à l'URSSAF devaient suffire à déclencher, de la part des SST, les convocations aux visites initiales pour ses salariés. Toutefois, les juges du droit ont déclaré que « *ni l'enregistrement de la DUE ni la défaillance du SST ne déchargent l'employeur de son obligation de veiller à la réalisation effective de la visite médicale d'embauche* »[781].

700.- En pratique, les données recensées par l'Urssaf parviennent, la plupart du temps, trop tardivement auprès des SST. Les déclarations faites par l'entreprise ne peuvent donc être optimisées à temps par le SST. Une meilleure fluidité dans la transmission et l'exploitation des données permettrait cette simplification notamment dans la centralisation des données déclaratives avec un accès direct des SST à ces données par l'Urssaf. Cette facilité organisationnelle allégerait les démarches. En termes de responsabilité juridique, il reviendrait toujours à l'employeur de vérifier la bonne organisation de cette visite sur le fondement de son obligation de sécurité.

701.- Une autre simplification est également nécessaire concernant l'organisation de la visite de reprise. La pratique révèle plusieurs difficultés à organiser cette visite de reprise dans les délai impartis. Bien souvent, la surcharge des plannings et la tardiveté de la demande de visite conduisent à ce que cette visite ne puisse logistiquement pas se réaliser à temps. Le Code du travail impose à l'employeur d'organiser une visite de reprise dans les huit jours de la reprise pour tout arrêt de travail de plus de trente jours ou pour un arrêt en lien avec une maladie professionnelle [782]. Pour autant, il arrive fréquemment que l'employeur, attende le retour du salarié dans l'entreprise pour contacter le SST aux fins d'organisation de la visite. Les SST disposent alors de huit jours pour placer le rendez-vous, ce qui est rarement possible.

---

[781] Cass. crim., 12 jan*v.* 2016, Société TPNG Crystal Event *et al*., n° 14-87.695, F-P+B, *Dr. pén*. 2016, comm. 50.
[782] C. trav., art. R. 4624-31 « Le travailleur bénéficie d'un examen de reprise du travail par le médecin du travail : 1° Après un congé de maternité ; 2° Après une absence pour cause de maladie professionnelle ; 3° Après une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel. Dès que l'employeur a connaissance de la date de la fin de l'arrêt de travail, il saisit le service de santé au travail qui organise l'examen de reprise le jour de la reprise effective du travail par le travailleur, et au plus tard dans un délai de huit jours qui suivent cette reprise ».

702.- Pour pallier à ces difficultés, il peut s'avérer utile que les arrêts maladies et des arrêts de travail de plus de trente jours soient automatiquement communiqués par la Sécurité sociale dès le premier jour de l'arrêt au médecin travail. Il serait ainsi permis d'obtenir l'information en amont et de prévoir, par anticipation, une réservation pour une éventuelle visite de reprise. *De facto*, en programmant une visite de reprise dès le retour du salarié, cela reviendrait également à réduire la période d'insécurité juridique pendant laquelle le salarié retravaille mais dont le contrat reste suspendu jusqu'au jour de cette visite de reprise (seule la visite reprise met fin à la suspension du contrat de travail[783]). Selon certains auteurs, « *la suspension du contrat de travail peut être considérée comme une situation juridique « bornée » par un ensemble de décisions qu'il convient de coordonner le mieux possible : décisions médicales ; décisions de l'employeur* »[784].

703.- En permettant une transmission automatique de l'information, un créneau pourrait éventuellement être réservé par le SST dans l'attente de l'organisation par l'employeur de la visite. A défaut, la visite pourra être réattribuée.

704.- Une meilleure coordination est tributaire d'une meilleure fluidité dans la transmission des données relatives aux périodes de suspension du contrat de travail. Toutefois, malgré une volonté de simplification administrative concernant la transmission des données, la responsabilité de l'organisation doit rester entre les mains de l'employeur. Même si de nouveaux dispositifs peuvent être mis en place, l'employeur doit rester le garant de cette organisation.

705.- La gestion et l'exploitation des données transmises par les entreprises doivent pouvoir être exploitées par les SST dans le but de fluidifier l'organisation des visites. En parallèle, pour plus de souplesse dans l'organisation du suivi de santé du salarié, les visites d'information et de prévention devraient pouvoir être généralisées.

---

[783] Jurisprudence constante : Cass. soc., 22 mars 2018, Société Menier et fils, n° 16-22.179, F-D ; Cass. soc., 6 mars 2017, Société Syba réseaux, n° 15-27.577, F-D, *JCP S* 2017, 1163, note V. Cohen-Donsimoni ; Cass. soc., 8 févr. 2017, n° 15-15.323, F-D.

[784] PASQUIER T., « Le terme de la suspension du contrat de travail et la visite en vue de la reprise du travail », *Dr. trav.*, 2011, p. 177. Cass. soc., 5 janv. 2011, Société Presta'Breizh, n° 08-70.060, *Bull. civ.*, V, n° 4, *Procédures* 2011, comm. n° 88, obs. R. Perrot ; *Procédures* 2011, comm. n° 98, obs. A. Bugada.

2) La suppression de l'aptitude en santé au travail

706.- La réforme de 2016[785] a mis en place l'existence d'un double suivi de santé. D'un côté, elle introduit les visites d'information et de prévention (VIP) pouvant être réalisées soit par le médecin du travail soit par l'infirmier en santé au travail, œuvrant dans le cadre d'un protocole d'intervention[786]. De l'autre, elle maintient l'examen médical d'aptitude en matière de poste à risque[787].

707.- L'avantage de ce nouveau dispositif est qu'il offre au médecin du travail la faculté de déléguer certaines visites, à savoir les VIP, à un professionnel de santé de l'équipe pluridisciplinaire, et notamment à un infirmier diplômé en santé travail (IDEST). Ce professionnel de santé agit toujours sous l'autorité du médecin du travail[788]. A l'issue de cette VIP, aucun avis en termes d'aptitude n'est remis. Médecin du travail comme infirmier en santé au travail remettent une attestation de suivi au salarié et à l'employeur. Si des restrictions ou aménagements doivent être préconisés seul le médecin du travail est compétent pour le faire. La VIP peut être mise en place pour tous les salariés sauf ceux soumis à un suivi individuel renforcé (SIR).

708.- Deux suivis de santé coexistent avec des logiques juridiques différentes si ce n'est opposées. Dans le cadre du suivi individuel simple (SIS) soumis à la réalisation d'une VIP, plus aucune référence n'est faite quant à la notion d'aptitude. En revanche, dans le cadre d'un suivi individuel renforcé (SIR), l'avis d'aptitude est maintenu. Pour chacun de ces suivis de santé, il existe une procédure différente donnant lieu à la rédaction de documents différents, à savoir une attestation de suivi ou un avis médical d'aptitude. Cette situation est à l'origine de nombreuses confusions. L'existence parallèle de ces deux suivis peut parfois donner l'impression qu'il existe des différences de traitement selon que le salarié est affecté à un poste à risque ou non. De plus, médecins ou IST s'y perdent dans les attestations et avis à fournir. Les salariés et employeurs quant à eux pensent parfois que l'attestation de suivi (qui peut être

---

[785] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 *relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO* n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.
[786] *C. trav.*, art. R. 4624-10 modifié par Décr. n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 *relatif à la modernisation de la médecine du travail, JO* n° 302, 29 déc. 2016, texte n° 65.
[787] *C. trav.*, art. R. 4624-25.
[788] *C. trav.*, art. R. 4624-10 et s.

réalisée par l'infirmier) n'a pas la même valeur juridique que la fiche d'aptitude. Ce système a été qualifié communément de « système à deux vitesses »[789].

709.- Nos principes rénovateurs envisagent, dès lors, d'opter pour une simplification plus radicale en généralisant le suivi simple et la VIP à l'ensemble des salariés. Cette proposition évince et abandonne le schéma de l'aptitude au profit d'un seul et même suivi simplifié. Une partie de la doctrine a pu s'emparer de la question : « *dans la réalité, l'aptitude n'a aucune signification réelle au plan médical. Quand un médecin du travail signe une aptitude, jamais il ne signifie ce qu'entend le juriste, c'est-à-dire l'absence de risque pour la santé du fait du travail. Par ailleurs, l'aptitude et l'inaptitude ne sont pas les deux faces d'une même pièce la notion d'aptitude ayant précédé l'inaptitude qui n'a fait son entrée dans le Code du travail que dans les années 80 dans le but de protéger la santé et l'emploi des salariés incapables médicalement de continuer à occuper leur poste de travail.* »[790]. Ceci engendre divers paradoxes.

710.- Dans la pratique, les entreprises ont tendance à se retrancher derrière l'aptitude pensant qu'elle peut représenter une garantie susceptible de pouvoir diminuer leur responsabilité. La loi « Travail » de 2016[791] a amorcé une première étape vers la simplification en supprimant la visite médicale d'aptitude systématique pour tous les salariés. L'idée défendue est ici de pousser la logique jusqu'au bout en élargissant le dispositif de la VIP à tous les salariés et en supprimant toute référence à la notion d'aptitude. La notion d'aptitude ne fait l'objet d'aucune définition précise et d'un point de vue médical est très controversée[792].

711.- Nos propositions choisissent dès lors le fondement juridique unique de l'attestation de suivi plus en adéquation avec la réalité pratique. L'attestation de suivi fait, en effet référence à un constat actuel et ponctuel. Elle correspond à l'idée qu'au moment où le médecin du travail ou l'infirmier voit le salarié et en l'état actuel des connaissances dont ils disposent, il n'existe

---

[789] BABIN J., *Santé au travail : les indépendants aspirent au même traitement que les salariés*, Le Figaro économie, source URL : < https://business.lesechos.fr/ >.
[790] FANTONI-QUINTON S., « Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ? », *Dr. soc.*, 2013, p. 1023.
[791] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 *relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels*, *JO* n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.
[792] *V.*, Partie 1, Chapitre 2, II. 1, a) *Une définition juridique de l'aptitude inexistante.*

pas d'incompatibilité au poste du travail tel que décrit par l'employeur. L'aptitude quant à elle semble sous-entendre une certaine pérennité de l'avis rendu. La conclusion d'aptitude tend à revêtir un caractère définitif. Or, la santé au travail est soumise aux variations mouvantes de l'évolution des conditions de travail, de l'apparition de nouveaux risques professionnels et de l'évolution de l'état de santé personnel du salarié. Certains auteurs estiment que « *les risques en entreprise se renouvellent et peuvent être d'origines bien différentes. La prise en compte de la santé au travail et l'organisation de la protection de la santé des personnes évoluent en conséquence. Le droit ne peut être indifférent à ces mutations en cours. Principalement, le droit de la prévention au travail doit s'articuler autour d'une logique de santé globale et la question de l'aptitude du salarié devrait être reconsidérée, afin de refonder efficacement la mission du médecin du travail* »[793].

712.- Juridiquement, l'avis rendu par le professionnel de santé au travail ne peut que constater qu'en vue des éléments dont il dispose au jour de la visite, il n'existe aucune contre-indication médicale à ce que le salarié puisse travailler dans l'entreprise. Le suivi de santé doit ensuite s'organiser en fonction de l'évolution des conditions de travail dans l'entreprise et l'état de santé du salarié. Ainsi, en généralisant l'attestation de suivi à tous les salariés, le facteur mouvant est pleinement intégré et correspond à une vérité juridique qui est celle d'un constat ponctuel. Une partie de la doctrine y voit une adaptation à la logique de prévention en estimant que « *c'est tout l'intérêt d'une logique collective et systémique de prévention, car l'état de santé du salarié dépend d'éléments relevant de l'individuel et du collectif, du personnel et du professionnel, du médical et de l'entreprise ; en outre, le champ d'activité, le poste de travail occupé, l'organisation des conditions de travail et la taille de l'entreprise ne sont pas indifférents. C'est pourquoi également il convient de ne pas privilégier exclusivement une approche individualisée et événementielle des problématiques de santé auxquelles sont confrontés les salariés dans l'entreprise et, en corollaire, d'initier des démarches plus globales de santé en entreprise.* »[794]

713.- La généralisation de la VIP semble nécessaire à la simplification du droit de la santé au travail puisqu'elle répond plus exactement à une vérité concrète correspondant aux intérêts de

[793] FANTONI S., HEAS F., « Pour une reconfiguration des principes en santé au travail », *Dr. soc.*, 2016, p. 531.
[794] Ibid.

tous. Mais l'objectif de cette réorganisation de la santé au travail vise nécessairement à dégager plus de temps médical de manière à ce que le médecin du travail puisse le consacrer significativement à la mise en place de la prévention primaire et à l'action en milieu de travail.

3) Vers le déploiement du temps médical

714.- La question du temps peut revêtir plusieurs aspects. Certains philosophent se sont interrogés : « *qu'est-ce donc que le temps ? Si personne ne me le demande, je le sais ; mais si on me le demande et que je veuille l'expliquer, je ne le sais plus* »[795]. « *Où se situe le temps si ce n'est que dans l'horloge ? Nous croyons le saisir à travers les phénomènes que sont le mouvement, le changement, le devenir, la répétition, la succession, la mort ; dans les faits, les manifestations du temps ne font que confondre sa propre nature avec les divers déploiements qu'il rend possible*s »[796].

715.- Le temps est une réelle problématique spécifique à la santé au travail. Certains rapports mettent en exergue les difficultés en découlant : *« lorsque l'on évoque la question de notre système de santé au travail avec les acteurs « de terrain », la réaction ne se fait pas attendre : « Il y a tant à faire ! », « cela ne fonctionne pas », « on paye une fortune pour une visite de quelques minutes, quel sens cela a ? ». Que l'on se positionne du point de vue de l'employeur ou du salarié, les insatisfactions se font immédiatement ressentir. Du côté des services de santé au travail eux-mêmes, la situation n'est guère satisfaisante et est inégale : « on ne peut pas véritablement prendre le temps de remplir toutes nos missions », « on ne peut pas voir toutes les entreprises dont on a en charge le suivi », « le temps pour aller sur le terrain en entreprise est insuffisant* »[797].

716.- En matière de santé au travail, le temps juridique peut se définir comme les délais imposés par le législateur pour encadrer le suivi de santé et les obligations des acteurs de la santé au travail. Le temps médical en revanche représente le temps de travail d'un médecin du travail.

---

[795] SAINT AUGUSTIN, *Confessions*, XI, 14, 17, Paris, Desclée de Brouwer, 1962.
[796] DEMERS E., *Le temps : conséquences philosophiques*, Université Laval, Québec, 2011, p. 1.
[797] LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, p. 174 ;

Ce temps de travail est réglementé. Une partie doit être dédiée à l'action en milieu de travail (AMT)[798]. En ce sens, le tiers temps médical destiné à l'AMT doit comporter « *au moins cent cinquante demi-journées de travail effectif chaque année, pour un médecin à plein temps. Pour un médecin à temps partiel, cette obligation est calculée proportionnellement à son temps de travail. Ce temps est également consacré par le médecin du travail à sa mission d'animation et de coordination de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail »*[799].

717.- Le « tiers temps médical » est ainsi appelé en raison du fait que « *le médecin devait y passer le tiers de son temps. Ce temps est dévolu à l'action en milieu de travail, visites d'entreprises et des postes de travail. Outre que ce tiers temps était déjà obligatoire depuis 1979 mais non appliqué faute de temps dans la plupart des services* »[800]. La loi de 2021[801] rappelle la nécessité de préserver ce tiers temps médical sans pour autant proposer de véritables solutions de mise en œuvre.

718.- Nos propos cherchent à déployer des moyens juridiques destinés à favoriser l'AMT dédiée à la prévention primaire. Ce temps doit être suffisant pour que le médecin du travail puisse répondre à l'ensemble de ses missions. L'objectif est également de renforcer la valeur juridique des conseils en prévention donnés par le SST. En pratique, plus les services ont une connaissance optimale de l'entreprise, plus les actions de prévention sont efficaces. Par la suite, d'autres conséquences pourraient en découler comme la réduction des inaptitudes, des accidents et maladies professionnels, et le maintien dans l'emploi. Une meilleure qualité de vie au travail accroît *a fortiori* la performance de l'entreprise.

719.- Le législateur définit l'action en milieu de travail par une énumération non limitative. Sont ainsi listées dans le Code du travail « *la visite des lieux de travail, l'étude de postes en vue de l'amélioration des conditions de travail, de leur adaptation dans certaines situations ou du*

---

[798] *C. trav.*, art. R. 4624-4.
[799] *Ibid.*
[800] DORE L., « Evolution de la médecine du travail », *Dr. soc.*, 2004, p. 931.
[801] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2, art. 33 « *Art. L. 4623-3-1.- « Le médecin du travail consacre à ses missions en milieu de travail le tiers de son temps de travail. L'employeur ou le directeur du service de prévention et de santé au travail interentreprises prend toutes les mesures pour permettre au médecin du travail de respecter cette obligation et de participer aux instances internes de l'entreprise et aux instances territoriales de coordination au cours des deux autres tiers de son temps de travail ».*

maintien dans l'emploi, l'identification et l'analyse des risques professionnels, l'élaboration et la mise à jour de la fiche d'entreprise, la délivrance de conseils en matière d'organisation des secours et des services d'urgence,), la réalisation d'analyses et de mesures l'animation de campagnes d'information et de sensibilisation aux questions de santé publique en rapport avec l'activité professionnelle, les enquêtes épidémiologiques, la formation aux risques spécifiques, l'étude de toute nouvelle technique de production, l'élaboration des actions de formation à la sécurité prévues à l'article L. 4141-2 et à celle des secouristes, etc »[802].

720.- La volonté de renforcer la connaissance des entreprises au profit de la prévention de la santé au travail est évoquée au sein du plan santé travail 2016-2020 notamment dans le cadre de l'action 3.5 intitulée « *renforcer les SST*» dans le but de « *Poursuivre la réforme des SST afin de renforcer l'efficacité préventive des actions de suivi de l'état de santé des salariés et des actions menées en milieu de travail, dans le prolongement de la loi du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi, et en lien avec le groupe permanent d'orientation du COCT* »[803]. Le déploiement de la prévention primaire est un axe que le plan national cherche à prioriser. « *Les pistes dégagées par la Stratégie pour les années à venir insistent fortement sur l'exigence de coordination et sur la prévention primaire, rejoignant en cela les axes prioritaires du Plan Santé au Travail 3 (2016-2020). Ce dernier comporte en effet deux axes stratégiques (Prévention primaire et culture de prévention / Qualité de vie au travail, maintien en emploi et performance) appuyé sur un axe support, lui-même composé de deux priorités : la promotion du dialogue social sur les conditions de travail lato sensu et la santé au travail et la rationalisation du système d'acteurs* »[804]. Une autre image doit être donnée à la santé au travail en ce qu'elle ne doit ne plus être réduite à l'organisation des visites médicales.

721.- Dès lors, le temps médical doit pouvoir être organisé de manière à ce que cette AMT puisse être déployée. La réforme de 2016 y a apporté des avancées importantes notamment par la possibilité de déléguer certaines visites à l'infirmier en santé au travail mais cette avancée n'est pas suffisante.

---

[802] INRS, D*roit en pratique. L'équipe pluridisciplinaire de santé au travail*, n° 741, juill.-août 2013, p. 50.
[803] MTEFP, *Plan Santé Travail 3*, 2016-2020, p. 74.
[804] VERKINDT P.-Y., « Travail et santé au travail dans la Stratégie nationale de santé 2018-2022 », *RDSS*, 2018, p. 437.

722.- D'autres mesures ont également été proposées dans l'objectif d'optimiser le temps médical. Le rapport Lecocq évoque ainsi par exemple le fait « *d'optimiser le temps médical et paramédical en instaurant la prise automatisée des mesures physiologiques et saisie des données pour privilégier les entretiens avec les salariés et les actions collectives en entreprise et la diminution des déplacements des médecins, des infirmiers et des salariés* »[805]. La santé au travail est une question de temps[806]. Les mesures évoquées dans nos propos antérieurs[807] ont donc été pensées dans l'objectif de déployer ce temps médical.

723.- **Notre cinquième principe de rénovation** des rapports entre entreprises et SST se caractérise par une volonté de simplification de l'organisation de la santé au travail, tant par l'amélioration de la transmission des données nécessaires à l'organisation du suivi de santé que par la généralisation de la VIP. La simplification relative aux formalités organisationnelles de la santé au travail est destinée à libérer du temps médical disponible pour le consacrer à la prévention primaire et à l'AMT.

Pour pouvoir faciliter les échanges entre SST et entreprises, la clarification des règles juridiques encadrant le fonctionnement logistique des SST est primordial. Dans le souci de garantir aux entreprises adhérentes une mission de prévention pleinement efficace, un décloisonnement entre les domaines de santé publique et santé au travail s'impose également.

B- Vers le décloisonnement de la santé publique et de la santé au travail (Principe VI)

724.- Le cloisonnement entre santé au travail et santé publique représente un frein à la prévention primaire et peut parfois troubler les rapports entre SST et entreprises[808]. Pour être plus cohérente et surtout plus efficace, la prévention doit être appréhendée de manière plus globale. Parmi les évolutions concrètes proposées, la première a été celle de permettre aux médecins du travail d'alimenter le dossier médical partagé (DMP) du salarié (1). Par la suite, le

---

[805] LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, p. 174.
[806] *V.* Partie 1, Chapitre 1, II, A, 2- *Un temps médical insuffisant pour pouvoir répondre aux exigences légales.*
[807] *V.* a) Une meilleure fluidité dans la transmission des données nécessaires à l'organisation des visites, b) la suppression de l'aptitude.
[808] *V.* Partie 1, Chapitre 1, II, B., 2, a) Un climat de méfiance entre médecine curative et médecine de prévention.

plein accès du DMP aux médecins du travail a été dernièrement consacré (2). Ce n'est que par ces deux évolutions que la collaboration entre médecin du travail et médecin généraliste peut être vectrice d'une meilleure prévention (3).

1) La possibilité pour le médecin du travail d'alimenter le DMP du salarié

725.- Le cloisonnement entre santé au travail et santé publique représente aujourd'hui une problématique pour la prévention puisque le doit positif interdit expressément au médecin du travail d'accéder au dossier médical partagé du salarié/patient[809]. Le dossier médical partagé (DMP) est un dossier médical propre à chaque assuré social. Relancé par le décret de 2016[810], il sert désormais de carnet de santé numérique.

726.- Ce dossier se compose de plusieurs rubriques sur l'état de santé d'un patient regroupant les synthèses médicales, les traitements et soins, les comptes rendus, les imageries médicales, les analyses de laboratoire, la prévention, les certificats et déclarations et contient également un espace personnel dans lequel le titulaire du dossier peut déposer les documents de son choix.

727.- Le DMP est accessible par l'intermédiaire d'une plateforme internet et permet aux professionnels de santé autorisés et choisis par le patient de partager partout et à tout moment les informations relatives à l'état de santé de ce patient.

728.- L'objectif de ce partage d'informations est celui d'améliorer le suivi de santé par une collecte centralisée des données ayant fait l'objet d'une analyse ou d'un constat par différents professionnels et spécialistes de santé. Toutefois, il est très peu utilisé, jugé comme trop complexe à mettre en œuvre. De plus, pour avoir accès à ces données, le professionnel de santé doit être choisi et désigné expressément par le patient. Or, parmi les professionnels de santé que

---

[809] Tout manquement aux présentes dispositions donne lieu à l'application des peines prévues à l'article 226-13 du Code pénal.

[810] Décr. n° 2016-1545 du 16 novembre 2016 *autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « dossier médical partagé »*, *JO* n° 268, 18 nov. 2016, texte n° 14 relançant le DMP initialement appelé le « dossier médical personnel » instauré par L. n° 2004-810 du 13 aout 2004 *relative à l'Assurance maladie, JO* n° 190, 17 août 2004, texte n° 2.

le salarié peut désigner comme pouvant avoir accès au DMP, le médecin du travail en était jusqu'à présent exclut[811].

729.- Certains membres du Conseil national de l'ordre des médecins justifiaient cette exclusion par le fait que, contrairement aux autres professionnels de santé, le salarié n'a pas la possibilité de choisir son médecin du travail. Le libre choix est ainsi un droit inhérent à tout patient[812]. Selon l'ordre des médecins, « *ce droit, ainsi que la liberté consentie par la loi d'en faire usage, contribue à la confiance qu'il accorde à son médecin. Cette confiance fonde la responsabilité du praticien. Associé à l'indépendance et à la liberté de prescription, le libre choix constitue un des piliers de l'exercice médical actuel, fidèle à l'esprit et aux pratiques de la médecine. Le rappel - dans le Code de déontologie médicale - de ce droit est là pour faire prendre conscience au médecin qu'il doit à la fois respecter ce droit et en assurer l'application* »[813].

730.- En interdisant aux médecins du travail l'accès au DMP, le Code de santé publique empêchait symboliquement le médecin du travail de partager les informations concernant la traçabilité des expositions professionnelles avec les autres médecins devant prendre en charge la santé du patient/salarié. Or, il existe une réelle interaction entre la vie professionnelle et personnelle d'un patient.

731.- La mission de l'IGAS[814] s'est positionnée en faveur d'un certain décloisonnement en se focalisant principalement sur les maladies cardiovasculaires. Pour en illustrer le propos, « *la prévention primaire des maladies cardiovasculaires est aujourd'hui essentiellement axée sur les facteurs de risque classiques or le rôle de l'environnement professionnel est établi ce qui justifierait une prévention collective englobant tous ces facteurs (…). Permettre une qualité de vie au travail et le maintien dans l'emploi de salariés vivant avec ces maladies chroniques*

---

[811] Décr. n° 2016-1545 du 16 novembre 2016 *autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « dossier médical partagé »*, *JO* n° 268, 18 nov. 2016, texte n° 14.

[812] Ce droit du patient est réaffirmé à l'article L. 1110-8 du Code de la santé publique qui précise que « Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile (…) est un principe fondamental de la législation sanitaire ». Ce droit est également affirmé par l'article L. 162-2 du Code de la sécurité sociale. Il est repris dans les conventions nationales organisant les rapports entre les médecins libéraux et les caisses d'assurance maladie.

[813] Commentaire de l'ordre des médecins de l'article 6 du Code du déontologie médicale < http://www.conseil.national.medecin.fr >.

[814] IGAS, BENSADON A-C., BARBEZIEUX P., *Articulation entre santé au travail et santé publique : une illustration au travers des maladies cardiovasculaires* , mai 2014, p. 119.

constitue un atout pour repérer des situations à risque et adapter au mieux l'orientation des personnes. Cette prévention doit articuler santé au travail et santé publique. (…) L'entreprise apparait ainsi comme un lieu de prévention ». Sur la base de ce constat, la mission propose alors plusieurs recommandations dont celle de structurer et d'optimiser les données de santé au travail afin de les inscrire dans une politique de santé globale.

732.- En ce sens, la centralisation des informations notamment celles relatives au suivi des expositions professionnelles dans le DMP, permettrait de renforcer le dépistage de nombreuses pathologies. Certaines pathologies ou expositions professionnelles influencent plus généralement l'état de santé général du salarié. Certaines d'entre elles peuvent se déclarer plusieurs années après la fin de l'exposition. L'intérêt d'une participation collective de l'ensemble des professionnels de santé issus du préventif comme du curatif parait donc indispensable. Le suivi de santé d'un patient tout au long de sa vie doit intégrer le suivi de santé au travail comme une source de données incontournable.

733.- La transmission des données de santé au travail au sein du DMP peut en être la source. Ce décloisonnement partiel a pu notamment être évoqué dans le rapport Lecocq[815]. A ce sujet, l'alimentation du DMP par le médecin du travail a fait l'objet d'un amendement adopté par l'Assemblée Nationale en mars 2019[816]. Cet amendement a été adopté dans le cadre du projet de loi de modernisation de notre système de santé[817].

734.- Il a été proposé de modifier l'article L. 1111-18 du Code de la santé publique relatif à l'accès au dossier médical partagé par le médecin du travail. Désormais, un volet santé travail est intégré au dossier médical partagé, « *dans le cadre de la médecine du travail »,* mais *« accessible uniquement pour y déposer des documents* ». En d'autres termes, le médecin du travail a la possibilité d'alimenter le DMP. Les données renseignées peuvent être consultées par le médecin traitant. Par ailleurs, ce projet de loi crée une plateforme des données de santé et la substitue à l'Institut National des Données de Santé, afin de réunir, organiser et mettre à

---

[815] LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, p. 174.
[816] Projet de loi n° 1681 *relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé*, Assemblée Nationale, amendement n° 1940, 16 mars 2019.
[817] L. n° 2019-774 du 24 juillet 2019 *relative à l'organisation et à la transformation du système de santé*, *JO* n° 172 du 26 juillet 2019, texte n° 3.

disposition les données du système national des données de santé. L'adoption d'un amendement en première lecture, ajoute au titre des données recueillies dans ce cadre, les données de « *prévention* » issues notamment de la « *médecine du travail* ». Cet amendement entrera en vigueur le 1er juillet 2021.

735.- Toutefois, cette première étape vers le décloisonnement de la santé au travail et de la santé publique a fait l'objet de beaucoup de critiques. Le manque de réciprocité de la mesure laissait les médecins du travail relativement perplexes quant à la volonté de partager ces données de santé.

736.- L'appréhension de la santé au travail nécessite une autre évolution indispensable : celle du libre accès au DMP par le médecin du travail.

2) Le libre accès aux données de santé par le médecin du travail : analyse comparée avec le Québec.

737.- L'accès au DMP a jusqu'alors été expressément interdit aux médecins du travail. « *Le dossier médical partagé n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail* »[818]. Pour le moment, le médecin du travail ou l'infirmier en santé au travail ne s'appuient que sur les données de santé que le salarié leur communique. Cela représente un réel frein à la prévention, puisqu'il n'existe aucune garantie que les informations transmises par le salarié sur son état de santé soient vraies et complètes. De plus, le droit français, dans un certain sens, octroie la possibilité de mentir ou de garder le silence sur les éléments de l'état de santé[819]. A ce sujet, une analyse de droit comparé a pu être commentée : « *au Québec comme en France, le candidat pourrait être tenté de cacher son état de santé, voire de mentir pour éviter d'être écarté du processus d'embauche. Si au Québec, les obligations synallagmatiques contractuelles semblent avoir préséance sur les règles limitant la collecte des renseignements discriminatoires ou portant atteinte à la vie privée, en revanche, en France, les droits des employés en cette matière sont absolus, y compris lors d'une fausse déclaration, au moins à l'employeur. Les obligations de l'employeur au regard de la protection de la santé et de la vie privée ne se limitent d'ailleurs*

[818] *C. santé publ*., art. L. 1111-18.
[819] C. civ., art. 9 : « Chacun a droit au respect de sa vie privée ».

pas à l'interdiction de licencier. Il semble toutefois que l'obligation de sécurité incombant au salarié puisse être de nature à nuancer cette assertion, notamment pour ce que le salarié devrait révéler de son état de santé au médecin du travail »[820]. En pratique, il nous semble difficile de pouvoir sanctionner disciplinairement un salarié sur le principe de son obligation de sécurité parce qu'il aurait passé sous silence ou menti sur un élément de son état de santé. La preuve en la matière nous semble particulièrement difficile à apporter du côté de l'employeur du fait du secret médical.

738.- Sur ce point, la Cour de cassation a eu l'occasion de façonner sa position dans le cadre d'un arrêt de 2005 pour lequel elle a dû répondre à la « *question inédite de savoir si le silence gardé lors de l'embauche par un salarié sur son handicap, qui est de nature à avoir une influence sur sa capacité à exercer son activité professionnelle, constitue une réticence dolosive pouvant entraîner la nullité du contrat de travail* »[821]. Le dol se caractérise par le silence d'une partie dissimulant à son cocontractant un fait qui, s'il avait été connu de lui, l'aurait empêché de contracter. Pour traiter cette problématique la Haute Cour s'est appuyée sur plusieurs décisions de la chambre sociale notamment une décision de 1990 affirmant que « *n'a pas un caractère dolosif le silence d'un salarié à qui il est reproché d'avoir dissimulé lors de son embauche une condamnation pénale, les juges du fond ayant relevé que celui-ci n'avait pas l'obligation de faire mention d'antécédents judiciaires* »[822] et que « *la fourniture de renseignements inexacts par le salarié lors de l'embauche n'est un manquement à l'obligation de loyauté susceptible d'entraîner la nullité du contrat de travail que si elle constitue un dol* »[823]. Sur ces fondements la chambre sociale de la Cour de cassation a, par la suite, été amenée à conclure « *avec la plus grande netteté que l'employeur qui fait commencer le travail à son salarié, recruté avec une période d'essai, sans le soumettre au préalable à la visite médicale d'embauche, ne peut se prévaloir d'un dol du salarié quant à son état de santé ou à son*

---

[820] FANTONI-QUINTON S., LAFLAMME A.-M., « Garder le silence ou mentir sur son état de santé : quelles conséquences juridiques pour le candidat à l'embauche ? Une approche comparée France/Québec », *Dr. soc.*, 2016, p. 19.

[821] Cass. soc., 21 sept. 2005, Association Languedoc aides et services, n° 03-44.855, *Bull. civ.*, V, n° 262, *JCP E* 2006, 1262, note J. Mouly, *JCP S* 2005, 1331, note P.-Y. Verkindt, *RJS* 2005, comm. n° 1163.

[822] Cass. soc., 25 avr. 1990, Association pour la réadaptation des blessés de la route et autres handicapés, n° 86-44.148, *Bull. civ.*, V, n° 186, *Cah. soc. barreau Paris* 1990, A.38, p. 165, *D.* 1991, *Jurispr.*, p. 507, note J. Mouly.

[823] Cass. soc., 30 mars 1999, Société Elsydel, n° 96-42.912, *Bull. civ.*, V, n° 142, *JCP G* 1999, II, 10195, note J. Mouly, *Cah. soc. barreau Paris* 1999, A. 35, p. 235, note M. Hue.

handicap, les renseignements relatifs à l'état de santé d'un candidat à l'emploi ne pouvant être confiés qu'au médecin chargé de l'examen médical d'embauche »[824].

739.- Ainsi, en France, en cas de mensonge du salarié, l'employeur ne peut prétendre à la nullité du contrat de travail en arguant la théorie du dol. En d'autres termes, l'employeur ne peut se prévaloir du fait qu'il n'aurait pas embauché le salarié s'il avait été informé de son état de santé pour faire annuler le contrat. En ce sens, certains auteurs estiment que « *face à la découverte tardive d'un problème de santé préexistant et incompatible avec le poste de travail et en dehors de cas très limités, l'employeur ne peut non seulement pas rompre le contrat de travail, mais il doit aller beaucoup plus loin, car pèsent sur lui des obligations qui peuvent précisément être engendrées par le mensonge éventuel* »[825]. L'employeur doit s'en remettre à l'avis du médecin du travail qui ne dispose actuellement que d'un seul moyen pour tenter de contrecarrer le mensonge ou le silence du salarié sur son état de santé : celui de la prescription d'examens complémentaires.

740.- La question a pu être traitée différemment en période d'urgence sanitaire. Selon le protocole instauré, *« il a pu être imposé aux salariés de faire des remontées sur les contaminations pour que l'employeur réponde à ses obligations légales, notamment celles relatives à sa collaboration avec les autorités sanitaires* »[826]. En ce sens, la CNIL admet *« ainsi le rappel aux salariés de leur obligation « aux seules fins de lui permettre d'adapter les conditions de travail » et à « leur transmission par la mise en place, au besoin, de canaux dédiés et sécurisés »*[827]. Dans ce contexte, sur le fondement de l'obligation de sécurité du salarié, il lui est imposé d'informer l'employeur en cas de contamination au coronavirus. Pour certains auteurs cela peut représenter une certaine atteinte aux droits des salariés « *ces interprétations créent elles-mêmes un flou synonyme d'insécurité juridique pour les entreprises et susceptible de générer des atteintes aux droits des salariés. Ce droit provisoire sans cesse changeant, qui tend à la pérennité, accorde de nouveaux moyens destinés à la mise en œuvre*

---

[824] *Ibid*.
[825] FANTONI-QUINTON S., LAFLAMME A.-M., « Garder le silence ou mentir sur son état de santé : quelles conséquences juridiques pour le candidat à l'embauche ? Une approche comparée France/Québec », *Dr. soc.* 2016, p. 19.
[826] Ministère du Travail, de l'emploi et de l'insertion, *Protocole National pour assurer la santé et la sécurité des salariés en entreprise face à l'épidémie de COVID-19*, 2020, p. 20.
[827] CNIL, Coronavirus (COVID-19) : Les rappels de la CNIL sur la collecte de données personnelles par les employeurs, 23 sept. 2020, p. 3.

par l'employeur de son obligation de sécurité »[828]. Cette situation a permis de mettre en évidence un devoir de responsabilisation du salarié face à son obligation de sécurité.

741.- De ce point de vue, en dehors de l'état d'urgence sanitaire l'accès du médecin du travail aux données de santé permettrait d'assurer une certaine protection des droits des salariés notamment en matière de secret médical tout en garantissant à l'employeur la validité médicale des avis rendus. Le rapport Issindou[829] dans ses recommandations 14 et 15 dénonçait déjà cette problématique. « *En cible, le Dossier médical personnel*[830] *permettra de refonder le dialogue entre le médecin et le patient, et donnera à ce dernier la possibilité d'être un acteur de sa santé. Mais en termes de trajectoire, cela ne sera possible que lorsque les professionnels de santé seront à même d'utiliser pleinement le dossier patient électronique et les fonctions de partage et d'échanges de l'information qu'il recèle* ».

742.- Cette préconisation a pu être reprise au sein de la récente proposition de loi en santé travail. Elle évoque le fait que *« le développement du numérique peut être un moyen d'assurer un lien plus étroit avec les entreprises et salariés accompagnés. L'accès des professionnels de santé en charge du diagnostic et du soin au dossier médical de santé au travail (DMST) et l'accès des médecins et infirmiers en santé au travail au dossier médical partagé permettront un suivi médical prenant en compte la globalité de la santé du travailleur qui est également un patient, notamment en permettant au médecin traitant de connaitre les expositions professionnelles »*[831]**.** Ce libre accès serait, dès lors, soumis à l'accord du salarié.

743.- La loi d'aout 2021 a consacré cette proposition en énonçant désormais que *« le médecin du travail chargé du suivi de l'état de santé d'une personne peut accéder à son dossier médical partagé et l'alimenter, sous réserve de son consentement exprès et de son information préalable*

---

[828] KEIM-BAGOT M., MOIZARD N., « Santé au travail et pandémie : les droits du salarié en recul ? », *Rev. Trav.*, 2021, p. 25.
[829] IGAS, ISSINDOU M., PLOTON C., FANTONI-QUINTON S., BESSANDON A.-C., GOSSELIN H., *Rapport du groupe de travail "Aptitude et Médecine du Travail"*, 2015, p. 116.
[830] Ancienne appellation abrogée par Décr. n° 2016-1545 du 16 novembre 2016 *autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « dossier médical partagé », JO* n° 268, 18 nov. 2016, texte n° 14 relançant le DMP initialement appelé le « dossier médical personnel » instauré par L. n° 2004-810 du 13 aout 2004 *relative à l'Assurance maladie, JO* n° 190, 17 août 2004, texte n° 2.
[831] PARMENTIER-LECOCQ C., GRANDJEAN C., CASTANER C., KHATTABI F., CLOAREC-LE NABOUR C., *Proposition de loi n° 3718 , pour renforcer la prévention en santé au travail,* déposée le mercredi 23 décembre 2020, Enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 décembre 2020, p. 27.

quant aux possibilités de restreindre l'accès au contenu de son dossier »[832]. La loi confirme la position consacrée par la jurisprudence en matière de responsabilité du salarié sur les données qu'il aurait choisi de cacher au médecin du travail. En effet, elle dispose que *« le travailleur peut s'opposer à l'accès du médecin du travail chargé du suivi de son état de santé à son dossier médical partagé mentionné à l'article L. 1111-14 du code de la santé publique. Ce refus ne constitue pas une faute et ne peut servir de fondement à l'avis d'inaptitude mentionné à l'article L. 4624-4 du présent code. Il n'est pas porté à la connaissance de l'employeur »*[833].

744.- Par cette évolution, le législateur s'est senti obligé d'évincer la crainte de la sanction de l'inaptitude. Selon nous, il faudrait aller plus loin dans le décloisonnement. La liberté d'accès du médecin du travail aux données de santé ne pourrait pas être totalement attribuée sans passer par la suppression de la notion d'aptitude évoquée au cours de l'un de nos principes rénovateurs. Cette logique de sélection de l'aptitude ne semble pas coïncider avec l'objectif de prévention fondant le partage des données médicales.

745.- Permettre au médecin du travail, avec l'accord du salarié, d'avoir accès aux données de santé permettrait de renforcer cette mission principale de prévention. Cette avancée ouvrirait la voie de l'interaction entre la médecine préventive et la médecine curative.

3) Vers la naissance d'une nouvelle collaboration entre médecine préventive et curative

746.- La santé au travail est assez isolée de la santé publique. Une frontière est bel et bien perceptible entre la médecine de soin et la médecine de prévention. A l'origine, cette position a pu être appuyée par une décision du Conseil d'Etat de 1997 confirmant la légalité de l'arrêté du ministre du travail et des affaires sociales du 18 octobre 1996 fixant le modèle du formulaire de "*carnet de santé*" précisant que les médecins du travail n'ont pas accès aux informations qu'il contient. Le syndicat général des médecins du travail et le syndicat national professionnel des

---

[832] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2, art. 15.

[833] *C. trav.,* art. L. 4624-8-1.

médecins du travail avaient contesté la légalité de cet arrêté ministériel. Pour rejeter leur demande, l'argumentation du Conseil d'Etat affirmait que le médecin du travail a un rôle exclusivement préventif et non de soin ce qui ne lui donnait pas le droit d'avoir accès aux données de santé exclusivement nécessaires au rôle curatif des autres médecins. Le Conseil d'Etat énonçais que « *les services médicaux du travail sont assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de "médecins du travail" et dont le rôle exclusivement préventif consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs ; sauf cas d'urgence ou prévu par la loi, un médecin qui assure un service de médecine préventive pour le compte d'une collectivité n'a pas le droit d'y donner des soins curatifs* »[834].

747.- La portée de cette décision est contestable puisque l'activité préventive gagnerait en efficacité si le médecin avait accès aux données de santé du salarié. De plus, ce n'est pas parce que la médecine du travail n'a pas de vocation curative qu'elle n'influence pas la santé générale d'un salarié. Une collaboration entre médecine préventive et médecine curative existe d'ores et déjà en pratique et permet le plus souvent de mieux prendre en charge certains salarié/patients. Par exemple, il arrive que la médecine du travail détecte certaines maladies à l'occasion de dépistages tels que ceux relatifs aux différents types de diabète. Dans ces situations, le médecin du travail renvoie le salarié vers la médecine de soin de manière à ce qu'un traitement puisse être administré au patient.

748.- Toutefois, le Conseil d'État reste encore sceptique. Il a su rappeler que la proposition de loi devait entourer de garanties l'accès au DMP dans le cadre de la médecine du travail. Le Conseil d'Etat a, en effet, estimé « *nécessaire de compléter les garanties offertes au patient en prévoyant qu'aucune conséquence ne saurait être tirée du refus du salarié d'autoriser le médecin du travail à accéder à son dossier médical partagé* ». De surcroit, il recommande « *que les informations dont le médecin du travail prend connaissance en consultant le dossier médical partagé du salarié soient exclues de celles qu'il est tenu, en cas de litige, de communiquer au médecin mandaté par l'employeur, en application de l'article L. 4624-7* du Code du travail »[835].

---

[834] CE, 1re et 4e SSR, 1er déc. 1997, req. n ° 18531, 185791 et 188424, *Rec. Lebon*.
[835] CE, Ass., 4 févr. 2021, *Avis sur la proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail*, req. n° 401.872.

749.- Pourtant, une certaine réciprocité entre médecine de soin et médecine de prévention semble indispensable au suivi de santé d'un patient/salarié. Selon nous, l'accord du salarié représente une garantie suffisante, l'objectif étant de permettre de gagner du temps dans la gestion du suivi de santé. La sécurité du dispositif doit également reposer sur une relation de confiance entre l'ensemble des professionnels de santé, ce qui ne semble pas encore acquis. Il s'agit là de centraliser les problématiques de santé au cœur d'une interaction entre la vie professionnelle et personnelle d'un patient. Le partage des données et la réciprocité des échanges bénéficierait, d'une part, au suivi de santé professionnel d'un salarié, d'autre part, à la préservation de la santé globale d'un patient.

750.- **Le sixième principe rénovateur**[836] s'attacherait à faire évoluer les règles juridiques permettant un décloisonnement effectif de la santé au travail et de la santé publique au travers d'une liberté d'accès aux données de santé de façon simplifiée. Cet échange de données doit rester soumis à l'accord du salarié. Une nouvelle collaboration entre l'ensemble du corps médical servirait ainsi à un objectif de prévention de santé publique.

751.- Néanmoins, si nos propos s'attachent à consacrer une nouvelle vision de la santé au travail fondée autour d'une meilleure interaction avec l'ensemble des préventeurs, elle doit également se traduire par une responsabilisation partagée en la matière.

II. Une mission collective de prévention

752.- La prévention[837] doit désormais représenter une obligation collective. Selon certains auteurs, « *la prévention doit articuler santé au travail et santé publique comme en témoignent les structures de santé qui font du maintien de l'activité professionnelle une dimension forte de la prise en charge du malade et les services de santé au travail qui se sont organisés pour gérer ce risque. L'entreprise apparait ainsi comme un lieu de prévention. Le cloisonnement entre les différents acteurs peut être surmonté* »[838]. La responsabilité de l'employeur doit rester le

---

[836] *V.* Annexe 10 synthétisant l'ensemble des principes proposés de rénovation des rapports entre entreprises et SST.
[837] *V.* Partie 1 Chapitre 1, Section I. I. A. *la prévention une notion difficile à appréhender.*
[838] IGAS, BENSADON A.-C., BARBEZIEUX P., *Articulation entre santé au travail et santé publique : une illustration au travers des maladies cardiovasculaires,* mai 2014, p. 119.

principe juridique fondateur en ce que l'employeur représente le garant de la santé/sécurité de ses salariés du fait de son pouvoir de direction qu'il est le seul à détenir[839]. En ce sens, l'entreprise doit intégrer pleinement la prévention dans ses objectifs managériaux (A.). Cependant l'ensemble des développements précédents a su mettre en évidence le fait que l'entreprise ne peut à elle seule gérer l'ensemble des problématiques de santé au travail. Un appui technique est aujourd'hui indispensable. Un partage des responsabilités entre l'entreprise et l'ensemble des acteurs gravitant autour de la santé au travail doit d'être étudié (B.)[840].

A- La consécration d'une obligation de prévention (Principe VII)

753.- La prévention doit pouvoir s'insérer dans la politique managériale des entreprises en tant qu'objectif à atteindre. Les fondements juridiques doivent se construire de manière à insuffler aux entreprises la volonté de mettre en place une véritable culture de la prévention. Les juges ont amorcé ce changement d'optique en abandonnant la théorie juridique de l'obligation de sécurité de résultat. Toutefois, il convient désormais de consacrer cette évolution au sein des textes normatifs. L'objectif est celui de promouvoir une obligation de prévention à la place d'une obligation de sécurité (1). Pour que cette obligation de prévention puisse être effective il convient de renforcer la valeur juridique des préconisations du médecin du travail (2) pour enfin pouvoir entrevoir la prévention en tant qu'obligation collective (3).

1) La promotion de l'obligation de prévention plutôt que de l'obligation de sécurité

754.- Le système de santé au travail repose sur une obligation générale de sécurité[841] depuis l'arrêt Air France de 2015. Les juges du droit estimaient que *« ne méconnaît pas l'obligation légale lui imposant de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, l'employeur qui justifie avoir pris toutes les mesures*

---

[839] *C. trav.*, art. L. 4121-1.
[840] *V.* Annexe 10 synthétisant l'ensemble des principes proposés de rénovation des rapports entre entreprises et SST.
[841] *V.* Partie 1, Chapitre 2, II, B. 2- L'évolution jurisprudentielle des fondements de la responsabilité de l'employeur.

prévues par les articles L. 4121-1 et L. 4121-2 du Code du travail »[842]. Les déclinaisons qui ont suivies en 2016 dans le cadre du harcèlement moral ont continué d'affirmer « *que ne méconnaît pas l'obligation légale lui imposant de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, notamment en matière de harcèlement moral, l'employeur qui justifie avoir pris toutes les mesures de prévention prévues par les articles L. 4121-1 et L. 4121-2 du Code du travail et qui, informé de l'existence de faits susceptibles de constituer un harcèlement moral, a pris les mesures immédiates propres à le faire cesser (…) notamment, avait mis en œuvre des actions d'information et de formation propres à prévenir la survenance de faits de harcèlement moral*»[843]. Cette disposition a, par la suite, été reprécisée : « *les actions que l'employeur doivent mettre en œuvre pour protéger la santé physique et mentale des salariés concernent la prévention des risques professionnels et l'évaluation de ceux qui ne peuvent être évités* »[844] . L'évolution de cette jurisprudence a pu amener à s'interroger sur la portée et l'existence même de l'obligation de sécurité de résultat[845] pour en conclure que les juges semblent désormais se fonder sur une obligation de sécurité que certains auteurs qualifient *« de moyens renforcés* »[846].

755.- La rénovation des rapports entre SST et entreprises nécessite une consécration législative de cette position jurisprudentielle. Le fil directeur des développements étant la prévention, il semblerait qu'il faille consacrer au sein de nos fondements juridiques, l'existence d'une obligation légale de prévention.

756.- Le caractère systématique d'une condamnation de l'entreprise sur le simple fondement de la réalisation du dommage a longtemps freiné la mission première de prévention qui s'avère

---

[842] Cass. soc., 25 nov. 2015, Société Air Inter, n° 14-24.444, FP P+B+R+I, *JCP S* 2016, 1011, étude M. Babin ; *JCP E* 2016, 1146, obs. A. Bugada, *D.* 2016, p. 144, Chron. E. Wurtz, *D*. 2016, p. 807 obs. P. Lokiec, *Gaz. pal.* 12 janv. 2015, p. 68, note C. Frouin, *RDC* 2016, p. 217, note G. Viney, *JSL* 2016, n° 401-1, note A. Dejean de La Bâtie.

[843] Cass. soc., 1er juin 2016, Société Finimétal, n° 14-19.702, FS-P+B+R+I, *JCP E* 2016, 1452, note *D.* Chenu, *JCP G* 2016, 822, note J. Mouly, *JCP S* 2016, 1220, note G. Loiseau.

[844] Cass. soc., 1er fév. 2017, Société JPS meubles déco, n° 15-24.166, F-D.

[845] Colloque du 3 Décembre 2018, LEREDS, Lille, *Que reste-t-il de l'obligation de sécurité de résultat ?* Conférence avec BAREGE A., Maître de conférences à l'Université de Lille, modérateur ; DENDOUGA D. Avocate au Barreau de Lille ; BARBE C., Avocate au Barreau de Lille, Solucial avocats ; FANTONI S., Professeur des Universités, Praticien hospitalier.

[846] Il s'agit d'une position doctrinale partagée par plusieurs auteurs. *Ibid.*, ANTONMATTEI P-H., « Obligation de sécurité de résultat : virage jurisprudentiel sur l'aile ! », *Dr. soc.*, 2016, KEIM-BAGOT M., JEANSEN A., « Quel devenir pour l'obligation patronale de sécurité ? », *Rev. trav*., 2016, p. 222. BOURGEOT S, BLATMAN M., « De l'obligation de sécurité de l'employeur au droit à la santé des salarié », *Dr. soc.*, 2006, p. 653.

dans cette logique complètement inutile. Le président de la chambre sociale de la Cour de cassation a pu s'exprimer sur ce virage jurisprudentiel en le qualifiant de « *retour à une stricte application de la loi. Ce retour recouvre deux choses : l'application de la loi, toute l'application de la loi, mais rien que l'application de la loi, et corrélativement une extrême prudence à l'égard de la création de notions juridiques nouvelles, la jurisprudence s'étant parfois laissée dépasser par des notions juridiques nouvelles créées par elle-même et qu'elle ne maîtrisait plus. L'évolution de la jurisprudence sur l'obligation de sécurité, d'abord qualifiée d'obligation de résultat et qui ne l'est plus, tout simplement parce que la notion d'obligation de résultat ne semble guère correspondre à ce dont les dispositions légales des articles L. 4121-1 et suivants du Code du travail chargent l'employeur, à savoir prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Aussi détaillée soit-elle, cette disposition ne semble pas faire plus que prescrire des moyens à utiliser afin de maximiser les chances du salarié d'achever indemne l'exécution de sa prestation de travail, ce qui n'est ni plus ni moins qu'une obligation de moyens* »[847].

757.- La logique associée à l'obligation de résultat rendait vaine (en termes de responsabilité civile) toute intention de mise en place de mesures de prévention puisque dans la majorité des cas, si un accident du travail survenait, l'entreprise s'en trouvait régulièrement condamnée malgré la mise en place d'actions en matière de prévention. Cette tendance jurisprudentielle a eu pour effet de décourager et de désinvestir les acteurs de la prévention. Ce passé jurisprudentiel a particulièrement marqué les entreprises qui restent à l'heure actuelle sceptiques sur le sujet et sont marquées par l'automatisme des précédentes condamnations.

758.- Pourtant, le revirement jurisprudentiel est à l'heure actuelle pleinement établi et a dernièrement été édicté au sein du protocole national pour assurer la santé des salariés face au COVID-19[848] par l'obligation pour les entreprises de « *mettre en œuvre ces mesures de prévention dans le cadre d'un dialogue social interne et après avoir informé les salariés conformément aux principes généraux de prévention en matière de protection de la santé et sécurité au travail* ». C'est la première fois que le gouvernement consacre véritablement

[847] FROUIN J.-Y., « La jurisprudence sociale rentre dans le rang », *Conférence d'actualité jurisprudentielle*, *Liaisons Sociales*, 5 oct. 2017.
[848] Ministère du Travail, de l'emploi et de l'insertion, *Protocole National pour assurer la santé et la sécurité des salariés en entreprise face à l'épidémie de COVID-19*, 2020, p. 20.

l'obligation de prévention. A ce titre, certains se sont demandés si ce protocole n'avait pas force normative et n'était pas source de droit[849]. Le Conseil d'Etat, le 19 octobre 2020, s'est prononcé en considérant que *« le protocole, qui a pour objet de contribuer à assurer la sécurité des salariés en entreprise, ne peut être regardé comme pris sur le fondement de la loi du 9 juillet 2020 mais sur celui des dispositions de l'article L. 4121-1 du Code du travail dont il constitue une « déclinaison opérationnelle (…). Le protocole n'est qu'un ensemble de recommandations ne revêtant pas un caractère obligatoire »*[850].

759.- L'obligation de prévention serait, en réalité, une déclinaison des principes de prévention[851] imposés par le législateur. Le revirement de jurisprudence opéré depuis 2015 n'est pas suffisamment consacré en tant que tel. Il semble qu'il existe une certaine crainte que la disparition de l'obligation de sécurité de « *résultat* » se traduise par une moindre prévention. Notre raisonnement entend, dès lors, clarifier cette situation en abandonnant toute référence à ce principe de sécurité au profit d'une réelle obligation de prévention.

760.- En changeant l'appellation de ce fondement, l'appréhension par les juges d'une obligation de moyen plutôt que de résultat semblerait plus logique. En matière de droit des contrats, les juges opèrent un contrôle de l'exécution de l'obligation pour différencier selon qu'elle est de moyens ou de résultats. Ainsi, selon certains auteurs, il semblerait que « *l'obligation est de résultat lorsque le débiteur a la peine maitrise de l'exécution de la prestation due. Inversement, l'obligation est plutôt de moyens, lorsqu'il existe un aléa quant à l'obtention du résultat promis* »[852]. *In extenso*, l'exécution de l'obligation de sécurité semble pouvoir être maitrisée alors qu'en matière d'obligation de prévention, l'aléa entre pleinement en jeu.

761.- Nos principes rénovateurs souhaitent consacrer cette obligation plus adéquate de prévention. Les juges devront chercher à vérifier l'implication de l'entreprise en matière de

---

[849] CASTEL D., « Obligation de sécurité – Crise sanitaire – Le protocole national, source de droit ? », *JA*, 2020, n° 628, p. 11.
[850] CE, 19 oct. 2020, req. n° 444809.
[851] *C. trav.*, art. L. 4121-1.
[852] BAMBDE A., *Le droit dans tous ces états, Droits des obligations, Théorie générale des obligations*, juill. 2016, p. 24.

prévention comme c'est le cas dans les arrêts récents[853]. Ce principe implique un certain rééquilibrage des obligations et responsabilités de chaque préventeur de la santé au travail. La responsabilité du salarié doit également être étudiée.

762.- La crise sanitaire a permis de prendre la mesure de l'extension de l'obligation de prévention. Les décisions récentes en la matière illustrent pleinement cette orientation. Par exemple, la condamnation d'Amazon[854] pour non-respect des mesures de prévention a eu une résonnance particulière. Pour certains auteurs, « *cette décision – comme celle rendue à propos de La Poste – tient ainsi lieu d'illustration concrète des obligations qui pèsent sur l'employeur en matière de santé et de sécurité dans le contexte épidémique. Les entreprises devront en particulier veiller à procéder à une évaluation approfondie des risques (sans bien sûr omettre les risques psychosociaux), qu'il leur appartient de reporter dans le document unique d'évaluation des risques tout en prenant les mesures de prévention adéquates (en application des art. L. 4121-3 et R. 4121-1 à 4 C. trav.). Cette opération ne pourra se faire sans y associer les représentants des salariés, le comité social économique (CSE) devant par ailleurs – lorsqu'il existe – être consulté en cas de modification importante de l'organisation du travail* »[855]. Une obligation de prévention semble déjà pleinement consacrée par les juges, nous pensons qu'une codification de cette disposition doit être mise en œuvre.

763.- L'implication de l'ensemble des acteurs de la prévention à savoir les SST (participant à l'évaluation des risques), le CSE et les salariés aux côtés de l'entreprise est primordiale. Cette nouvelle orientation permettrait de responsabiliser l'ensemble des préventeurs. Cependant, avant toute chose, il conviendrait en parallèle de renforcer les préconisations du médecin du travail et de valoriser les actions des SST.

---

[853] Cass. soc., 21 oct. 2020, Société PBM, n° 19-15.376, F-D ; Cass. soc., 22 mai 2019, Société Iseki France, n° 18-11.274, F-D ; Cass. soc., 5 avr. 2018, Société BNC, n° 16-24.232, F-D ; Cass. soc., 14 févr. 2018, n° 16-20.952, F-D.

[854] TJ Nanterre, ord., 14 avr. 2020, Amazon France Logistique, RG n° 20/00503, inédit, *JCP S* 2020, 2005, note L. Gamet, *JCP G* 2020, 523, obs. B. Bossu, *RDT* 2020. 351, obs. F. Guiomard ; V. égal. CA Versailles, 14e ch, 24 avr. 2020, RG n° 20/01993, inédit.

[855] MALFETTES L., « Coronavirus : confirmation de la condamnation d'Amazon en appel », *Dalloz actualité*, 29 avr. 2020, p. 3.

2) Le renforcement des préconisations du médecin du travail

764.- Pour que les juges puissent reconnaitre l'effectivité de la prévention et ainsi exonérer l'employeur de sa responsabilité, les mesures prises doivent répondre pleinement aux besoins des salariés. Les entreprises doivent pouvoir s'appuyer sur le SST pour identifier précisément les risques professionnels et mettre en place une politique de prévention adéquate. L'appui du médecin du travail et de son équipe pluridisciplinaire apparait là encore incontournable.

765.- Le Code du travail prévoit déjà l'obligation pour l'employeur de prendre en compte les préconisations du médecin du travail : « *l'employeur est tenu de prendre en considération l'avis et les indications ou les propositions émis par le médecin du travail en application des articles L. 4624-2 à L. 4624-4. En cas de refus, l'employeur fait connaître par écrit au travailleur et au médecin du travail les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite* »[856]. Toutefois, le législateur de 2016[857] n'a fait que rééditer une disposition qui existait auparavant[858]. Ce besoin de renforcer la prise en compte des préconisations du médecin du travail est dû au fait qu'en pratique, certains employeurs décident volontairement de ne pas les suivre sans ressentir le besoin de s'en justifier.

766.- Une évolution juridique supplémentaire doit être proposée de manière à donner plus de force aux préconisations du médecin du travail. Si le fait de suivre l'ensemble des préconisations du médecin du travail permettait d'assurer à l'employeur une protection susceptible de l'exonérer en partie de sa responsabilité ou d'en limiter les conséquences indemnitaires, cette disposition y trouverait tout son intérêt. *A contrario*, s'il est avéré que l'employeur omet de respecter les préconisations du médecin du travail sans s'en justifier ou bien si sa justification est insuffisante alors sa responsabilité s'en retrouverait automatiquement engagée voire aggravée en cas d'action délibérée.

---

[856] *C. trav.*, art. L. 4624-6.
[857] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.
[858] Extrait C. trav., art. L. 4624-1 en vigueur du 1er mai 2008 au 19 août 2015 : « L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. »

767.- Notre principe rénovateur n'est qu'une retranscription de la position de la chambre sociale qui affirme de manière constante la volonté de rendre effectives les préconisations émises par les médecins du travail[859]. Cependant la haute Cour a longtemps continué d'utiliser le fondement de l'obligation de sécurité de résultat dans son argumentation notamment en matière de risques psychosociaux (RPS). En 2016, les juges du droit estimaient que « *le non-respect des préconisations du médecin du travail sur l'organisation d'une procédure disciplinaire peut laisser présumer l'existence d'un harcèlement moral* »[860] et que « *l'employeur manque à son obligation de sécurité de résultat lorsqu'il ne justifie pas l'absence de mise en œuvre des préconisations du médecin du travail* »[861]. Si l'obligation de prévention était clairement codifiée, le fondement visé pourrait être actualisé.

768.- En outre, la problématique de la contestation des préconisations du médecin du travail doit également être posée. Avant 2016[862], salarié comme employeur pouvait former un recours en contestation contre l'inspecteur du travail qui se basait sur l'avis du médecin inspecteur du travail pour statuer. Désormais, cette faculté est attribuée aux conseils de prud'hommes qui peuvent statuer sans nécessairement faire appel au médecin inspecteur du travail. Il semble alors que cette évolution n'aille pas dans le sens de la logique choisie dans notre raisonnement. En effet, si l'entreprise a pour obligation de suivre les préconisations du médecin du travail c'est parce que seul le médecin du travail a connaissance de données de santé qu'il ne peut dévoiler.

769.- Les ordonnances Macron[863] sont venues à l'encontre de cette interprétation en ajoutant que l'employeur peut mandater un médecin qui se verra notifier les éléments médicaux ayant justifié l'avis du médecin du travail.

---

[859] Cass. soc., 7 janv. 2015, Association Solidarité mutuelle des coopérateurs de Romilly-sur-Seine, n° 13-15.630, F-D, *JCP S* 2015, 164, note D. Corrignan-Carsin ; Cass. soc., 2 mars 2016, Syndicat intercommunal de distribution d'eau du Nord, n° 14-19.639, F-D ; Crim., 9 nov. 2017, n° 16- 19.095, F-D ; Cass. soc., 24 oct. 2018, Association Pour la Réadaptation des Infirmes Mentaux, aux droits de laquelle vient la Fondation des Amis de l'Atelier, n° 17-18.753, F-D ; Cass. soc., 12 déc. 2018, Société Chris propreté, n° 17-22.697, F-D ; Cass. soc., 27 juin 2018, Association sauvegarde 71, n° 17-15.438, F-D..

[860] Cass. soc., 9 mars 2016, RATP, n° 14-23.182 et n° 14-23.587, F-D.

[861] Cass. soc., 2 mars 2016, Syndicat intercommunal de distribution d'eau du Nord, n° 14-19.639, F-D.

[862] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO n° 184, 9 août 2016, texte n° 3.

[863] Ord. n° 2017-1387 du 22 sept. 2017 relative à la prévisibilité et à la sécurisation des relations de travail, JO n° 223, texte n° 33.

770.- Pour autant, seul un expert en santé au travail semble détenir les compétences nécessaires pour pouvoir se prononcer sur les avis émis par le médecin du travail de l'entreprise. Les préconisations médicales sont fondées sur la connaissance de l'état de santé du salarié en plus de la connaissance des postes de travail l'entreprise et des conditions de travail et de l'environnement de travail de l'entreprise. On voit mal comment le conseil de prud'hommes pourrait statuer sur le bien-fondé d'un avis médical sans avoir ces connaissances alors qu'on recommande justement à l'entreprise de faire appel à des experts en santé au travail pour mettre en place des mesures de prévention. Au même titre qu'il est possible de faire appel d'une décision de justice devant une autre juridiction composée d'autres juges, l'employeur ou le salarié devraient pouvoir conserver leur faculté de contester les préconisations du médecin devant un autre médecin spécialiste de la santé au travail. L'ancien dispositif de contestation devant le médecin inspecteur du travail nous semblait plus approprié. L'application et la validité des préconisations du médecin du travail trouveraient plus de résonnance si leur contestation continuait d'être présentée devant le médecin inspecteur du travail et non devant le conseil de prud'hommes.

771.- La promotion d'un devoir de prévention ne peut être réalisable qu'en renforçant en parallèle la valeur des préconisations émises par le médecin du travail. La mise en place de ces deux principes permettra ensuite d'instaurer une réelle obligation collective de prévention dans l'entreprise.

3) Vers une véritable obligation collective de prévention

772.- L'obligation collective de prévention se distingue de l'obligation de prévention collective[864] en ce qu'elle concerne, non pas les bénéficiaires de cette prévention, mais plutôt les acteurs à l'origine de sa mise en place. L'organisation de la sécurité et de la prévention au sein de l'entreprise doit investir l'ensemble des organes décisionnaires et être intégrée au sein de la politique managériale de l'entreprise avec l'aide des SST.

[864] *V.* Partie 2, Chapitre 1, B. 2, a) *Une meilleure intégration de la notion de prévention collective en santé travail.*

773.- Les récentes décisions prises par le gouvernement en matière d'urgence sanitaire démontrent clairement cette volonté récemment réaffirmée d'associer l'ensemble des acteurs de la santé au travail à cette démarche de prévention. En ce sens, dans son communiqué de presse en date du 2 novembre 2020, le gouvernement invite les entreprises à solliciter les SST en ces termes : « *le secrétaire d'Etat aux retraites et à la santé au travail invite les entreprises, et notamment les TPE-PME, à se rapprocher de leur service de santé au travail pour bénéficier de l'accompagnement approprié au cours de cette deuxième phase de confinement* »[865].

774.- Ce communiqué de presse vient appuyer les recommandations du protocole national[866] incitant les entreprises à demander l'appui des SST à plusieurs niveaux. A ce titre, le protocole énonce qu'il « *revient, à l'entreprise, en lien avec le service de santé au travail, de rédiger préventivement une procédure adaptée de prise en charge sans délai des personnes symptomatiques afin de les isoler rapidement dans une pièce dédiée, avec port du masque chirurgical et de les inviter à rentrer chez elles en utilisant si possible un autre mode de transport que les transports en commun et contacter leur médecin traitant* ». Il ajoute encore qu'après la prise en charge de la personne il est nécessaire de « *prendre contact avec le service de santé au travail et suivre ses consignes, y compris pour le nettoyage et la désinfection du poste de travail et le suivi des salariés ayant été en contact avec le cas* ». Dans ses questions/réponses, le ministère du Travail précise que pour respecter son obligation de sécurité l'employeur doit « *procéder à l'évaluation des risques encourus sur les lieux de travail qui ne peuvent être évités en fonction de la nature du travail à effectuer ; solliciter lorsque cela est possible le service de médecine du travail qui a pour mission de conseiller les employeurs, les travailleurs et leurs représentants et, à ce titre, de préconiser toute information utile sur les mesures de protection efficaces* »[867].

775.- De surcroit, la CNIL est également venue, sur le fondement de l'obligation de sécurité, rappeler précisément les missions de chaque acteur. Elle insiste sur les compétences du SST en matière de prévention. Elle affirme ainsi que « *seul le service de santé au travail peut proposer*

---

[865] MTEI, *Des services de santé au travail pleinement mobilisés pendant la pandémie*, Communiqué de Presse, Paris, 2 nov. 2020.
[866] MTEI, *Protocole National pour assurer la santé et la sécurité des salariés en entreprise face à l'épidémie de COVID-19*, 2020, p. 20.
[867] V. Coronavirus : *Questions/réponses pour les entreprises et les salariés*, diffusé par le ministère du Travail, mis à jour au 16 avr. 2020, source URL : < https://travail-emploi.gouv.fr/ >.

des conditions individualisées de travail. L'employeur qui souhaiterait aller au-delà de ses obligations en s'assurant de l'état de santé de ses salariés pour mettre en place des conditions individualisées de travail doit nécessairement s'appuyer sur le service de santé au travail, seul compétent en la matière. Le rôle de l'employeur consiste alors à appliquer ces mesures »[868].

776.- Ces incitations claires témoignent d'une volonté de répartition collective de la prévention en santé au travail. Sur cette lancée, les décisions récentes des Tribunaux judiciaires[869] et Cour d'appel[870] ont étendu ce collectif en y associant, les salariés ainsi que le CSE. Une partie de la doctrine a eu l'occasion de commenter ces décisions en affirmant que ces décisions viennent « *encore illustrer les obligations qui pèsent sur l'employeur en matière de santé et de sécurité dans le contexte épidémique. L'évaluation approfondie des risques (incluant les risques psychosociaux) apparaît indispensable, tout comme l'actualisation subséquente du document unique d'évaluation des risques ainsi que la prise de mesures préventives suffisantes (en application des art. L. 4121-3 et R. 4121-1 à R. 4121-4 C. trav.). Cette séquence d'actions ne pourra se faire sans y associer les représentants des salariés, au premier chef desquels le comité social économique (CSE) qui devra – lorsqu'il existe – être consulté en cas de modification importante de l'organisation du travail* »[871].

778.- L'association de l'ensemble de ces acteurs de la santé au travail tels que l'employeur, le SST, le CSE et/ou les salariés contribuent à renforcer l'idée d'une collectivité autour de la prévention. La politique managériale de l'entreprise concernant la gestion de la santé au travail doit désormais l'entendre.

779.- **Le septième principe de rénovation**[872] s'attacherait à la consécration d'une obligation prévention qui ne pourra être mise en place sans le renforcement de la mission de conseil des SST. La politique managériale de l'entreprise devra être redéfinie en intégrant pleinement les

---

[868] CNIL, *Coronavirus, les rappels sur la collecte de données personnelles par les employeurs,* communiqué de presse, 23 septembre 2020.
[869] TJ Nanterre, 14 avr. 2020, RG n° 20/00503, inédit ; TJ Le Havre, 7 mai 2020, RG n° 20/00143, inédit.
[870] CA Versailles, 24 avr. 2020, RG n° 20/01993, inédit.
[871] MALFETTES L., « Coronavirus : confirmation de la condamnation d'Amazon en appel », *D. actualité,* 29 avr. 2020, p. 3.
[872] *V.* Annexe 10 synthétisant l'ensemble des principes proposés de rénovation des rapports entre entreprises et SST.

nouvelles obligations de chacun et en remettant au premier plan la dimension collective de l'obligation de prévention.

780.- Nos propos cherchent alors à consacrer l'existence d'une obligation de prévention dans son aspect collectif. L'objectif est de permettre, par la suite, de reconnaitre progressivement un certain partage des responsabilités entre les acteurs de la santé au travail participant à cette obligation de prévention.

B- Vers la reconnaissance d'un partage de responsabilité en matière de prévention en santé au travail (Principe VIII)

781.- En matière de responsabilité en santé au travail, le passé juridique de l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur continue de focaliser les esprits. La reconnaissance d'une réelle responsabilité partagée en matière de prévention passe par un renforcement des missions des SST. Leur responsabilisation dans l'accomplissement de leurs obligations en matière de santé au travail notamment concernant l'évaluation des risques professionnel doit être évoquée (1). Il est nécessaire d'aborder les difficultés que peuvent avoir les médecins du travail à concilier le respect du secret professionnel lorsqu'ils répondent à cette mission de conseil (2), de manière à pouvoir tendre vers la pleine consécration du partage de responsabilité (3).

1) La responsabilité du SST dans son obligation de conseil en matière de prévention

782.- Le champ de la responsabilité civile du SST a pu notamment être évoquée dans un arrêt de 2013[873]. Dans cette décision, la Cour de cassation reconnait que « *commet une faute l'association de santé au travail qui n'a procédé qu'à un seul des examens médicaux périodiques sur les cinq demandés par une société en 2009 et qui n'a pas respecté le délai de visite annuelle pour quatre des salariés soumis à une surveillance médicale renforcée, la situation résultant de ces défaillances d'un service de santé au travail dans l'exécution de sa mission constituant une infraction pénale commise par l'employeur, qui se trouvait également confronté à un déficit*

[873] Cass. civ. 1ère, 19 déc. 2013, n° 12-25.056, FS-P+B+I ; *Bull. civ.* I, n° 156.

d'informations déterminantes pour l'accomplissement des actions de prévention et le respect des obligations qui lui incombent dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail ».

783.- Certains auteurs ont eu l'occasion de commenter cette décision en affirmant que « *ce qui est en cause, c'est exclusivement la caractérisation d'un préjudice certain, actuel et direct subi personnellement par l'entreprise adhérente du fait de ces carences dans le suivi médical obligatoire de salariés particulièrement exposés à des risques de santé au travail (travaux de menuiserie »*[874].

784.- De manière plus générale, la Cour de cassation reconnait la responsabilité des SST lorsque des dysfonctionnements avérés sont constitutifs d'une infraction pénale pour l'employeur. A titre d'illustration, un SSTI a été reconnu responsable du fait d'un diagnostic d'inaptitude erroné établi par un médecin du travail ayant conduit au licenciement [875]. A ce titre, la doctrine admet que « *la responsabilité personnelle des médecins du travail peut être recherchée, notamment en cas d'erreur de diagnostic source d'un préjudice* »[876].

785.- Certains auteurs reconnaissent également que « *vis-à-vis des employeurs, cette responsabilité peut, également, être invoquée si la faute commise par le service a conduit à leur condamnation (Soc. 31 mai 2012, n° 11-10.958, JCP E 2012. 1492, note Béal et Dodet). Un arrêt récent a de la sorte impute au médecin du travail l'annulation d'un licenciement résultant du défaut de précision du certificat d'inaptitude qu'il avait rédigé (Civ. 1re, 27 nov. 2013, n° 12-25.242*) »[877].

786.- Aux vues de ces énonciations, la responsabilité du SST semble déjà plus ou moins consacrée par la jurisprudence. Néanmoins, les décisions en la matière sont rares et ne font pas échos auprès des entreprises. De plus, la responsabilité du SST a pu être reconnue sur le fondement d'erreurs de diagnostic, de dysfonctionnement du service ou de faute mais pas sur celui de l'obligation de conseils en matière de prévention.

---

[874] VERDUN F., « Mise en cause par l'entreprise de la responsabilité civile d'un service de santé au travail », *Dr. soc.*, 2014, p. 280.
[875] CAA, Bordeaux, 20 déc. 1995, JCP 1996. I*V*. 1459.
[876] VERICEL M., « Services de santé au travail », *Rép. trav.*, V°, n° 317.
[877] KILGUS N., « Responsabilité d'une association de santé au travail : illustration », *D. actualité*, 22 janvier 2014, p. 3.

787.- La consécration de l'obligation de prévention peut amener à une certaine responsabilisation en la matière. L'employeur est tenu de prendre en considération les recommandations du SST, lorsqu'il décide de les suivre. Il nous semblerait judicieux qu'une part de responsabilité puisse être partagée. Le rôle du médecin du travail en tant que coordinateur de l'équipe pluridisciplinaire intervient sur ce point dans l'objectif de conduire les actions de santé au travail afin de préserver la santé des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel. L'identification des risques professionnels représente une base suffisamment solide destinée à la mise en place d'actions de prévention que les juges pourront être amenés à apprécier.

788.- Sur le terrain, l'évaluation des risques se caractérise notamment par la réalisation du document unique et de la fiche d'entreprise. Le Code du travail impose aux SST de réaliser la fiche d'entreprise dans l'année ou l'entreprise adhère au service[878]. Cela étant, en pratique les SST faillissent régulièrement à leur mission par manque de temps et de moyens. En 2013[879], le bilan des conditions de travail relevait qu'environ 26 % des fiches d'entreprises étaient réalisées. Si l'ensemble de nos principes rénovateurs (notamment ceux permettant de dégager du temps médical et de développer largement l'équipe pluridisciplinaire) sont mis en place, les SST disposeraient de moyens adaptés pour pouvoir répondre à cette obligation.

789.- L'obligation de réalisation des fiches d'entreprise par le SST dans l'année d'adhésion représente une clé vers une meilleure coopération entre le service et l'entreprise. En effet, le temps passé en entreprises, permet au SST de se rendre compte directement de l'organisation des postes de travail et donc d'identifier plus facilement les aménagements qui pourraient être utiles. Grâce à cette connaissance de l'entreprise, le maintien du salarié dans son emploi pourra plus facilement être envisagé. La réalisation de la fiche d'entreprise dès la première année d'adhésion permet également de créer un premier contact entre SST, salariés et employeur.

790.- Il nous semble alors primordial de l'imposer et de le rendre incontournable. Parmi nos principes rénovateurs, le renforcement des préconisations du médecin du travail a pu être

---

[878] C. trav., art R. 4624-46 « Pour chaque entreprise ou établissement, le médecin du travail ou, dans les services de santé au travail interentreprises, l'équipe pluridisciplinaire établit et met à jour une fiche d'entreprise ou d'établissement sur laquelle figurent, notamment, les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés ».

[879] MTFPD, DGT, *Bilan des conditions de travail*, Bilan 2013, p. 672.

développé[880]. Or, ces préconisations ne peuvent être délivrées de manière efficace sans une bonne connaissance de l'entreprise et de son fonctionnement. Il semble donc logique que ce renforcement soit associé au renforcement de l'obligation de l'évaluation des risques. La responsabilité du SST pourrait être engagée si ce dernier n'a pas réalisé la fiche d'entreprise à la condition que ce manque d'évaluation des risques ait causé un préjudice à l'entreprise ou au salarié, à savoir que des moyens de prévention aurait pu être mis en place pour limiter ou supprimer le risque. Sur la base de ce nouveau principe, il conviendrait de pouvoir engager la responsabilité du SST lorsque des préconisations ou des conseils en matière de prévention ont été délivrés sans que la fiche d'entreprise n'ait été réalisée. Dans cette situation le SST manquerait à son obligation légale de prévention. De plus, sa responsabilité pourra également être engagée sur la base du contrat d'adhésion en raison d'une certaine défaillance dans le respect des missions de prévention.

791.- Une limite doit tout de même être apportée concernant les services de santé au travail autonomes. Dans ce cas de figure, selon certains auteurs, « *l'opportunité d'agir en responsabilité contre le service de santé défaillant s'en trouve amoindrie. Si le service de santé est propre à l'entreprise, l'employeur contribue, dans tous les cas, à la dette : soit en qualité de responsable principal, soit en qualité de financier du service de santé* »[881]. En matière de services inter-entreprise la réflexion d'une mutualisation des moyens est également posée. « *Si le service de santé est commun à plusieurs entreprises, les frais engendrés par son fonctionnement sont répartis entre les adhérents. L'action en responsabilité emporte une mutualisation du risque de dysfonctionnement de la structure en augmentant le montant des cotisations de chacun ?* »[882] Une sanction spécifique relative à la responsabilisation des services pourrait concerner l'agrément. « *De tels dysfonctionnements appellent une sanction spécifique, qui est le retrait de l'agrément du service interentreprises par la Direccte (direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi), territorialement compétente ?* »[883].

---

[880] *V.* Annexe 10 synthétisant l'ensemble des principes proposés de rénovation des rapports entre entreprises et SST.
[881] VERDUN F., « Mise en cause par l'entreprise de la responsabilité civile d'un SST », *Dr. soc.*, 2014, p. 280.
[882] *Ibid.*
[883] *Ibid.*

792.- Selon nous, le partage de responsabilité devrait plutôt uniquement conduire à la réduction de la sanction supportée par l'employeur sans qu'une sanction pécuniaire ne puisse être administrée au SST puisque cela reviendrait à sanctionner l'ensemble des entreprises y adhérant.

793.- Le partage de responsabilité permettrait de rendre compte de l'obligation collective de prévention. Toutefois, il convient d'évoquer les limites à ce partage de responsabilité. Si l'obligation de prévention peut être supportée en partie par les SST, le secret médical doit continuer de pouvoir lui être opposé.

2) Le secret médical à concilier avec l'obligation collective de prévention

794.- Etant donné que le médecin du travail est soumis par déontologie au respect du secret médical, lorsqu'il conseille l'entreprise en matière de prévention il doit user d'habileté pour ne pas être amené à violer ce secret. Les SST doivent permettre de garantir à l'employeur un réel soutien en matière de prévention de la santé au travail. Il conviendra alors pour le médecin du travail de savoir réussir à combiner son devoir de signalement et de préconisations avec son secret professionnel. Pour certains médecins du travail, cela représente une tache compliquée : « *secret médical d'un côté, devoir d'alerte de l'autre. Entre ces deux contraintes qui pèsent sur le médecin du travail, il n'est pas toujours aisé de s'y retrouver. Pourtant, le secret professionnel ne doit en aucun cas faire obstacle à la prévention* »[884].

795.- Plusieurs litiges ont pu notamment être portés devant la Cour de cassation pour tenter de faire reconnaitre l'impossibilité pour les médecins du travail de conseiller en matière de prévention au regard de l'application du principe d'inviolabilité du secret médical. Cependant, la doctrine relève que « *la position prise in fine par la Cour de cassation*[885]*dans ces litiges vient éclairer l'application des dispositions de l'article L. 4614-13 du Code du travail. Ce n'est pas sur le champ d'une opposition de principes juridiques que les juges de la haute juridiction civile*

[884] CARRE A., Médecine du travail : comment déjouer les abus du secret médical, Santé & Travail n° 64, oct. 2008, p. 5.
[885] Cass. soc., 20 avr. 2017, CHSCT du centre hospitalier Ariège Couserans c/ Centre hospitalier Ariège Couserans, n° 15-27.955 et n° 15-27.927, FS-P+B, *JCP S* 2017, 1175, note L. Dauxerre.

prennent position, mais sur le champ d'une articulation possible desdits principes. (...) Les juges de cassation voient bel et bien en la matière une conciliation possible »[886].

796.- Cette analyse nous amène à penser que si la conciliation est de rigueur entre secret médical et devoir de prévention, cela signifie que les médecins du travail ne peuvent se retrancher derrière le secret médical pour ne pas conseiller les entreprises. Les préconisations du médecin du travail doivent être établies en prenant compte à la fois l'inviolabilité du secret médical et le devoir de protection des salariés.

797.- De manière plus générale, le respect des règles liées au secret médical doit toujours s'attacher à se concilier avec d'autres obligations. Ainsi, par exemple, le secret médical a fait l'objet de questionnements en matière d'expertise. A titre d'illustration, le Conseil d'Etat a su rappeler que « *les obligations déontologiques définies aux articles R. 4127-28 et R. 4127-56 du Code de la santé publique (CSP) s'imposent à tout médecin, y compris à celui qui est librement sollicité par un particulier en vue d'apporter son concours, par des analyses ou des conseils dans le cadre d'un litige ou d'une expertise »*[887]. De la même manière, le Conseil d'état a rappelé l'exigence de concilier les règles relatives au secret médical avec la mission juridictionnelle de la commission départementale des travailleurs handicapés. A ce titre, le Conseil d'Etat reconnait qu'il « *appartient à la commission départementale des travailleurs handicapés de concilier avec les exigences de sa mission juridictionnelle, ne saurait avoir pour effet d'exonérer cette commission de l'obligation de motiver sa décision dans des conditions de nature à permettre le contrôle par le juge de cassation de la légalité de sa décision »*[888].

798.- Les conseils du médecin du travail doivent donc se limiter au respect du secret médical. Toutefois, il faut admettre que certaines difficultés apparaissent notamment dans les rapports avec les TPE/PME dont les effectifs sont réduits. Dans ces cas de figure, les indicateurs concernent très peu de salariés. En conséquence, ces derniers deviennent facilement identifiables. Il n'est pas toujours possible pour le médecin de globaliser les indicateurs afin de pouvoir conseiller l'employeur sans déroger au secret médical. Néanmoins, ce motif ne doit pas

---

[886] ROQUET C., « Le secret médical à l'épreuve du contentieux social des relations collectives », *RDSS*, 2018, p. 658.
[887] CE, 18 juill. 2018, req. n° 406470, *Rec. Lebon*.
[888] CE, 4 nov. 1994, req. n° 135248, *Rec Lebon*.

pouvoir représenter un moyen de s'exonérer de ses obligations. Le SST doit tenter dans tous les cas de conseiller l'employeur. Son obligation de secret peut en ce sens être assez difficile, en pratique, à concilier.

799.- Si nos principes rénovateurs affirment avec force une volonté de consacrer une obligation de de prévention inhérente aux SST, la limitation du secret médical doit à tout prix être protégée. Le secret médical protège le salarié. Ce caractère protecteur a notamment pu faire l'objet de commentaires plus généraux. Certains auteurs rappellent de manière générale que « *le secret professionnel est une garantie pour le patient qui seul peut être victime de la violation de l'intimité de sa vie privée. Le gardien du secret ne souffre pas personnellement ni directement en cas de violation du secret, quand bien même sa réputation de gardien pourrait en souffrir* »[889]. Négliger cet aspect des choses reviendrait à dévaloriser les missions des SST et plus particulièrement celles du médecin du travail garant du respect du secret médical.

800.- Nos propos souhaitent mettre l'accent sur le renforcement de l'obligation de conseil des SST sous couvert du respect du secret médical. L'objectif est de tendre vers la reconnaissance jurisprudentielle du partage de responsabilité en matière de prévention.

3) Vers la consécration jurisprudentielle d'un partage de responsabilité équitable entre l'ensemble des acteurs de la santé au travail

801.- Actuellement, les juges du droit ont déjà pu reconnaitre la responsabilité des SST[890] lorsque ces derniers manquaient à leur obligation de réaliser des visites médicales dans les délais légaux. Une évolution a pu être opérée sur ce terrain puisque depuis 2013[891], les SST peuvent être condamnés à des dommages et intérêts en cas de mauvais fonctionnement du service dès lors que ce dernier a été à l'origine d'un dommage. Cependant, dans cette décision de 2013, la société en question avait nécessairement subi un préjudice en rapport avec l'insuffisance des examens médicaux et de la surveillance des salariés. Les juges du droit ont relevé que ce préjudice était imputable au SST, parce que la société ne pouvait par elle-seule

---

[889] PY B., « Le secret professionnel protège le patient, non le médecin », *AJ Pénal*, 2020, p. 591.
[890] *V.* Partie 2, Chapitre 1, II. B. *a) la responsabilité du SST dans son obligation de prévention.*
[891] Cass. civ. 1ère, 19 déc. 2013, n° 12-25.056, FS-P+B+I ; Cass. civ. 1ère, 19 déc. 2013, n° 12-25.058, F-D.

répondre à cette mission obligation. Par conséquent, celle-ci a pu obtenir la condamnation du service à lui verser une somme égale au montant de sa cotisation annuelle. Certains auteurs reconnaissent qu'« *ainsi au même titre qu'un SST peut voir sa responsabilité engagée en cas de dysfonctionnement ayant entrainé un défaut de suivi des salariés, la responsabilité du SST devrait pouvoir être engagée lorsque le devoir de prévention n'a pas été accompli en fonction de la teneur du préjudice qui en découle et dont l'indemnité réparatrice a vocation à se compenser avec la créance de cotisation* »[892].

802.- Le contenu et la portée de cette décision reste à nuancer. En étudiant le montant de l'indemnisation auquel le SST a été condamné, la redevance apparait assez faible par rapport au montant des indemnisations dû par un employeur en cas de licenciement déclaré sans cause réelle et sérieuse par les juges. Cela peut éventuellement s'expliquer par le fait que les juges commencent, depuis peu, à reconnaitre l'existence d'un principe de partage de responsabilité en matière de santé au travail entre tous les préventeurs. Le passé jurisprudentiel marquant de l'obligation de sécurité de résultat enjoint les juges à laisser peser sur l'employeur une responsabilité plus prononcée du fait de son pouvoir de direction.

803.- Ce partage de responsabilité gagnerait à être plus largement consacré par la jurisprudence. Bien entendu, il reviendra toujours à l'employeur de veiller à la mise en place des actions de prévention et de chercher à solliciter le SST. Par conséquent, le partage de responsabilité ne pourra être possible en vertu de l'obligation de prévention, que si l'employeur prouve qu'il a tout mis en œuvre pour solliciter le SST mettre en place des actions de prévention dans l'entreprise.

804.- Actuellement, quelques PME/TPE évoquent ne pas connaitre leur médecin du travail ni la simple existence d'une équipe pluridisciplinaire. Mais si l'entreprise n'a jamais tenté de chercher à prendre contact avec le SST, en faveur de la prévention le partage de responsabilité ne pourra alors pas être reconnu. A ce propos, la Cour de cassation a déjà admis que « *ni l'enregistrement de la DUE ni la défaillance du SST ne déchargent l'employeur de son obligation de veiller à la réalisation effective de la visite médicale d'embauche* »[893]. En

---

[892] KILGUS N., « Responsabilité d'une association de santé au travail : illustration », *D. actualité*, 22 janvier 2014, p. 5.
[893] Cass. crim., 12 janv. 2016, n° 14-87.695, F-P+B ; *Dr. pén*. 2016, comm. 50.

l'espèce, les prévenus faisaient valoir, eu égard à l'imprécision des textes fondant la prévention, que l'enregistrement de la DUE, souscrite auprès de l'URSSAF, entraînait, selon eux, automatiquement la sollicitation de l'avis de la médecine du travail. Ils évoquaient également « *l'impossibilité matérielle, admise par le service de santé au travail, d'effectuer les visites médicales d'embauche de salariés sous contrats de très faible durée, compte tenu de la brièveté de leur période d'essai, les contrats des intéressés ayant pris fin au moment où le service était en mesure de les convoquer* ». Toutefois, les juges ont refusé de suivre cette argumentation en réaffirmant l'étendue de la responsabilité de l'employeur en matière de santé au travail.

805.- Ce partage de responsabilité devrait d'ailleurs pouvoir s'étendre à la responsabilité du salarié[894]. Une partie de la doctrine a su définir l'étendue de cette obligation en ces termes : « *Disons-le d'emblée, cette obligation n'est pas le symétrique de celle de l'employeur. Elle est née avec la directive n° 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1289 et transposée par la loi n° 91/83 du 25 juin 1991 dans l'article L. 4122-1 du Code du travail. En application de ces dispositions, il incombe à chaque travailleur, conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail (alinéa 1er du texte). Dès lors, même s'il n'a pas reçu de délégation de pouvoir, un salarié répond des fautes qu'il a commises dans l'exécution de son contrat de travail* »[895].

806.- Il conviendrait alors de renforcer les obligations du travailleur en matière de santé au travail. Sur la base de ce principe, lorsqu'un salarié viole volontairement son obligation générale de sécurité et créé délibérément un danger envers lui-même ou bien envers les autres salariés et les tiers, sa responsabilité devrait pouvoir être engagée au nom de l'obligation partagée de prévention. Tout salarié est débiteur d'une obligation de sécurité au même titre qu'il est titulaire d'un droit de retrait[896]. Par conséquent, lorsqu'il peut être prouvé que l'échec en

---

[894] *C. trav.*, art. L. 4122-1.
[895] PIGNARRE G., « Contrat de travail, exécution », *Rép. trav.*, Avril 2020, pp. 31-39.
[896] C. trav., art. L. 4131-1, « Le travailleur alerte immédiatement l'employeur de toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que de toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection. Il peut se retirer d'une telle situation. L'employeur ne peut demander au travailleur qui a fait usage de son droit de retrait de reprendre son activité dans une situation

matière de prévention est notamment dû à une action délibérée d'un salarié, un partage de responsabilité devrait pouvoir être reconnu. A ce sujet, le contexte sanitaire a su apporter quelques réponses. Une partie de la doctrine estime dès lors qu'il « *serait ainsi possible d'envisager un licenciement, potentiellement pour faute grave, dans le cas où un salarié ne porterait pas son masque dans l'entreprise ou dans le cadre d'un rendez-vous avec un client. Néanmoins, même si l'obligation est prévue dans le règlement intérieur ou la note de service, le juge conserve toute faculté pour apprécier le caractère justifié et proportionné de la sanction retenue contre le salarié pour manquement à cette obligation* »[897]. Toutefois, la reconnaissance par les juges d'un partage de responsabilité avec celle du salarié n'a, à ce jour, jamais été envisagée.

807.- Enfin, une certaine responsabilité de l'Etat devrait également pouvoir être évoquée en matière de prévention. Pour illustrer ce propos, deux arrêts du Conseil d'Etat[898] du 9 novembre 2015 ont pu reconnaitre la carence de l'Etat dans la prévention des risques au terme d'un recours subrogatoire en raison de l'insuffisance de la réglementation avant comme après 1977 concernant l'amiante. Dans les faits, plusieurs salariés ont été victimes de maladies professionnelles liées à leur exposition à l'amiante. L'employeur a été condamné au nom de son obligation de sécurité et a fait l'objet d'une action en faute inexcusable, laquelle a été reconnue. L'entreprise a dénoncé la carence des pouvoirs publics dans l'exercice de leur mission de prévention des risques professionnels jusqu'en 1996. Le Conseil d'Etat a alors reconnu pour la première fois une responsabilité de l'Etat en la matière. Il estime *« en effet, si, conformément à l'article L. 4121-1 du Code du travail, l'employeur a l'obligation générale d'assurer la sécurité et la protection de la santé des travailleurs placés sous son autorité, il incombe également aux autorités publiques chargées de la prévention des risques professionnels de se tenir informées des dangers que peuvent courir les travailleurs dans le cadre de leur activité professionnelle, compte tenu notamment des produits et substances qu'ils manipulent ou avec lesquels ils sont en contact, et d'arrêter, en l'état des connaissances scientifiques et des informations disponibles, au besoin à l'aide d'études ou d'enquêtes complémentaires, les mesures les plus appropriées pour limiter et si possible éliminer ces dangers ».*

---

de travail où persiste un danger grave et imminent résultant notamment d'une défectuosité du système de protection ».

[897] GAUDIN F., « Crise sanitaire- pouvoir disciplinaire de l'employeur et COVID-19 », *JA*, 2020, n° 630, p. 40.

[898] CE, 9 nov. 2015, SAS constructions mécaniques de Normandie, req. n° 342468.

808.- Cette position a été confirmée par la suite dans un arrêt du 10 mai 2019 dans lequel, le Conseil d'Etat rappelle « *que la responsabilité de l'Etat peut être engagée à raison de la faute qu'elle a commise laquelle a entraîné un préjudice direct et certain, notamment en raison de sa carence et de sa négligence à édicter la réglementation protectrice visant à limiter et à prévenir les risques pour la santé de l'exposition des salariés aux poussières d'amiante, avant 1977* »[899].

809.- Néanmoins, la responsabilité de l'Etat n'a été reconnue par les juges qu'en matière d'amiante. Selon nos principes, la responsabilité de l'employeur en matière de prévention devrait être partagée avec celle de l'Etat lorsqu'il est possible de démontrer que la réglementation n'est pas suffisamment protectrice. Ces questions ont notamment été envisagées au regard du contexte d'état d'urgence sanitaire. En effet, il a été question de réfléchir à la création d'un fonds d'indemnisation spécifique[900] au même titre que le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante. Selon certains auteurs « *en application du principe de la réparation intégrale, toutes les personnes infectées devaient être indemnisées de tous leurs préjudices, de leurs séquelles temporaires ou définitives, de même que les ayants droit des personnes décédées. Cette indemnisation exceptionnelle devait permettre de reconnaître les responsabilités de l'État dans la crise sanitaire* »[901]. Toutefois, la proposition de loi n'a pas été retenue par le Sénat. La reconnaissance de la responsabilité de l'Etat dans l'obligation collective de prévention est encore loin.

810.- **Le huitième et dernier principe[902]** rénovateur serait alors destiné à consacrer un certain partage de la responsabilité entre tous les acteurs de la santé au travail agissant aux cotés de l'employeur (les SST, les salariés et l'Etat). Ce partage de responsabilité ne permettrait pas d'exonérer complétement la responsabilité de l'employeur dans son obligation de prévention mais plutôt de l'atténuer.

---

[899] CE, 10 mai 2019, req. n° 42/3278.
[900] JUANICO R., HUTIN C., RABAULT V., Proposition de loi n° 3108 portant création d'un fonds d'indemnisation des victimes du COVID-19, 16 juin 2020.
[901] BADEL M., « Le COVID-19 au travail par-delà les statuts », *RDSS*, 2020, p. 937.
[902] *V.* Annexe 10 synthétisant l'ensemble des principes proposés de rénovation des rapports entre entreprises et SST.

811.- La rénovation des rapports entre entreprises et SST s'entend de la simplification du cadre juridique relatif à la prévention dans l'objectif de pouvoir consacrer pleinement une obligation collective de prévention. Ce partage de responsabilité au profit de la prévention des risques professionnels dans l'entreprise doit concourir à un nouvel objectif de qualité de vie au travail voire de bien-être au travail.

Chapitre 2 : Les effets positifs d'une reconstruction simplifiée des rapports entre entreprises et SST

812.- « *Ne légiférer qu'en tremblant* »[903]. Nos principes rénovateurs proposent une approche simplifiée du cadre régissant les rapports entre entreprises et SST. Selon nous, si les normes juridiques actuelles ne sont pas adaptées, c'est parce qu'elles ne tiennent pas suffisamment compte de la pratique. De ce fait, nos recherches nous ont amené à envisager les conséquences d'une telle reconstruction au regard de son effectivité. Dans l'hypothèse où nos principes rénovateurs étaient appliqués en pratique, plusieurs effets positifs pourraient certainement être constatés. D'une part, de nouvelles perspectives de santé travail pourraient être envisagées (Section 1). D'autre part, ces aspects nous permettraient d'imaginer une conception idéale de la santé au travail qui pourrait s'appliquer de manière uniforme au sein des pays de l'Union Européenne (Section 2).

Section 1 : La modernisation de la santé au travail

813.- La modernisation de la santé au travail prendrait deux formes. En premier lieu, il s'agirait de simplifier son organisation et sa gestion. Les relations entre entreprises et SST pourraient, dès lors, évoluer au sein d'un climat de confiance et de proximité (I.). En second lieu, l'image de la santé au travail évoluerait vers une conception transversale par laquelle les acteurs de la prévention verraient leurs actions valorisées (II.).

I. Une refondation des relations entre entreprises et SST

814.- La modernisation de la santé au travail implique une réfaction de la nature du lien qui unit l'entreprise et le SST. Ce lien est dégradé pour diverses raisons tenant à une incompréhension réciproque. Pour y remédier, il convient à notre sens de revivifier leurs rapports en y apportant les qualités attendues à savoir la confiance et la proximité. Une nouvelle approche de la santé

[903] Citation CARBONNIER J., *Flexible droit*, LGDJ, 1969, p. 45.

au travail permettrait d'instaurer ce climat de confiance d'abord dans les rapports entre les salariés et le SST (A.). Ce premier niveau de confiance réinstauré avec les salariés enclencherait le second de manière à ce que l'entreprise puisse percevoir les SST comme étant un partenaire fiable œuvrant à ses côtés pour la prévention des risques et la préservation de l'état de santé des salariés (B.).

A- De nouveaux rapports de santé au travail avec les salariés

815.- Selon notre analyse, la santé au travail ne peut être encadrée de manière efficace sans prendre en compte l'importance des rapports entre le salarié et le SST. Les développements précédents nous ont permis de conclure que la santé au travail doit interagir pleinement avec la santé publique au profit du salarié[904]. Le salarié doit pouvoir avoir confiance envers les professionnels de santé des SST autant qu'il peut avoir confiance en son médecin traitant. Nous étudierons dans un premier temps en quoi ces nouveaux principes rénovateurs permettront aux SST d'établir un véritable lien de proximité avec les salariés qu'ils suivent (1). Dans un second temps, nous évaluerons l'impact du décloisonnement entre la santé au travail et la santé publique au bénéfice d'un suivi de santé plus adapté (2). Enfin, cette nouvelle approche de la santé au travail nous amènera à nous interroger sur la remise en cause de la notion d'inaptitude (3).

1) De nouveaux principes au service la proximité avec les salariés

816.- La méconnaissance des missions des SST par les salariés conduit à une certaine méfiance de leur part les incitant plus ou moins à mentir ou cacher certains aspects de leur état de santé au médecin du travail[905]. Selon une enquête récente menée par un interne en médecine du travail[906] « *75 % des salariés estiment que le médecin du travail sert à rendre des avis d'aptitude. Seulement 35 % connaissent ses actions de prévention* ».

---

[904] *V.* Partie 2, Chapitre 1, II. A, 2, b) *Le libre accès au DMP par le médecin du travail.*

[905] FANTONI-QUINTON S., LAFLAMME A.-M., « Garder le silence ou mentir sur son état de santé : quelles conséquences juridiques pour le candidat à l'embauche ? Une approche comparée France/Québec », *Dr. soc.*, 2016, p. 1.

[906] Propos issus de DALLE E., interne en médecine du travail présentant les résultats de son « enquête sur la relation médecin du travail / salarié », à l'occasion du colloque intitulé « le mensonge du salarié », Université de Lille, 3 et 4 novembre 2016.

817.- En santé au travail, la relation médecin du travail et salarié est particulière du fait qu'elle peut être analysée comme étant une relation tripartite. Le médecin du travail a avant tout un rôle de préventeur et de protection de la santé des salariés mais il doit également conseiller l'employeur dans cette mission de prévention[907]. Pour certains auteurs, ce rapport triangulaire peut parfois nuire aux relations salariés/médecins du travail : « e*n France, la prévention des risques professionnels va mal. Il existe pourtant des professionnels – les médecins du travail – chargés par la loi de prévenir toute altération de la santé des individus du fait de leur travail. Quelle part ces praticiens ont-ils dans cette faillite de la prévention ? Les salariés peuvent-ils leur faire confiance ? Le statut particulier des médecins du travail les enferme dans de sévères contradictions. S'ils ont le droit, et même le devoir, de rester indépendants, ils sont tenus, en tant que salariés, à une forme de subordination vis-à-vis des employeurs* »[908].

818.- Par l'instauration de nos nouveaux principes rénovateurs cette vision contradictoire de la relation médecin du travail/salarié devrait évoluer de manière à ce que ce rapport de confiance ne puisse plus être remis en cause. En proposant une définition universelle de la prévention (principe I[909]) la santé au travail ne devrait plus se restreindre à maintenir le concept réducteur de l'aptitude. La médecine préventive s'inscrirait dans le cadre d'une relation de partenariat entre le salarié et le médecin concourant ensemble au bien-être au travail bénéfique tant pour le salarié que pour l'entreprise. La santé au travail doit abandonner le rôle attribué à tort de *« service après-vente »*[910].

819.- L'évolution et la modernisation résident dans l'instauration de ce lien de proximité à privilégier non pas seulement entre le salarié et son médecin du travail mais entre le salarié et toute l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail. L'extension du devoir de sensibilisation à la santé au travail (Principe II[911]), la facilitation de l'organisation des actions de prévention dans l'entreprise (principe III[912]), une meilleure visibilité sur les atouts et résultats de ces actions (principe IV[913]) donneront au salarié des preuves de la crédibilité des missions des SST.

---

[907] *C. trav.*, art. L. 4622-2 et s.
[908] MARICHALAR P., *Médecin du travail, médecin du patron ? L'indépendance médicale en question*, Nouveaux Débats, Presses de Sciences Po, 2014, p. 192.
[909] *V.* Partie 2, Chapitre 1, Section I, I., A. *Une définition universelle de la prévention (Principe I).*
[910] Propos issus d'un article du Nouvel Obs par CHIGNARD A., *Burn out : Les médecins ont l'impression d'être un « service après-vente »*, publié le 18 novembre 2016, *V.* l'ULR < https://www.nouvelobs.com/>.
[911] *V.* Partie 2, Chapitre 1, Section 1, I. B. *Une extension du devoir de sensibilisation à la prévention (Principe II).*
[912] *V.* Partie 2, Chapitre 1, Section 1, II., A. *Faciliter la mise en place des actions de prévention (Principe III).*
[913] *V.* Partie 2, Chapitre 1, Section 1, II. B. *Rendre compte des atouts de la prévention (Principe IV).*

L'objectif visé est de mettre en place des indicateurs réalistes et palpables pour réussir à crédibiliser l'importance des actions des SST dans la préservation et la protection de la santé des salariés.

820.- La réforme de 2021[914] a commencé à œuvrer en ce sens par la création d'une passerelle entre le suivi de santé pendant la carrière du salarié et son suivi post-professionnel. Toutefois, cette interaction avec la médecine de ville se réduit aux travailleurs en suivi individuel renforcé (SIR) ou qui ont été en SIR durant leur carrière et cette visite n'intervient qu'avant leur départ à la retraite. La surveillance post-professionnelle proposée entre en vigueur en octobre 2021[915]. Malgré ses critères d'applicabilité restreint, elle représente un premier pas vers le décloisonnement global entre santé publique et santé au travail.

821.- Sur la base d'un nouveau lien de proximité, il conviendra de se tourner vers la consécration d'une véritable jonction entre santé publique et santé au travail (principe VI)[916]. Les salariés doivent aujourd'hui percevoir la santé au travail comme pouvant faire partie intégrante de leur santé personnelle.

2) Le décloisonnement santé travail/santé publique : une approche globale et modernisée de la santé

822.- En santé publique, la relation médecin/patient repose initialement sur une figure paternaliste[917]. La logique était telle que, du fait de son savoir, le médecin dictait la conduite à suivre pour son patient[918]. Par la suite, le législateur[919] a imposé une nouvelle relation basée sur

---

[914] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2, art. 5.

[915] Décr. n° 2021-1065 du 9 août 2021 *relatif à la visite médicale des travailleurs avant leur départ à la retraite, JO* n° 185, 11 août 2021, texte n° 13.

[916] *V.* Annexe 10 synthétisant l'ensemble des principes proposés de rénovation des rapports entre entreprises et SST.

[917] « L'écoute attentive des médecins et patients est révélatrice d'une tension dans leur relation. Inquiétude du médecin qui, habitué à la relation paternaliste, ressent cette évolution de la relation médicale parfois comme une perte importante de prestige et comme une intrusion du juridique dans la relation avec son patient ». LAUDE A., « Le patient, nouvel acteur de santé ? », Recueil Dalloz, 2007, p. 1151.

[918] MARZANO M., *Je consens, donc je suis…,* PUF, 2006, p. 274.

[919] L. n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative *aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JO,* 5 mars 2002, texte n° 1.

l'autonomie du patient qui décide après avoir reçu une information claire, loyale et appropriée. La relation patient/médecin initialement basée sur la conduite décisionnelle du médecin du fait de son savoir a alors évolué vers un devoir de conseil du médecin envers son patient à qui revient désormais le droit de prendre la décision qui lui convient pour sa santé. En santé publique, les textes réglementaires évoluent vers une certaine autonomie décisionnelle du patient. La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé[920] en est une illustration.

823.- Le DMP[921] est un carnet de santé sous forme numérique destiné à recueillir et conserver les données de santé d'un patient et de lui permettre de partager ces données avec les professionnels de santé de son choix. Cette dématérialisation des données permet au patient de collecter et partager lui-même ses propres données de santé, il devient dès lors acteur de la gestion de son état de santé. Selon certains auteurs, *« Ce nouvel espace est donc conçu comme un outil privilégié et personnalisé d'interactions entre les usagers et le système de santé. Il s'agit de faire de l'usager, malade ou non, un acteur de son parcours de santé en lui permettant de coconstruire ce parcours en interaction avec les professionnels et les établissements de santé qui le prennent en charge. Acteur de son parcours de santé, le patient devient non seulement « expert » de sa santé et mais également de la santé des autres* »[922]. Mais, en pratique, cet espace dédié à l'interopérabilité des professionnels de santé restait un outil rarement utilisé par les médecins. À partir du 1er juillet 2021, il ne sera plus possible de créer son DMP. Toutefois, ils seront conservés et intégrer au sein d'un espace nommé « mon espace santé ». Cet espace sera accessible à tous les professionnels de santé dont le médecin du travail, à condition que son gestionnaire ait donné son accord. La création de cet espace a été faite dans le but de répondre à un objectif de simplification.

824.- Le libre accès de cet espace proposé par la loi de 2021[923] et repris dans notre principe rénovateur VI[924] ne représente qu'une première étape principalement symbolique. L'utilisation

---

[920] L. n° 2019-774 du 24 juillet 2019 *relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JO* n° 172, 26 juill. 2019, texte n° 3.

[921] Décr. n° 2016-1545 du 16 novembre 2016 autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « dossier médical partagé, JO n° 268, 18 juill. 2016, texte n° 14.

[922] SAISON J., « Une nouvelle réforme en faveur de l'unité du système de santé », *AJDA*, 2019, p. 2488.

[923] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2.

[924] *V.* Annexe 10 résumant la liste de nos principes rénovateurs.

de ce dossier dématérialisé doit encore être simplifiée de manière à ce qu'il puisse être concrètement utilisé par les médecins. Ainsi, sous réserve de l'autorisation du salarié, tout médecin pourrait avoir accès à l'ensemble des données médicales à condition qu'elles soient enregistrées. Il devient primordial aujourd'hui que médecin du travail et médecin traitant agissent ensemble pour la préservation de la santé du salarié/patient tout au long de sa carrière professionnelle puis post-professionnelle. Toutefois, les moyens mis en œuvre à cet effet doivent faciliter la jonction et non la complexifier. Une simplification du partage des données de santé est donc largement recommandée. C'est d'ailleurs l'un des objectifs visés par le plan santé travail (PST) 3 : « *agir en transversalité pour promouvoir un environnement de travail favorable à la santé* »[925].

825.- En ce sens, le libre accès aux données de santé ne représente qu'une pierre à l'édifice d'une nouvelle collaboration entre médecine de soin et médecine de la prévention. L'interaction concrète entre ces deux domaines de la santé reste attendue.

826.- Actuellement, médecins du travail et médecins généralistes travaillent de manière parallèle. Toutefois, la décision du décloisonnement doit reposer entre les mains du salarié/patient. Il devient alors actionnaire de cette interopérabilité. Le choix du patient/salarié d'enclencher ou non le décloisonnement représente une première étape fondatrice d'une relation de confiance. La suppression de la notion d'aptitude[926] permettrait de faciliter ce franchissement.

827.- Le cloisonnement des domaines de santé publique et santé au travail ne doit plus représenter un obstacle au développement du lien de confiance entre salarié et médecin du travail. Cependant, il convient de se demander si le risque d'inaptitude ne freine pas, lui aussi, le patient/salarié dans sa volonté de partager ses données de santé avec le médecin du travail.

---

[925] Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, *Plan Santé Travail 3,* 2016-2020, p. 74.

[926] *V.* Principe V.

3) *Vers la remise en cause de l'inaptitude au profit de la responsabilisation du salarié*

828.- La rénovation des rapports entre entreprises et SST par la construction de nouveaux principes nous a conduit à réfléchir au devenir de l'avis d'inaptitude. Selon nous, l'avis d'inaptitude engendre des conséquences sociales et juridiques trop importantes et est source d'instabilité et de méfiance pour le salarié. L'avis d'inaptitude et ses conséquences peuvent représenter un réel obstacle à l'instauration d'une relation de confiance entre le médecin du travail et le salarié. Pour rappel, le législateur de 2021[927] s'est senti obligé de préciser que le salarié ne pourrait être déclaré inapte par le médecin du travail dans le cas où il refuserait de lui donner accès aux données de santé. Cette précision démontre bien que l'inaptitude peut représenter un couperet perturbant la relation de confiance entre salarié et médecin du travail.

829.- Pour s'en rendre compte, il est possible d'adopter un double point de vue, à la fois juridique et social.

830.- D'un point de vue juridique, à la suite d'un avis d'inaptitude émis par le médecin du travail, l'employeur dispose d'un mois[928] pour soit reclasser, soit licencier le salarié. Lorsque cela est possible, l'inaptitude conduit dans le meilleur des cas à un reclassement dans l'entreprise ce qui implique une modification du contrat de travail du salarié et une réorganisation des postes de l'entreprise[929]. Dans le pire des cas, le contrat de travail est rompu

---

[927] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2, *C. trav.*, art. L. 4624-8-1 « *Le travailleur peut s'opposer à l'accès du médecin du travail chargé du suivi de son état de santé à son dossier médical partagé mentionné à l'article L. 1111-14 du code de la santé publique. Ce refus ne constitue pas une faute et ne peut servir de fondement à l'avis d'inaptitude mentionné à l'article L. 4624-4 du présent code. Il n'est pas porté à la connaissance de l'employeur* ».

[928] C. trav., art. L. 1226-11 : « Lorsque, à l'issue d'un délai d'un mois à compter de la date de l'examen médical de reprise du travail, le salarié déclaré inapte n'est pas reclassé dans l'entreprise ou s'il n'est pas licencié, l'employeur lui verse, dès l'expiration de ce délai, le salaire correspondant à l'emploi que celui-ci occupait avant la suspension de son contrat de travail. Ces dispositions s'appliquent également en cas d'inaptitude à tout emploi dans l'entreprise constatée par le médecin du travail ».

[929] *C. trav.*, art. L. 1226-3 al. 1 à 3 : *« Lorsqu'il est impossible à l'employeur de proposer un autre emploi au salarié, il lui fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à son reclassement. L'employeur ne peut rompre le contrat de travail que s'il justifie soit de son impossibilité de proposer un emploi dans les conditions prévues à l'article L. 1226-2, soit du refus par le salarié de l'emploi proposé dans ces conditions, soit de la mention expresse dans l'avis du médecin du travail que tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi. L'obligation de reclassement est réputée satisfaite lorsque l'employeur a proposé un emploi, dans les conditions prévues à l'article L. 1226-2, en prenant en compte l'avis et les indications du médecin du travail ».*

et le salarié est licencié[930]. L'avis d'inaptitude du médecin du travail s'immisce alors au sein d'une relation contractuelle initialement issue de la seule volonté des deux parties signataires. De plus, tous les types de contrat de travail sont concernés, qu'ils soient à durée indéterminée ou même au sein du cadre quasi-impénétrable du contrat à durée déterminée[931]. L'inaptitude représente dès lors une fragilité associée au contrat de travail puisque cet avis peut amener à influencer l'existence même du contrat.

831.- D'un point de vue social, une rupture du contrat de travail suite à un avis d'inaptitude n'est pas non plus dénuée de conséquences. La situation d'un salarié déclaré inapte devient alors difficile à gérer. Selon Pôle emploi, « *le licenciement pour inaptitude génère d'importantes difficultés pour les personnes concernées. Les personnes licenciées pour inaptitude doivent simultanément faire le deuil de leur emploi ou de leur métier et envisager une reconversion professionnelle alors que leur état de santé est souvent fragile. Par ailleurs, ces personnes sont souvent plus âgées que l'ensemble des demandeurs d'emploi (44 % ont plus de 50 ans contre 21 % pour l'ensemble des demandeurs d'emploi), moins qualifiées (seuls 6 % ont un niveau supérieur à Bac + 2 contre 13 % pour l'ensemble des demandeurs d'emploi), et plus souvent Bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (25 % contre 6 % pour l'ensemble des demandeurs d'emploi)* »[932]. Corrélativement, pour l'entreprise responsable de la santé et sécurité de ses salariés, l'inaptitude représente un échec en matière de prévention qui peut en influencer lourdement son climat social. A la suite d'une inaptitude, des conséquences directes interviennent dans les rapports entre l'entreprise et le SST. Ce dernier, échoue-lui aussi dans sa mission première de prévention et de conseil.

832.- D'autres conséquences brutales peuvent également être engendrées par un avis d'inaptitude notamment en cas de dispense de reclassement. Le cas de dispense de reclassement exonère l'employeur de proposer au salarié une solution de reclassement. La procédure de

---

[930] *C. trav.*, art. L. 1226-3 al. 4 : « *S'il prononce le licenciement, l'employeur respecte la procédure applicable au licenciement pour motif personnel prévue au chapitre II du titre III du présent livre* ».

[931] Pour une partie de la doctrine, il faudrait « réduire la diversité des formules contractuelles qui rend impénétrable le droit du travail et de supprimer à la fois la stabilité du contrat à durée déterminée, qui repose sur le mécanisme du terme, et celle du contrat à durée indéterminée, qui repose notamment sur les conditions de fond et les obligations de reclassement qui s'imposent à l'employeur qui licencie ». DEL SOL M., TURQUET P., « Déréguler le licenciement pour mieux sécuriser les personnes : les ambiguïtés de la flexicurité », RDSS, 2007, p. 528.

[932] Statistiques Etudes et Evaluations, Eclairages et Synthèses, *Licenciés pour inaptitude : les effets positifs de l'accompagnement par pôle emploi*, mars 2017, n° 31, p. 8.

licenciement est lancée immédiatement après le prononcé de l'inaptitude avec dispense. Le Code du travail prévoit deux cas de dispenses : « *tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé* » ou encore « *l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi* »[933]. Ces dispenses empêchent toute possibilité de maintien dans l'emploi. Elles représentent de rares situations irréversibles justifiées par l'état de santé du salarié. Toutefois, leur simple existence donne au médecin du travail un pouvoir brutal qui est celui d'engendrer à tout moment une rupture du contrat de travail à effet immédiat. Les rapports entre entreprises et SST et salariés et SST doivent coexister avec ce mécanisme.

833.- La rénovation des rapports nous amène à nous interroger sur l'intérêt de maintenir ce fondement de l'inaptitude propre au droit français. Certains auteurs ont eu l'occasion d'envisager sa suppression « *libéré de la décision d'aptitude/inaptitude, le suivi de santé des salariés pourrait devenir plus efficient car empreint d'une confiance nouvelle entre le médecin du travail et le salarié. Cette confiance permettrait de conseiller avec plus d'efficacité le salarié, car le médecin aurait une meilleure connaissance de son état de santé qu'il pourrait confronter avec les exigences et les risques professionnels. En extrapolant le raisonnement, il n'y aurait désormais plus de raison d'interdire dans ces conditions l'accès du médecin du travail au dossier médical personnalisé dont il pourrait d'ailleurs remplir un volet professionnel pour un meilleur suivi de santé global de chaque salarié. Les liens entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail ne seraient ainsi plus un tabou et pourraient être optimisés pour une meilleure prise en charge globale de la santé des citoyens/travailleurs* »[934].

834.- Selon nos développements, l'inaptitude semble freiner nos objectifs de développements. Nos principes s'attachent à favoriser l'interopérabilité entre l'ensemble des acteurs de la santé au travail et la santé publique au sein d'un climat de confiance. Le concept de l'inaptitude semble entrer en contradiction avec cette vision des choses.

835.- Pour autant, le droit positif semble très attaché à cette notion d'inaptitude tout comme celle de l'aptitude. Cette spécificité est typiquement française puisqu'elle n'existe dans aucun autre texte international. La doctrine a eu l'occasion de le souligner en affirmant que *« ni la*

---

[933] *C. trav.*, art. L. 1226-2-1.
[934] FANTONI-QUINTON S., « Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ? », *Dr. soc.* 2013, p. 1023.

convention de l'Organisation internationale du travail (OIT) n° 161 adoptée en 1985 sur les services de santé au travail, ni la directive européenne CE n° 89/391 du 12 juin 1989 du Conseil concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, ni la Charte sociale du Conseil de l'Europe ne fixent à un médecin le soin de délivrer des avis d'aptitude ou d'inaptitude au travail. Ces textes internationaux ne font pas davantage mention d'examens d'embauche, même si un suivi médical est évoqué »[935].

836.- Pour une application optimale de nos principes rénovateurs, il conviendrait de supprimer cette prérogative des mains du médecin du travail. Dès lors, le médecin du travail et son équipe pluridisciplinaire n'auraient plus que pour unique mission la prévention de la santé au travail ainsi que le maintien en emploi. Par ailleurs, ceci impliquerait une évolution des missions des SST et de l'engagement de leur responsabilité en corrélation avec la responsabilisation du salarié en matière de prévention.

837.- Le partage des données de santé étant soumis à l'accord du salarié[936], l'idée de devoir plus largement le responsabiliser dans ses choix nous a semblé opportune. Dans cette optique, étant donné qu'aucun avis d'inaptitude ne pourra plus être émis par le médecin du travail, le défaut de transmission de données sera alors un choix que le salarié devra assumer. Cette solution est le prolongement de la tendance actuelle amorcée avec le DMP qui est de placer le patient en position de décisionnaire sur son état de santé[937]. Pour autant, les rapports de 2011 faisant état du bilan de la loi KOUCHNER évoquaient que « *responsabiliser les acteurs de santé, professionnels et bénéficiaires ne se décrète pas. Il sera l'aboutissement d'un chemin pédagogique construit par la rencontre de deux mondes qui, depuis des siècles, se fréquentaient sans vraiment se parler, celui de la Médecine et celui des Malades. Il n'y a pas de place pour l'affrontement ni pour les discours caricaturaux. Le temps nous presse et les efforts des uns devront accompagner les sacrifices des autres. L'acceptabilité de la remise en cause des acquis, tant pour les malades que pour les professionnels de santé, passe par des diagnostics partagés et des mesures correctives initiées par les politiques qui, pour être acceptées par la*

[935] Ibid.
[936] *C. santé publ.*, art. L. 1461-3.
[937] L. n° 2004-810 du 13 août 2004 *relative à l'assurance maladie, JO* n° 190, 17 août 2004, texte n° 2.

population, devront être comprises »[938]. L'application de nos principes rénovateurs rendrait l'ensemble des acteurs de la santé au travail dont le salarié, responsables de leurs choix en matière de prévention.

838.- Nos principes ayant vocation à allier la théorie et la pratique, il a alors fallu rechercher comment mettre concrètement en place cette idée. Comment responsabiliser de manière effective le salarié dans ses décisions concernant sa santé au travail ? Par hypothèse, un salarié pourrait voir une partie de ses indemnités de licenciement amoindries s'il décide délibérément de ne partager ses données de santé avec le médecin du travail s'il est avéré que la connaissance de ces éléments auraient permis d'éviter une dégradation de son état de santé. Une obligation de prévention reposerait dès lors sur le salarié concernant sa propre santé au même titre que l'obligation de prévention de l'employeur. Une position moins sévère pourrait être celle de dire que la responsabilité de l'employeur au titre de son obligation de prévention pourrait en partie être exonérée lorsqu'il est possible de prouver que tous les moyens ne pouvaient être mis en œuvre pour protéger la santé du salarié en raison de son propre fait. Ce raisonnement s'inspire de la théorie de droit civil. Le fait de la victime est une cause exonératoire en matière de droit civil[939] qu'il mériterait, selon nous, d'être transposée en matière de santé au travail. Ainsi par exemple, de tout temps, la jurisprudence[940] reconnait le fait de la victime comme pouvant être une cause d'exonération partielle de la responsabilité civile délictuelle notamment dans le cas de figure d'un voleur tué à l'occasion du cambriolage qu'il a commis.

839.- En matière de droit bancaire, la logique assurancielle conduit le demandeur à un prêt bancaire à assumer les conséquences de ses mensonges ou omissions sur son état de santé. Ainsi, selon le Code des assurances[941], « *lorsque les informations demandées à la personne à assurer comportent des indications sur son état de santé, celles-ci doivent être recueillies, transmises et utilisées dans des conditions qui garantissent pleinement la confidentialité, le respect de la vie privée ainsi que les dispositions relatives au droit à l'oubli ».* En cas de « *fraude ou de tentative de fraude nettement caractérisée, la privation du droit aux prestations est prononcée ».* Les organismes de prêt ou d'assurances optent pour la démarche de

---

[938] Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, *Bilan et propositions de réformes de la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades à la qualité du système de santé,* 24 fév. 2011, p. 126.
[939] *C. civ.,* art. 1383.
[940] Cass. civ., 20 août 1879, D.P. 1880.1.15.
[941] *C. assurances,* Convention Aéras révisée du 2 septembre 2015, *S'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé.*

responsabiliser leurs clients parce qu'ils estiment devoir être en mesure de connaitre l'étendue des risques qu'ils prennent en chargent.

840.- Transposer cette idée de responsabilisation au salarié permettrait dès lors de garantir un meilleur suivi de santé au travail. Selon certains auteurs, « *l'aptitude/inaptitude, décision unilatérale du médecin du travail (même si susceptible de recours), a été introduite pour protéger le salarié malgré lui dans sa relation contractuelle au sein de laquelle il est considéré comme la partie faible, et que la question de l'autonomie de sa volonté, posée par ailleurs au sein des relations de travail, reste jusqu'à présent une chimère. Pourtant, l'aptitude et l'inaptitude n'offrent pas de réelles garanties* »[942].

841.- Il existe actuellement une esquisse jurisprudentielle[943] d'une idée de responsabilité du salarié en matière de santé au travail. En effet, lorsqu'à la suite d'une inaptitude d'origine professionnelle, le salarié refuse un poste de reclassement conforme aux recommandations du médecin du travail et ne modifiant pas les éléments essentiels de son contrat de travail les indemnités de licenciements qui lui sont dûes ne sont pas doublées. Toutefois, cet apport jurisprudentiel n'engage de conséquences indemnitaires qu'en matière d'inaptitude d'origine professionnelle pour le salarié. Certains auteurs reconnaissent que « *si l'on peut bien concevoir que le salarié déclaré inapte à la suite d'une affection d'origine non professionnelle soit moins bien traité par le droit quand il refuse un poste de reclassement que le salarié déclaré inapte pour une affection qui trouve son origine dans le travail, l'inverse en revanche n'est pas concevable* »[944].

842.- La rénovation des rapports entre entreprises et SST est indéniablement tributaire d'une nouvelle approche de la relation entre salarié et SST. Nos principes juridiques rénovateurs ont été réfléchis dans l'optique de permettre l'instauration d'un réel rapport de confiance entre ces deux acteurs de la santé au travail. Ce nouveau regard porté sur les rapports avec le salarié et

---

[942] FANTONI-QUINTON S., « Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ? », *Dr. soc.* 2013, p. 1023.

[943] Cass. soc., 18 avr. 2000, Société Vienne publicité Swini, n° 98-40.314, *Bull. civ.*, V, n° 140, p. 108, *D.* 2000, IR p. 140 ; *RJS* 2000, n° 659 ; *Dr. soc.* 2000, p. 782, note J.-Y. Frouin.

[944] FROUIN J.-Y., « Inaptitude physique. Maladie non professionnelle du salarié. Propositions de reclassement de l'employeur. Refus du salarié. Conséquences », *Dr. soc.* 2000, p. 782.

basé sur une confiance réciproque bénéficiera indirectement à l'amélioration des rapports entre entreprises et SST.

B- Vers une nouvelle perception de la santé au travail par l'entreprise

843.- La santé au travail nécessite de se fonder sur de nouvelles bases de collaboration. En permettant au médecin du travail de travailler en toute confiance avec les données de santé que le salarié aura accepté de lui transmettre, le SST pourra conseiller efficacement, outre le salarié, l'employeur dans cette mission commune de prévention. Le SST doit nécessairement apparaitre comme un partenaire de proximité de choix pour les entreprises en ce qu'il représente un expert de la santé au travail (1). Le maintien dans l'emploi en tant qu'objectif commun devrait être facilité par la coordination de tous les acteurs de la santé au travail (2). Enfin, cette nouvelle approche de santé au travail dans l'entreprise serait véhiculée par la gestion du climat social de l'entreprise en y associant systématiquement le Comité social économique (CSE) (3).

1) Un renforcement de la proximité entre les entreprises et les SST

844.- Il est nécessaire que la santé au travail puisse aujourd'hui représenter pour l'entreprise un allié incontournable de la préservation et de la protection de la santé des salariés. Les rapports entre SST et entreprises sont tributaires de la relation entre le salarié et le professionnel de santé de l'équipe pluridisciplinaire. La proximité avec les entreprises dans la mise en place d'actions de prévention en milieu de travail est primordiale. Il devient impératif que la gestion des ressources humaines dans l'entreprise prenne mieux en compte l'aspect santé au travail et tende vers l'objectif de qualité de vie au travail.

845.- La crise sanitaire a su révéler l'importance d'une certaine proximité des SST envers les entreprises. A l'occasion d'une lettre adressée aux SST, le secrétaire d'Etat chargé de la santé au travail a rappelé les missions des SST et l'importance de mettre en avant leurs rapports de proximité avec les entreprises. Il énonce, « *afin d'être pleinement efficaces et de répondre aux*

besoins des employeurs et des salariés, les services doivent se concentrer sur les priorités » qui sont notamment *« l'accompagnement et le conseil des employeurs et des salariés »*[945].

846.- En ce sens, notre principe V[946] vise à faciliter la proximité des services dans les entreprises en rendant l'équipe pluridisciplinaire plus disponible à l'action en milieu de travail.

847.- Il convient, désormais, de bâtir des règles juridiques encadrant la santé au travail moins contraignantes pour pouvoir permettre aux SST d'être plus accessibles et d'assurer ce lien de proximité avec les entreprises adhérentes. La généralisation de la visite d'information et de prévention (VIP) représente une voie vers ce lien de proximité. La proximité recherchée doit passer par la possibilité pour les services d'assurer un suivi de santé efficace tant sur le plan collectif qu'individuel. Ce suivi individuel sera alors réfléchi dans le cadre de l'équipe de soin sur la base d'un protocole rédigé en collaboration avec le médecin et ses infirmiers. Le médecin du travail pourra préconiser des aménagements et conseiller l'employeur dans la mise en place d'une politique managériale en faveur de la prévention.

848.- Certaines propositions du rapport Lecocq[947] auraient pu ébranler ce rapport de proximité, notamment celle concernant la création d'un système décentralisé de « *France Santé Travail* » en lieu et place des SST. Malgré une volonté affirmée de faire de la santé au travail « *un interlocuteur privilégié et une interface de proximité avec les entreprises* », le rapport estimait qu'il existait un point de non-retour dans les relations entre santé au travail et entreprises et souhaitait « *regrouper les acteurs et s'assurer que tous soient réellement mobilisés au service des objectifs définis dans le PST3. C'est la raison pour laquelle nous proposons de réunir sous le même toit et sous une même bannière (France Santé au travail et des structures régionales de droit privé en étroite relation) aux différents niveaux de mise en œuvre, national et régional l'ensemble des acteurs. - 4 - A l'échelle des territoires, nous avons perçu l'expression d'un réel intérêt pour la mise en place d'un guichet unique qui permettrait à l'entreprise d'avoir une véritable prise en charge adaptée à ses besoins. Il y a, en particulier avec les actuels services de santé au travail interentreprises (SSTI), un divorce lié à une très mauvaise compréhension*

---

[945] PIETRASZWESKI L., *Lettre du Secrétaire d'Etat chargé des retraites et de la santé au travail*, communiqué du 12 novembre 2020.
[946] Principe V : faciliter la transmission des données, généraliser la VIP et renforcer l'AMT.
[947] LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, Rapport fait à la demande du premier ministre, 2018, p. 174.

par les entreprises de ce qu'elles payent au regard des prestations attendues »[948]. Toutefois, ce système déconcentré n'a pas retenu l'attention du législateur de 2021[949].

849.- L'idée de proximité a été retenue par le rapport sénatorial rendu en 2019 en ce qu'il évoquait l'idée d'un service universel de la santé au travail. Ce rapport vantait les mérites de l'accompagnement de proximité notamment au niveau des petites entreprises : « i*l convient, en particulier, de rendre obligatoire la réalisation par le SST d'actions en milieu de travail au sein de toutes les entreprises de moins de dix salariés qui requièrent un accompagnement de proximité »* [950].

850.- La récente proposition de loi a préféré retenir la notion de « lien étroit » entre SST et entreprise au détriment du lien de « proximité ». La proposition de loi évoque en ce sens que « *le développement du numérique peut être un moyen d'assurer un lien plus étroit avec les entreprises et salariés accompagnés. L'accès des professionnels de santé en charge du diagnostic et du soin au dossier médical de santé au travail (DMST) et l'accès des médecins et infirmiers en santé au travail au dossier médical partagé permettront un suivi médical prenant en compte la globalité de la santé du travailleur qui est également un patient, notamment en permettant au médecin traitant de connaitre les expositions professionnelles »*[951].

851.- Nos principes souhaitent plus clairement consacrer le fondement du lien de proximité. Plus concret et évocateur ce concept semble selon nous correspondre à nos propositions dont celle de la suppression de toute notion d'aptitude ou d'inaptitude. L'idée consiste à ce que l'ensemble de ces principes puissent favoriser le développement d'une relation de confiance entre l'ensemble des acteurs de la santé au travail. Ce lien de proximité nous parait en ce sens avoir plus de résonnance. Ceci étant, ce contexte ne doit pas entacher l'indépendance du médecin du travail et la protection du secret du médical.

---

[948] *Id.*, p. 3.

[949] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2.

[950] ARTANO S, GRUNY P., *Pour un service universel de santé au travail,* Rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales sur la santé au travail, Sénat, session ordinaire 2019-2020, 2 oct. 2019, p. 32.

[951] PARMENTIER-LECOCQ C., GRANDJEAN C., CASTANER C., KHATTABI F., CLOAREC-LE NABOUR C., *Proposition de loi n° 3718 , pour renforcer la prévention en santé au travail,* déposée le mercredi 23 décembre 2020, Enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 décembre 2020, p. 5.

852.- Il est nécessaire que l'indépendance du médecin du travail puisse continuée d'être protégée et rester un élément essentiel de la déontologie de cette profession consacré par les textes. Il s'agit d'un principe édicté par le Code de santé publique qui énonce que « *le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit*. L*e fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité ou sein des entreprises ou des collectivités où il exerce* »[952]. Cette indépendance s'intègre en tant que telle au sein des rapports entre entreprises et SST quand bien même leur relation de proximité se verrait renforcée.

853.- Les rapports de santé au travail entre entreprises et salariés devront, quant à eux, toujours évoluer sous le couvert du secret médical. Si l'idée d'une certaine responsabilisation du salarié envers sa santé est évoquée, aucune discrimination à l'état de santé ne saurait trouver de résonnance dans nos propositions.

854.- La nouvelle approche de la santé au travail par les entreprises commencera donc par la consécration des SST en tant que partenaire incontournable aux cotés des entreprises. Ce rapport de proximité doit être renforcé au profit d'un objectif commun : le maintien dans l'emploi.

2) Le maintien dans l'emploi, un objectif commun aux acteurs de la santé au travail

855.- L'application de nos principes rénovateurs a vocation à orienter l'approche de la santé au travail vers l'objectif de maintien dans l'emploi de manière prioritaire. Si cette mission relève pleinement des missions des SST, elle peine encore à se concrétiser du fait d'un manque de

[952] *C. santé publ.*, art. R. 4127-5 et R. 4127-95.

collaboration avec les employeurs et les salariés. Les nouveaux rapports entre SST et entreprises sont destinés à servir cet objectif commun. Dans cette optique, le principe VII[953] permettra notamment de faciliter cette collaboration en obligeant l'employeur à intégrer directement le maintien dans l'emploi dans la politique de gestion de l'entreprise. Les SST devront alors conseiller les entreprises adhérentes en matière de prévention de la santé au travail dans un objectif plus ciblé puisque plus facilement mesurable. Les SST interviendront à titre d'interlocuteurs privilégiés pour proposer à l'employeur des mesures concrètes permettant de concourir au maintien dans l'emploi.

856.- Cette volonté de recentrer la prévention de la santé au travail dans un objectif de maintien dans l'emploi répond à la stratégie nationale de santé 2018-2022[954] qui comprend dans ses objectifs un axe concernant la prévention de la désinsertion professionnelle. La stratégie nationale de santé évoque à ce propos que *« les parcours de soins sont souvent déconnectés des parcours de soutien social et professionnel qui contribuent pourtant à l'amélioration et au maintien de leur état de santé. La réinsertion des personnes dont l'état de santé est altéré nécessite une coordination de l'ensemble des acteurs intervenant sur ce champ (structures de soin, caisses de sécurité sociale), mais également un dialogue plus approfondi avec le monde du travail (employeur, services de santé au travail). L'amélioration des politiques de maintien en emploi repose sur une prise en charge précoce et sur un accompagnement de l'employeur pour favoriser tant que possible le retour à l'emploi. En cas d'impossibilité de retour à l'emploi initial, une attention doit être portée à la reconversion professionnelle de la personne* ».

857.- En ce sens, la Haute Autorité de Santé (HAS) a également publié en février 2019[955] plusieurs recommandations de bonnes pratiques veillant à la prévention de la désinsertion des travailleurs.

« *Les principes suivants gouvernent la stratégie de maintien en emploi :*

- *Le maintien en emploi ne se limite pas aux travailleurs en arrêt de travail, mais nécessite d'anticiper les difficultés et mesures mobilisables en amont de tout arrêt ;*

---

[953] Principe VII : L'intégration de la prévention de la santé au travail au sein de la politique managériale de l'entreprise (promotion de du devoir de prévention, renforcement des préconisations du médecin du travail et obligation de prévention collective et globale).

[954] Décr. n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022, JO n° 305, 31 déc. 2017, texte n° 72.

[955] HAS, Santé et maintien en emploi *: prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs,* Recommandations de bonnes pratiques, 15 févr. 2019, p. 9.

- *Conformément à la nécessité d'adapter le travail à l'homme, il est recommandé d'adapter les exigences du poste de travail aux capacités résiduelles du travailleur et aux limitations fonctionnelles entraînées par sa pathologie ;*
- *Lorsqu'un licenciement pour inaptitude médicale est envisagé, il appartient aux SST d'informer et de conseiller le travailleur sur les relais et les acteurs susceptibles de l'accompagner dans son parcours professionnel et de favoriser son employabilité ultérieure*»[956].

858.- La loi de 2021[957] a répondu favorablement à cette idée en proposant la création d'une cellule pluridisciplinaire dédiée à la prévention de la désinsertion professionnelle. En ce sens, le service de prévention en santé au travail (SPST) comprendra une cellule pluridisciplinaire de prévention de la désinsertion professionnelle destinée à **:**

- Réaliser des actions de sensibilisation,
- Identifier des situations individuelles,
- Proposer des mesures individuelles,
- Accompagner et informer le travailleur.

859.- Cette cellule sera animée et coordonnée par le médecin du travail et sera composée des professionnels de santé chargé des soins, le service du contrôle médical de la sécurité sociale, des organismes locaux d'assurance maladie, le service social, les acteurs de la compensation du handicap et la réorientation professionnelle, ainsi que les organismes d'insertion professionnelle. Cette cellule pourra être mutualisée entre plusieurs SPST[958]. Toutefois, la complexité de la mise en place de cette cellule et le nombre impressionnant des acteurs susceptibles de devoir l'y intégrer nous laissent perplexes quant à son efficacité en pratique.

860.- Le maintien dans l'emploi doit représenter un objectif concret à atteindre en matière de santé au travail que ce soit sur le plan juridique, managérial ou médical. Le principe VI concernant le décloisonnement de la santé publique et de la santé au travail pourrait servir de

---

[956] HAS, *Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs,* Recommandations de bonnes pratiques, 15 févr. 2019, p. 3.
[957] L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2.
[958] L. n° 2021-1018 préc., art. 18.

tremplin vers cet objectif. Pour œuvrer efficacement en faveur du maintien dans l'emploi, la coordination entre tous les acteurs de santé est également primordiale. Médecin du travail, médecin généraliste et médecin conseil doivent aujourd'hui chercher à mieux travailler ensemble par le biais du partage d'informations que le salarié pourra autoriser. Cette collaboration permettra la collecte d'informations cohérentes et nécessaires à la mise en place de mesures de prévention efficaces.

861.- A ce sujet, la HAS a eu l'occasion d'affirmer l'intérêt du partage d'information dans la poursuite de cet objectif de maintien ans l'emploi. Elle énonce que « l*e médecin du travail est identifié par la législation comme un acteur pivot du MEE et des mesures mobilisables dont il doit assurer le pilotage avec son équipe (…) Les actions de maintien en emploi doivent être mises en œuvre dans le respect des règles déontologiques et éthiques des professionnels concernés et se faire dans le respect de la personne. Au sens de l'article L. 1110-12 du Code de la santé publique, l'équipe de santé au travail ainsi que l'ensemble des acteurs du MEE ne forment pas une équipe de soin. De ce fait, tout partage d'informations strictement nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée* »[959]. Les nouveaux rapports de confiance régissant la relation salarié médecin devront s'étendre à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Néanmoins, le partage d'informations se limitera dans ce cas aux seules informations susceptibles de concourir au maintien dans l'emploi.

862.- Le maintien dans l'emploi devient de nos jours un objectif commun à atteindre de manière prioritaire auquel la santé au travail est prioritairement associée. Les institutions représentatives du personnel devront alors également jouer un rôle important. La modernisation de la santé au travail impliquera une démarche prévention plus collective.

3) Une obligation collective de la prévention incluant la participation du CSE

863.- La simplification des principes juridiques régissant la santé au travail a pour but de poser de nouvelles de bases de collaboration entre les acteurs de la santé au travail. Dans l'entreprise,

---

[959] HAS, *Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs,* Recommandations de bonnes pratiques, 15 févr. 2019, p. 3.

la dimension collective s'entend également de l'implication des organismes représentatifs du personnel dans la prévention des risques.

864.-Ppour rappel, depuis les ordonnances Macron du 22 septembre 2017[960], une nouvelle institution regroupant l'ensemble des institutions représentatives du personnel a vu le jour : le Comité social économique (CSE). Un CSE est mis en place dans les entreprises d'au moins 11 salariés[961]. Cette nouvelle instance unique de représentation du personnel, est composée de l'employeur et d'une délégation élue du personnel. Elle fait fusionner les délégués du personnel (anciennement présents dans les entreprises d'au moins 11 salariés) et les délégués du personnel, le comité d'entreprise et CHSCT (dans les entreprises d'au moins 50 salariés). Les missions et objectifs du CSE varient en fonction de l'effectif de l'entreprise notamment en matière de santé au travail. Les questions de santé au travail doivent désormais être abordées au moins quatre fois par an. De plus au sein du CSE une commission de santé, sécurité et des conditions de travail est obligatoire dans les entreprises de plus de 300 salariés, dans les entreprises à risque (par exemple, dans le secteur du nucléaire), ou à la demande de l'inspection du travail en raison de la nature des activités, de l'agencement ou de l'équipement des locaux (peu importe l'effectif). Dans les entreprises comprenant entre 50 et 300 salariés, il est possible de créer une commission de santé, sécurité et des conditions de travail par accord collectif fixant sa composition, ses missions et modalités de fonctionnement. Sans réelle autonomie, cette commission sera chargée par délégation de tout ou partie des attributions du CSE relatives à la santé, la sécurité et les conditions de travail à l'exception du recours à un expert. La commission est présidée par l'employeur et comprend au moins trois membres du CSE, le médecin du travail, le responsable sécurité, l'inspecteur du travail et un membre de la CARSAT. Elle réunit alors tous les acteurs participant à la prévention de la santé au travail.

865.- Ce nouveau mode de fonctionnement permet de rassembler l'ensemble des acteurs de la santé au travail de l'entreprise autour d'un seul sujet : celui de la santé au travail. Auparavant le comité d'hygiène, de sécurité et conditions de travail (CHSCT) juxtaposait plusieurs missions[962]. Certains médecins du travail faisaient état de difficultés à aborder les questions de

---

[960] Ord. n° 2017-1385 à 2017-1389 du 22 septembre 2017 *relative à la prévisibilité et la sécurisation des relations de travail, JO,* n° 223, 23 sept. 2017, texte n° 29.
[961] *C. trav.,* art. L. 2311-2 et s.
[962] *C. trav.,* art. L. 4612-1.

santé au travail lors des CHSCT : *« sur ce point, les médecins du travail sont en position délicate. Conseillers des différentes parties, donc des employeurs, ils ne peuvent refuser le principe de participer à de telles réunions, mais ils ne peuvent en être les animateurs. Et ce qu'ils peuvent y dire doit être également dit au CHSCT. Cela doit rester compatible avec le plan d'activité du médecin du travail discuté en CHSCT. En revanche, il y a une ligne blanche qui ne doit jamais être franchie, c'est d'accepter d'instruire des cas individuels dans de telles instances. Même et encore plus si cela se passe dans un cadre prétendument confidentiel. En effet, il n'y a aucun secret lié à l'activité du médecin du travail qui puisse être partagé avec l'employeur, la DRH, l'assistante sociale ou un représentant du personnel* »[963].

866.- Désormais, la création du CSE centralise les questions de santé et sécurité au travail. Pour certains auteurs, « *ce n'est donc pas tant le risque d'une non-conformité juridique qui devrait inciter les entreprises à négocier sur le CSE que l'opportunité d'adapter la configuration, le fonctionnement et les attributions de l'instance à sa situation particulière et de manière efficace* »[964]. Le CSE a notamment pour mission de contribuer à la promotion de la santé, la sécurité et les conditions de travail dans l'entreprise et réalise des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel[965].

867.- Plusieurs décisions de jurisprudences[966] témoignaient de cette volonté des juges de tendre vers une prise en charge collective des risques professionnels en permettant aux CHSCT de faire appel à un expert non plus seulement en cas d'accident de travail ne concernant que ses salariés identifiés mais en cas de projet importants modifiants les conditions de travail collectives dans l'entreprise. A l'instar du « futur-ex-CHSCT », le CSE conserve la possibilité de faire appel à un expert agréé dans les deux hypothèses[967] c'est-à-dire en cas de risque grave, identifié et actuel, révélé ou non par un accident du travail, une maladie professionnelle ou à

---

[963] HUEZ D., *Terrain miné pour la médecine du travail*, Santé & Travail n° 74, avr., 2011, p. 17.
[964] CORMIER LE GOFF A., KRIVINE J., « De la négociation sur le comité social et économique à celle du conseil d'entreprise, seule habilité à négocier », *Dr. soc.*, 2019, p. 204.
[965] *C. trav.*, art. L. 2312-8.
[966] *V.* Cass. soc., 19 déc. 2018, Groupe hospitalier Eaubonne-Montmorency c/ CHSCT Groupe hospitalier Eaubonne-Montmorency, n° 17-19.889, F-D ; Cass. soc., 9 mai 2018, CHSCT Technicentre PACA Marseille Saint-Charles c/ SNCF, n° 17-10.852, F-D ; Cass. soc., 22 fév. 2017, Sociétés Orange et Orange Réunion, n° 15-10.548, P+B, *RJS* 2017, comm. n° 346, *JSL* 2017, n° 431-5, obs. Cottin, *JCP S* 2017, 1119, note P.-Y. Verkindt ; Cass. soc., 17 oct. 2018, CHSCT de la société Apave région Sud-Est *et al.* c/ Société Apave Sudeurope, n° 17-15.523, F-D ; Cass. soc., 17 oct. 2018, Société Apave Sudeurope c/ CHSCT de la société Apave région Sud-Ouest, n° 17-18.609, F-D.
[967] *C. trav.*, art. L. 2315-78 et s.

caractère professionnel est constaté dans l'établissement ou bien en cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail, par l'introduction de nouvelles technologies, tout aménagement[968]. Le CSE dispose également de prérogatives spécifiques dans les domaines de la santé, de la sécurité et des conditions de travail.

868.- Il peut notamment procéder à l'analyse des risques professionnels auxquels les travailleurs peuvent être exposés, notamment les femmes enceintes, ainsi que des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels. Dans l'idée du développement de la prévention collective et l'instauration d'un objectif de maintien dans l'emploi, le CSE représente donc une institution centralisée qui doit être utilisée en faveur d'une prévention primaire collective.

869.- La crise sanitaire a su également démontrer l'importance de l'implication du CSE dans la prévention des risques en l'incluant au sein du protocole national sanitaire[969]. Pour certains auteurs[970], « *les mesures impliquées par la contagiosité spécifique du COVID-19 apparaissent en effet incarner ce qu'il faut qualifier de modification importante de l'organisation du travail (gestion des déplacements des salariés au sein d'un entrepôt qui accueille des activités de réception, de stockage puis d'expédition de marchandises, du fait notamment du nombre de salariés et de la multiplicité de leurs tâches). C'est en conséquence de quoi la cour d'appel de Versailles va juger qu'il appartenait à la société Amazon de consulter le CSE central dans le cadre de l'évaluation des risques – comprenant la modification du DUER –, puis la mise en œuvre des mesures appropriées, sans pour autant ignorer les CSE d'établissement lesquels, dans le cadre de cette démarche d'évaluation, devaient être consultés et associés en leur qualité de représentants des salariés, étant rappelé que le comité social et économique a pour mission de promouvoir la santé, la sécurité et l'amélioration des conditions de travail dans l'entreprise. La solution fait ainsi une application sans extravagance des textes donnant*

---

968 *V*. Cass. soc., 20 sept. 2018, Centre hospitalier universitaire d'Angers, n° 17-10.555, F-D ; Cass. soc., 25 mai 2018, Société Altran Technologies, n° 16-26.856, F-D ; Cass. soc., 14 mars 2018, Société Altran Technologies, n° 16-27.683, F-D ; Cass. soc., 24 janv. 2018, Etablissement Hôpital américain de Paris, n° 16-21.517, F-D ; Cass. soc., 24 janv. 2018, CHSCT de l'établissement de la poste de Saint-Jouan-des-Guérets *et al.* c/ Société La Poste *et al.*, n° 16-24.833, F-D ; Cass. soc., 24 janv. 2018, CHSCT centre hospitalier Ariège Couserans c/ Centre hospitalier Ariège Couserans *et al.*, n° 16-20.016, F-D.

969 Ministère du Travail, de l'emploi et de l'insertion, *Protocole National pour assurer la santé et la sécurité des salariés en entreprise face à l'épidémie de COVID-19*, 2020, 20 p.

970 MALFETTES L., « Coronavirus : confirmation de la condamnation d'Amazon en appel », *Dalloz actualité*, 29 avr. 2020, p. 7.

compétence au CSE en matière de conditions de travail, dont il est difficilement contestable qu'elle couvre les mesures préventives envisagées dans le cadre de l'épidémie ». L'importance de l'implication du CSE dans la gestion de la santé au travail de l'entreprise ne laisse plus de doute.

870.- La modernisation de la santé au travail doit se traduire par une nouvelle approche de la santé au travail, par les entreprises, refondée autour de nouvelle perception. Mais pour faire évoluer cette perception de la santé au travail il est nécessaire d'apporter l'idée d'une vision transversale plus moderne.

II. Vers une nouvelle vision transversale de la santé au travail

871.- La santé au travail fait état d'une certaine transversalité. Dans un premier temps, il a fallu analyser comment la santé au travail pourrait se décliner au travers des différents partenaires qu'elle implique (A.). Nos principes directeurs tendent à déployer les collaborations avec ses partenaires diverses pour, dans un second temps, chercher à valoriser cette discipline à plusieurs niveaux auprès de l'ensemble des acteurs désignés (B.).

A- Le déploiement des partenaires de la santé au travail

872.- La transversalité de la santé au travail suppose l'interaction entre des acteurs multiples. D'une part, l'application de nos principes doit conduire à l'émergence de nouveaux rapports entre médecine de ville et de prévention (1). D'autre part, cette transversalité doit également s'entendre de la prise en compte progressive d'un nouveau mode de gestion de la santé au travail qui est celui des accords collectifs (2). Enfin, ce sont ces actions impliquant leur aspect multi-partenarial et multidisciplinaire qui doivent être mises en exergue (3).

1) *L'interaction des SST dans leur aspect pluridisciplinaire avec la médecine curative*

873.- La santé au travail a connu plusieurs bouleversements historiques tel que retracés en introduction. Pour certains auteurs « *la crise sanitaire de la COVID-19 qui frappe actuellement les différents pays a mis en relief ces aspects des débats, en même temps qu'elle a de nouveau braqué les projecteurs sur les maladies professionnelles* »[971]. La santé au travail a vu les missions de ses acteurs évoluer au fil des crises sanitaires en parallèle avec la médecine de ville. Pour en illustrer le propos, les archives nationales du monde du travail de Roubaix ont proposé à partir du 1er septembre 2016 une exposition intitulée *« travailler en toute sécurité »* pour rendre hommage aux 70 ans de la médecine du travail. L'exposition a retracé en 10 panneaux, un siècle de prévention de la santé au travail autour de plusieurs thématiques telles que les accidents du travail, les maladies professionnelles, la sensibilisation des salariés, les équipements de protection individuels (EPI), les gestes et postures, la médecine d'usine, la médecine du travail ou encore les acteurs du dialogue social. L'ensemble de ces photographies témoigne nettement de l'évolution de la prise en charge de la santé dans le travail. On observe alors les prémices de la prévention dès l'institutionnalisation de la médecine du travail après la Seconde Guerre mondiale destinée initialement à protéger le salarié face aux conditions de travail difficiles pour progressivement tendre vers la prévention et le conseil au service des entreprises. Le médecin du travail à l'origine unique protecteur de la santé des salariés, apparait au fur et à mesure des photographies comme un pilote d'équipe au service de la gestion des risques en entreprise.

874.- Or, la perception de la santé au travail s'attache encore à la représentation de ses débuts, initialement destinée à protéger individuellement les salariés. L'aspect pluridisciplinaire n'est que trop peu connu[972]. L'association des directeurs de SST Présance fondée en 1942 propose depuis sa création des outils de communication à destination des employeurs et salariés[973]. Pour

---

[971] BADEL M., LEROUGE L., « Les maladies professionnelles cent ans après : reconnaissance et indemnisation, des défis toujours actuels », *Dr soc.* 2020, p. 975.

[972] Prévention, Santé, Service, Entreprise, Enquête Harris Interactive : quelle perception les dirigeants de TPE/PME ont-ils de la santé au travail ? avr. 2019, p. 2.
[973] *Ibid.*

autant, une enquête a été publiée en partenariat avec Harris interactive[974] pour Présance, sur la perception des enjeux de santé au travail par les employeurs. L'enquête a été réalisée en avril 2019 auprès de 410 dirigeants d'entreprises de moins de 250 salariés. En 2019, seulement 38 % des dirigeants interrogés connaissent l'ensemble des quatre missions des SSTI. Ces propos entrent en corrélation avec notre sondage proposé en première partie[975].

875.- La santé au travail suppose désormais l'intervention de plusieurs spécialistes travaillant en équipe autour du médecin du travail. Plusieurs de nos principes juridiques rénovateurs comme le déploiement de l'équipe pluridisciplinaire ou bien la généralisation des VIP par exemple permettent cette évolution. Mais une nouvelle dimension doit s'ouvrir vers l'interaction des compétences pluridisciplinaires de la santé au travail avec l'ensemble des acteurs en lien avec la médecine curative.

876.- L'extension pluridisciplinaire des domaines de compétences doit aujourd'hui intégrer plus de passerelles et d'échanges vers la santé publique. La santé au travail doit évoluer vers de possibles interdépendances avec la médecine de ville et son interopérabilité avec la gestion de la santé publique. Cependant certains textes juridiques vont dans un tout autre sens et amènent à véhiculer une image négative de la santé du travail, ce qui a pour conséquence de l'isoler voire de l'exclure de l'objectif de santé publique. Les récents décrets concernant les visites médicales pour les apprentis en illustrent le propos[976]. Le décret de 2019 prévoit qu'à titre expérimental jusqu'au 31 décembre 2021, les VIP initiales des salariés apprentis pourront être réalisées par un médecin de ville lorsque le SSTI ne sera pas en mesure d'organiser cette visite dans les deux mois suivant l'embauche de l'apprenti. Ce texte sous-entend que la médecine de ville serait en mesure de parer aux éventuelles défaillances des SSTI dans leurs obligations. Le texte juridique attribue aux médecins de ville la responsabilité de se prononcer sur la compatibilité entre l'état de santé d'un salarié et son poste de travail sans avoir connaissance de l'entreprise. A ce titre,

---

[974] Enquête Harris Interactive : *quelle perception les dirigeants de TPE/PME ont-ils de la santé au travail ?* source URL < www.presance.fr >.
[975] *V.* Annexe 3, résultats du sondage réalisé auprès de 188 entreprises le 26 janv. 2017.
[976] Arrêté du 24 avril 2019 fixant le modèle d'attestation du suivi de l'état de santé des apprentis reçus en visite d'information et de prévention par un médecin exerçant en secteur ambulatoire a été pris en application du II de l'article 4 du décret n° 2018-1340 du 28 décembre 2018 portant sur l'expérimentation relative à la réalisation de la visite d'information et de prévention des apprentis par un professionnel de santé de la médecine de ville, dans le cadre de l'expérimentation prévue à l'article 11 de la loi n° 2018-771 du 5 sept. 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel (JO n° 205, 6 sept. 2018, texte n° 1).

il dénature les fonctions premières du médecin du travail mais également de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire spécialisée en la matière.

877.- Selon le législateur, la passerelle vers la médecine de ville représente ici une voie de secours pouvant faire face aux défaillances des SSTI. Mais, en fin de compte cela renvoie l'image d'une santé au travail défaillante et inerchangeable. Certains auteurs estiment qu'il s'agit d'une erreur, *« ainsi, déléguer le suivi de santé à des professionnels de santé non spécialement formés et sans connaissance des conditions de travail, tel qu'indiqué dans la recommandation, reviendrait à considérer qu'il n'est nul besoin d'un système de santé au travail et que le système de soins traditionnel pourrait suffire. S'il y a besoin d'un suivi médical adapté au risque, seul un professionnel de santé au travail peut le réaliser (demanderait-on à un anesthésiste d'effectuer un pontage coronarien ?). Pourquoi dans ces conditions le confier au médecin généraliste, déjà en surcharge de travail ? (…) Les médecins généralistes ne sauraient être la variable d'ajustement du système de santé au travail »*[977].

878.- Nos principes rénovateurs ont vocation à valoriser l'intérêt de la santé du travail en permettant aux SST d'interagir avec la santé publique et non de les mettre en concurrence. Le médecin du travail et son équipe pluridisciplinaire sont des spécialistes de la santé au travail dont l'expertise servir à poursuivre un objectif de santé publique. Le conseil national de l'ordre des médecins a eu l'occasion de reconnaitre dernièrement que *« seul le médecin du travail est habilité à intervenir dans la reprise des salariés, suivant les conditions et procédures décrites par le Code du travail ou la réglementation spécifique à l'état d'urgence sanitaire »*[978]. Dès lors, l'image de la santé au travail doit se moderniser en déployant non seulement les aspects de sa pluridisciplinarité mais également en développant dans le même temps les liens qui l'unissent à la santé publique.

879.- La transversalité en matière de santé au travail trouve également sa source dans l'intégration de nouvelles politiques managériales fondées sur la qualité de vie au travail au sein des accords collectifs.

---

[977] FANTONI-QUINTON S., « Le rapport Lecocq, une opportunité pour repenser la place du médecin du travail dans le système de santé au travail de demain », *Dr. soc.*, 2019, p. 160.
[978] CNOM, *Certificats de reprise au travail*, communiqué de presse, 26 mai 2020.

2) *Les accords collectifs, nouveau mode de gestion de la santé au travail dans l'entreprise*

880.- Le plan Santé Travail 2016-2020[979] avait clairement pris le parti dans son introduction de vouloir orienter la stratégie nationale en santé au travail vers la capacité de tous les acteurs à se mobiliser sur des objectifs communs. Les deux axes stratégiques principaux étaient de donner la priorité à la prévention primaire pour développer la culture de prévention et d'améliorer la qualité de vie au travail entant que levier de santé et de maintien en emploi des travailleurs mais également levier de performance économique et sociale de l'entreprise. « *Le plan développe dans ses objectifs qu'il fixe et les actions qu'il fédère une approche positive du travail. Plusieurs actions du PST visent ainsi à valoriser le travail en l'inscrivant dans une dynamique d'amélioration conjointe du bien-être et de la performance mettant en évidence qu'il est facteur de progrès économique et social. Ainsi le plan prend en compte des problématiques plus larges que la seule prévention de risques et restitue la qualité du travail comme un enjeu essentiel, ce que traduit par exemple le concept de travail-santé* ». Le travail doit aujourd'hui être perçu comme un indicateur de santé. Cet objectif du plan santé travail 2016-2020 ne semble pas avoir manqué d'ambition. Mais la corrélation entre santé travail et santé publique a manqué de valorisation.

881.- Nos principes rénovateurs proposent plusieurs solutions. Le principe VII évoque l'intégration de la prévention primaire au sein de la politique managériale de l'entreprise. Ce principe entre pleinement dans les objectifs du PST qui ambitionne de « *mettre en place une politique globale de santé et de qualité de vie au travail dans l'ensemble des milieux professionnels publics et privés* »[980].

882.->Plusieurs accords collectifs ont pris les devants pour tenter d'intégrer cette idée de qualité de vie au travail dans la politique managériale de l'entreprise. A titre d'exemple, chez Magnum l'accord collectif de 2016 évoque que « *la direction de la société MAGNUM et les représentants du personnel sont attachés au respect de l'égalité professionnelle entre les femmes et les*

[979] MTEFP, *Plan Santé Travail 3*, 2016-2020, p 74.
[980] MTEFP, *Plan Santé Travail 3*, 2016-2020, p 74.

hommes et la qualité de vie au travail. Ils ont toujours œuvré dans ce sens afin de garantir l'effectivité de ce principe dans la société »[981].

883.- Plus récemment, chez Meritis[982], société de conseil en technologies de 600 personnes, l'accord d'entreprise intitulé « *qualité de vie au travail* » met en exergue la possibilité de personnaliser les conditions de travail. Certains salariés trouvent alors la faculté de pouvoir bénéficier d'aménagements horaires, ou de télétravail par exemple. Les salariés optent ainsi pour une organisation de travail en accord avec leur vie personnelle.

884.- La santé au travail peut s'appréhender comme un levier voire un indicateur de réussite économique et sociale. Toutefois certaines grandes entreprises n'ont pas attendu une évolution législative en ce sens, les TPE/PME pour la plupart n'y sont pas encore. La doctrine s'interroge : *« qui sait s'ils ne pourraient pas faire aussi preuve d'ingéniosité dans l'organisation de conditions de travail plus humaines ? Simone Weil, La condition ouvrière. Une étude de 200 accords collectifs conclus dans le cadre de la négociation obligatoire sur la qualité de vie au travail fait apparaître de grandes disparités des normes d'entreprise. (…) Or, même s'il a été élaboré à l'origine principalement par le législateur, le droit contemporain de la santé au travail est aussi aujourd'hui l'œuvre des interlocuteurs sociaux, aux différents niveaux de négociation collective. Cette mise en retrait de « la loi étatique » par rapport à « la loi professionnelle » ou de la « norme légicentrée » par rapport à la « norme sociocentrée » peut interroger. L'accord d'entreprise est-il adapté pour appréhender globalement l'ensemble des questions de santé au travail ? La loi n'est-elle pas davantage indiquée pour une approche systémique de la santé au travail (organisation et conditions de travail), en lien avec les cadres d'emploi (durée du travail, management) et la considération des personnes au sein des collectivités professionnelles* ? »[983].

885.- L'ensemble de ce travail de recherche sur la rénovation des rapports entre entreprises et SSTI nous aura permis de répondre à cette question. Le législateur est bien loin de la réalité du terrain. Les accords d'entreprise pris sur la question de la qualité de vie au travail en sont

---

[981] Accord d'entreprise Magnum, *relative à l'égalité professionnelle et la qualité de vie au travail,* Paris, 2017.
[982] Accord d'entreprise Meritis, *Qualité de vie au travail,* 7 avril 2020.
[983] HEAS F., « La négociation d'entreprise sur la qualité de vie au travail », *Dr. soc.*, 2019, p. 907.

l'illustration. Ils répondent aux évolutions de la santé au travail que le Code du travail ne peut pas encore appréhender. Un constat doctrinal est dès lors adopté : *« dorénavant, les thèmes de la négociation collective intéressant directement la santé au travail se retrouvent « uniquement » parmi ceux susceptibles d'être verrouillés par la branche : prévention des expositions aux facteurs de risques professionnels, emploi des travailleurs handicapés, primes pour travaux dangereux et insalubres. Ce premier recul se double d'un recul de la loi car, en dehors du domaine de la branche, la norme d'entreprise, antérieure ou postérieure, prime dorénavant sur tout sujet, y compris en santé-travail. La négociation collective d'entreprise est devenue centrale sur les questions de santé au travail* »[984]. Si l'accord collectif ne peut se substituer à la technicité du législateur, il revêt une réactivité sans pareil pouvant s'adapter à la mouvance de la santé au travail. La crise sanitaire n'a fait que confirmer notre point de vue. Certains auteurs ont pu notamment y voir un « *règlement de l'urgence* », « *dans cette réglementation de l'urgence, nécessaire depuis plusieurs mois, les pouvoirs publics ont misé sur l'accord collectif de travail autant pour déroger temporairement à des dispositions législatives et à des stipulations conventionnelles existantes que pour mettre en œuvre de nouveaux dispositifs, comme l'activité partielle de longue durée. La pratique de l'accord collectif s'est densifiée avec, déjà, plusieurs centaines d'accords estampillés COVID-19* »[985]. Il convient selon nous, de pérenniser et d'étendre cette démarche à l'ensemble des entreprises. La faculté d'adaptation de l'accord collectif nous semble pouvoir être aisément adopté de manière à garantir un encadrement certes moins précis mais plus transversal de la santé au travail.

886.- Si l'accord collectif peut répondre aux exigences transversales de la santé au travail, ce procédé de droit du travail faisant intervenir les partenaires sociaux ne doit pas avoir pour conséquence d'évincer les SST de la négociation.

---

[984] *Ibid*.
[985] ANTONMATTEI P-H., ENJOLRAS L., MARIANO C., « Actualité du droit et de la pratique de la négociation collective », *Dr. soc.*, 2020, p. 947.

3) La santé au travail, un domaine trans-partenarial

887.- Si l'évolution de la santé au travail tend vers une interaction avec la médecine curative, la santé au travail pénètre par la suite les entreprises et leurs conditions de vie au travail. Les SST en tant que spécialistes de la prévention doivent se placer au centre des négociations et des missions de cadrage. Si le pouvoir de décision reste entre les mains de la direction, le pilotage et la gestion de la prévention doivent être chapeautée par les SST. Deux exemples d'accords collectifs permettent de démontrer les faiblesses d'une santé au travail résultant uniquement de la négociation de l'entreprise par le biais d'un accord collectif.

888.- Le premier exemple que nous avons choisi d'étudier concerne l'accord collectif relatif à la QVT à la MAIF du 12 avril 2017[986]. Dans cet accord collectif, la MAIF veut conforter le partage d'expériences et le dialogue social sur la QVT et aller « *résolument au-delà des obligations légales en matière de prévention en santé sécurité au travail* ». Symboliquement ce texte baptise la fonction de RH fonction « Richesses Humaines ». Dans cet accord l'implication des différents acteurs de la QVT acteurs (dirigeants, salariés, ligne managériale, fonction RH et institutions représentatives du personnel) est recherchée. La MAIF cherche à affirmer un engagement certain de la direction sur cette question de QVT dans le cadre de l'évaluation de la performance globale de l'entreprise. Les signataires « *conviennent de la nécessité d'organiser régulièrement des moments d'échanges, destinés à l'expression des salariés* ». La qualité de vie au travail est recherchée dans la coopération des acteurs de l'entreprise, dans la configuration des espaces de travail ou encore dans la conciliation des temps de vie. En effet, la mutuelle s'engage à mettre en œuvre des actions dédiées au sport et à la santé publique pour renforcer la cohésion sociale et réduire l'absentéisme. D'autres actions visent la préservation du sommeil, la prévention de la charge cognitive, les premiers secours, la prévention des addictions ou encore la prévention du risque auditif. L'accord prévoit également un moyen de mesurer le suivi des facteurs de risques dans l'entreprise de manière à pouvoir évaluer le niveau de la qualité des conditions de vie au travail des salariés au travers de différents indicateurs et d'une enquête de perception.

---

[986] MAIF, *accord d'entreprise relatif à la qualité de vie au travail*, Niort, 12 avr. 2017, p. 19.

889.- Cet exemple est significatif d'une volonté de prendre en compte la qualité de vie au travail au sein même de la politique managériale de l'entreprise en y intégrant des questions de santé publique. Néanmoins, à aucun moment il n'est fait mention d'un partenariat avec les SST. La santé au travail joue pourtant ici un rôle prépondérant et les SST ont les compétences pluridisciplinaires pour épauler les entreprises dans cette démarche. L'absence de référence au SST seul véritable spécialiste de la santé des travailleurs de l'entreprise nous semble préjudiciable.

890.- Un second exemple peut être étudié : il s'agit de l'accord du 18 juin 2015 relatif à la santé au travail chez Meubles Ikea France[987]. Dans cet accord, Ikea France s'engage à intégrer la prévention de la santé au travail dans sa politique managériale. Ce premier accord sur la santé au travail pour l'entreprise a nécessité huit mois de négociation. L'objectif est *« d'améliorer les dispositifs de protection de la santé au travail et de poursuite les actions de modernisation des conditions de travail. Il vise à mieux organiser les responsabilités de chacun en matière de prévention et acte l'engagement de l'entreprise à intervenir sur toute situation d'atteinte à la santé liée au travail, et à accompagner, tout salarié en difficulté* ». A ce titre, Ikea développe depuis janvier 2015 un partenariat avec les organisations syndicales autour d'un système de management de la santé et des conditions de travail. Il n'est prévu que d'informer et de consulter les représentants du personnel sur le déploiement de cette action.

891.- Là encore, si la volonté de l'entreprise est clairement orientée vers une amélioration des conditions de travail au profit d'une certaine qualité de vie au travail, la participation des services de santé au travail en partenariat avec l'entreprise est délaissée au profit d'un partenariat syndical. Si la santé au travail fait désormais l'objet d'une prise en compte dans la politique managériale de l'entreprise, les moyens d'actions restent encore internes à l'entreprise et empreints de gestion du climat social. La modernisation du système doit amener les entreprises à faire intervenir les SST sur cette question de qualité de vie au travail.

892.- L'ANACT a eu l'occasion de déplorer cette exclusion des SST par les entreprises dans la constitution des accords collectifs. « *Si des avancées significatives ont été réalisées sur le versant sociétal de la qualité de vie au travail, avec de nouvelles pratiques et des accords*

[987] IKEA France, l'accord du 18 juin 2015 *relatif à la santé au travail*.

concernant l'égalité professionnelle, l'articulation des temps ou encore le télétravail, les améliorations sont plus incertaines en matière de santé au travail »[988]. Dans son analyse de négociations collectives relatives à l'égalité professionnelle et la qualité de travail l'institution est implacable. « *La grande majorité des accords QVT met l'accent sur les enjeux sociétaux au travers de mesures RH avec des règles, des droits, des objectifs et des indicateurs de progrès. Ce qui représente des améliorations sensibles pour les salariés et répond à des préoccupations fortes de leur part. Mais les accords mentionnent rarement la dimension de santé au travail* »[989]. L'ANACT explique ce phénomène par le fait que *« les sujets sont rarement abordés de façon transversale, décloisonnée, ce qui invisibilise les rapports de causalité entre l'organisation du travail, la santé, les métiers et la dimension économique* ».

893.- Nos recherches nous ont amenés à encourager le développement des accords collectifs en faveur de la santé au travail au motif que cet outil répond à un besoin de réactivité. Toutefois, la limite doit être celle de la centralisation des actions menées en partenariat avec le SST.

894.- Telle serait alors la clé de cette nouvelle vision de la santé au travail : la transversalité. Selon nos principes, les SST doivent être présentés comme l'interlocuteur privilégié destiné à faire interagir les questions de santé publique et de santé au travail au sein même de l'entreprise.

895.- Mais pour que les SST apparaissent aux yeux des professionnels de la santé publique et des employeurs comme cet interlocuteur de choix incontournable, le domaine d'expertise de la santé au travail doit plus largement être valorisé.

B- Vers la valorisation du domaine d'expertise de la santé au travail

Pour évoluer positivement, la perception de la santé au travail doit pouvoir s'appuyer sur une véritable valorisation du domaine d'expertise qu'elle représente. Plusieurs moyens peuvent être mis en jeu. Le parcours universitaire des futurs médecins du travail doit se moderniser (1). L'attractivité de la santé au travail doit largement être développée (2) notamment au travers des

[988] ANACT, Un cap à tenir Analyse de la dynamique de l'Accord national interprofessionnel Qualité de vie au travail -Egalité professionnelle du 19 juin 2013, 21 févr. 2019, p. 45.
[989] *Ibid.*

travaux de recherche, vitrine nécessaire à l'approbation de l'ensemble de la communauté médicale (3).

1) Un parcours universitaire à moderniser

896.- La santé au travail est une spécialité médicale qui intervient à la suite d'une formation en médecine de six ans. Il est possible de se spécialiser en médecine du travail dans le cadre du concours de l'internat[990]. Concrètement, la formation de spécialisation dure quatre ans. « *Le DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) s'obtient après un Internat de 8 semestres composé de 3 stages de discipline (ex : psychiatrie, rhumatologie, dermatologie, etc…) 5 stages de médecine du travail (ex : services de santé au travail, centre de recherche en santé au travail, service de prévention, etc…)* »[991]. Frappée par un fort manque d'attractivité, cette spécialité est largement délaissée par les étudiants en médecine. Par exemple, aux épreuves d'internat de 2017, 48 des 137 postes de médecins du travail n'ont pas été pourvus. Jugée inintéressante et peu attractive, la santé au travail est une spécialité largement rejetée par les étudiants en médecine.

897.- Le rapport de l'IGAS déplore un délaissement au sein même du parcours universitaire. *« la spécialité médecine du travail est peu visible dans le cursus des études de médecine effectué pour l'essentiel dans les centres hospitaliers et universitaires (CHU). (…) La spécialité médecine du travail est l'objet de peu de questions lors des épreuves nationales classantes. Ceci a pour effet que les étudiants ne s'y intéressent pas ; car tel ne sera pas l'essentiel de ce qu'ils doivent apprendre pour s'assurer le meilleur des classements possibles. C'est un des effets pervers de cette méthode d'affectation des spécialités : ce qui compte pour l'étudiant est seulement ce qui permet de parfaire son classement pour disposer d'un panel de choix plus étendu. Un étudiant a même affirmé à la mission : "C'est simple ; tout ce qui n'est pas dans le périmètre des ECNI, je ne fais pas ! " »*[992].

---

[990] CNOM, *La médecine du travail. Conditions d'accès,* fév. 2006, p. 6.
[991] Association Nationale des internes en médecine du travail, *Vidéo C'est quoi cette spé ? Qu'est ce que la médecine du travail ?*, La réponse en 4 minutes, source URL : < https://www.animt.fr/ >.
[992] IGAS, CHASTEL X, SIAHMED H., BLEMONT P., *Attractivité et formation des professions de santé au travail,* Rapport n° 2017-023R / IGAENR , n° 2017-053, août 2017, p. 176.

898.- La spécialité de médecine du travail gagnerait à être enseignée dans les cursus dès la première année en insistant sur l'approche multidisciplinaire qu'elle implique. La spécialité de santé au travail devrait même être intégrée au sein des tests d'évaluation de l'ECN de manière à en susciter la découverte.

899.- Des stages obligatoires devraient avoir lieu dans les services de santé au travail. Selon nous, le lien entre les SST et les universités doit être renforcé avec l'aide des pouvoirs publics. Le rapport de l'IGAS évoque à ce titre une certaine déconnexion de la santé au travail avec le monde du travail des étudiants en médecine. « *La spécialité médecine du travail est peu pensée au sein de l'université. Ce jugement un peu sévère à l'égard de la spécialité se complète d'absence d'information de la part des milieux directement concernés vers les étudiants. La connaissance effective de la médecine du travail est d'autant moins grande que les stages de découverte de services de santé au travail avant le choix des ECNI, et sauf quelques louables exceptions, sont trop rares dans les différentes universités. Or ce besoin peut apparaître grand car les universitaires de cette spécialité eux-mêmes sont perçus comme éloignés du monde du travail effectif dans lequel leurs internes iront faire leurs armes* »[993]. Nos propos affirment que la vision pratique des problématiques doit être présentée sous forme de cas d'espèce. Des modules en immersion avec un professionnel de terrain devraient être proposés aux étudiants de manière à faire vivre la matière et la rendre plus attractive.

900.- Le droit du travail prévoyait en 2012[994], la possibilité pour un SST d'accueillir des étudiants de médecine en stage, élargie aux étudiants du deuxième cycle des études médicales, et non plus seulement aux internes. Les parcours universitaires doivent interagir avec le milieu professionnel et le monde de l'entreprise dès les premières années d'études post-bac.

901.- Depuis 2013, l'université de médecine Pierre-et-Marie-Curie a commencé une collaboration avec le centre interentreprises et artisanal de médecine du travail (CIAMT) proposant aux étudiants en médecine de 4e année une matinée de stage de découverte en service de santé au travail. « *Les étudiants ont assisté à une consultation avec le médecin du travail et parfois avec l'infirmier en santé au travail. À la fin de ce stage, les étudiants ont répondu à un*

---

[993] Ibid.
[994] Circ. DGT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail.

questionnaire d'évaluation du stage entre 2013 et 2017. Concernant la question *« ce stage fait découvrir une pratique de la médecine peu connue »* 94,97 % des étudiants ont répondu favorablement (d'accord et tout à fait d'accord). À remarquer qu'à la question *« ce stage donne envie d'approfondir mes connaissances en médecine du travail »* 45 % des étudiants ont répondu favorablement (d'accord et tout à fait d'accord) et 54,6 % ne sont pas d'accord. En conclusion à l'item *« ce stage a changé mon regard sur la médecine du travail » 62 % des étudiants ont répondu favorablement (d'accord et tout à fait d'accord) »*[995]. Le manque d'attractivité de la spécialité semble être en partie issu d'un manque de connaissance de la discipline.

902.- Le Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) s'est également penché sur la question en juin 2016. Il conseille d'abord de renforcer l'attractivité de la médecine du travail auprès des étudiants en leur donnant la possibilité d'effectuer des stages de 2e cycle ou en insérant dans leur cursus des modules « médecine du travail ». De plus, le COCT recommande la mise en place de formations facilitant la constitution des équipe pluridisciplinaires de telle sorte que des sessions d'études communes au titre de la formation continue soient dispensées. L'objectif est de décloisonner les métiers qui coexistent au sein des équipes pluridisciplinaires pour créer une véritable « *culture commune »*[996].

903.- Le parcours universitaire des étudiants en médecine gagnerait à se moderniser en intégrant le plus tôt possible une approche de la santé au travail. Il deviendra possible de développer plus facilement, par la suite, son attractivité notamment auprès des autres professionnels de santé.

2) Développer l'attractivité de la santé au travail

904.- Selon la Direction générale du travail (DGT), l'évolution du nombre de médecins du travail est en chute libre depuis 2010. Le nombre de médecins du travail étant passé de 5571 en

---

[995] CIAMT, SZABO GAY O., NGO V., BOULET B., RENAUD M.-P., DUGUET A. ; *Promouvoir la santé au travail auprès des étudiants en médecine. Un projet de collaboration entre l'université de médecine Pierre-et-Marie-Curie,* Archives des maladies professionnelles et de l'Environnement, Volume 79, Issue 3, Paris VI, mai 2018, p. 456.

[996] Secrétariat général du COCT, Communiqué de presse 13 juin 2016 Propositions des partenaires sociaux pour un plan de développement de la formation des professionnels de santé au travail.

2010 à 3310 personnes physiques en 2018[997]. Selon le rapport de l'IGAS «l*La médecine du travail n'est pas considérée par les étudiants en médecine comme une spécialité attractive. Le bilan des ECNI en 2016 est de ce point de vue sans appel : 150 postes offerts, 72 choisis par les étudiants en médecine pour devenir internes de médecine du travail. Un peu moins de la moitié des postes offerts ont trouvé preneur. Aucun étudiant ayant choisi cette spécialité de médecine du travail ne se trouve dans le premier quart du classement. Le premier classé à choisir cette spécialité est 2815ème, le dernier est 8066, presque les trois quarts de ceux qui ont choisi cette spécialité sont issus du dernier quart du classement »*[998].

905.- La faible attractivité de la médecine du travail est notamment dûe à la mauvaise image qu'elle renvoie auprès des autres spécialités médicales. Pour certains auteurs : *« l'image sociale du médecin du travail est a priori peu flatteuse pour ne pas dire mauvaise. (…) D'une manière générale la reconnaissance d'une profession se construit à partir des liens qui se tissent localement entre les professionnels issus du même milieu ; Les relations entre les professionnels de l'hôpital la médecine du travail et la médecine de ville sont trop peu développée* »[999]. Si le parcours universitaire doit être repensé en y intégrant pleinement la médecine du travail comme une médecine interagissant directement avec le domaine de la santé publique, l'intérêt de la prévention devrait être mis en évidence au niveau de l'acte de soin.

906.- De plus, une communication ciblée sur l'intérêt de la prévention doit être faite auprès des médecins des autres spécialités médicales. La médecine du travail est une spécialité à part entière, les autres professionnels du corps médical ne peuvent s'auto-attribuer les missions du médecin du travail. Par exemple, il est fréquent de voir en pratique des courriers de médecins spécialistes se prononçant sur l'inaptitude d'un salarié ou affirmant qu'il existe des problématiques de RPS dans l'entreprise. La spécialité de médecine du travail doit s'affirmer et être valorisée en ce que son expertise consiste à établir la compatibilité entre un état de santé et un poste de travail et son environnement. Le médecin du travail par sa connaissance

---

[997] Ministère du travail de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, COCT, DGT. *Bilan des conditions de travail 2018,* Paris : s.n., 2019. p. 82.
[998] CIAMT, SZABO GAY O., NGO V., BOULET B., RENAUD M.-P., DUGUET A. ; *Promouvoir la santé au travail auprès des étudiants en médecine. Un projet de collaboration entre l'université de médecine Pierre-et-Marie-Curie,* Archives des maladies professionnelles et de l'Environnement, Volume 79, Issue 3, Paris VI, mai 2018, p. 456.
[999] FRIMAT P., « Médecin du travail / médecin généraliste : constats et perspectives, travail et sécurité », n° 736, fév. 2013, p. 10.

pluridisciplinaire du terrain, des entreprises et des conditions de travail est le seul à pouvoir statuer sur cette compatibilité avec un état de santé donné. Ce savoir doit pouvoir aujourd'hui être mis en corrélation avec le domaine de santé publique de manière à pouvoir recouper les données de santé et ainsi participer pleinement à l'amélioration générale de la santé publique.

907.- L'interconnexion peut être rendue possible grâce au partage de données. L'exploitation des données de santé au travail et de santé publique est un facteur pouvant jouer sur l'attractivité de la santé au travail. La complémentarité des domaines représente aujourd'hui la clé de l'attractivité de la médecine du travail. Dr MAHAU, médecin du travail a pu en affirmer l'importance au cours d'une réunion confrontant médecins généralistes, médecins du travail et médecins conseils. « *Le message que je voulais transmettre avec mes collègues aujourd'hui est fondamental : notre but est de protéger la santé des salariés dans la durée et le temps en évitant toute altération de celle-ci et d'occuper chaque salarié à un poste malgré ses déficiences. Médecins généralistes et médecins travail sommes complémentaires : vous connaissez mieux le ou la patient(e) et nous avons connaissance des postes de travail, de leurs exigences d'une part, les employeurs et la culture des entreprises d'autre part* »[1000].

908.- Ce besoin de complémentarité doit être également insufflé par les politiques nationales de santé. La stratégie nationale de santé 2018-2022 porte son premier axe sur la forte ambition de « *mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie* ». Mais elle déclare timidement que « *dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de rapprocher les acteurs de la prévention, notamment médecine scolaire, services de santé universitaires, médecine du travail et autres professionnels de santé et les mobiliser autour des mêmes objectifs de promotion de la santé* ». Elle ajoute que « *les parcours de soins sont souvent déconnectés des parcours de soutien social et professionnel qui contribuent pourtant à l'amélioration et au maintien de leur état de santé. (...) Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de promouvoir l'intégration du soin dans une démarche globale de réhabilitation sociale et professionnelle de la personne malade et davantage structurer le réseau des services de santé au travail, ainsi que leurs relations avec les caisses d'Assurance Maladie, pour gagner en efficience dans les politiques de maintien dans*

[1000] Dr MAHAU Médecin du travail AST 08 – *Discours de présentation de la santé au travail* - Réunion médecins conseil – médecins généralistes – médecins du travail ; 6 juin 2019, CPAM 08, Charleville-Mézières.

l'emploi. (...) En outre, la participation des services de santé au travail, de santé scolaire et universitaire à la construction des parcours de santé est fondamentale »[1001].

909.- La santé au travail ne doit être un simple support d'informations. Il ne sera pas suffisant de « *rapprocher* » les acteurs de la prévention ou encore attendre une « *participation* » des SST à la construction des parcours de santé. Il convient aujourd'hui de considérer la santé au travail comme une source inévitable de données de santé à exploiter par l'ensemble des acteurs de la prévention. Médecine de prévention et médecine de soin doivent concourir ensemble à la construction des parcours de santé. Telle doit être la stratégie nationale destinée à améliorer l'état de santé des salariés des entreprises mais également de la population globale.

910.- Ce n'est qu'en érigeant la médecine de prévention en tant qu'allié incontournable de la gestion globale de la santé que la santé au travail trouvera tout son intérêt et son attractivité. La valorisation des recherches en santé au travail en permettra l'aboutissement.

3) Poursuivre et valoriser la recherche en santé travail

911.- Le terrain de la recherche reste à conquérir par le domaine de la santé au travail. Selon l'IGAS, « *la spécialité médecine du travail apparaît peu visible sur le terrain de la recherche universitaire. Or, ce facteur "recherche" qui est de plus en plus présent dans le cursus des études de médecine est regardé comme valorisant par toute la communauté médicale. S'agissant de prestige des spécialités, les étudiants y sont très sensibles* »[1002]. Les études médicales en santé au travail sont peu nombreuses et lorsqu'elles existent, ne sont peu voire pas relayées auprès des autres spécialités.

912.- Le plan santé travail 2016-2020[1003] en a fait d'ailleurs un objectif intitulé « *connaissances et données de recherches* ». Il évoque le besoin de renforcer les connaissances de manière à

[1001] Ministère des solidarités et de la santé, *Stratégie Nationale de santé 2018-2022,* DICOM 2017, 53 p.
[1002] CIAMT, SZABO GAY O., NGO V., BOULET B., RENAUD M.-P., DUGUET A. ; *Promouvoir la santé au travail auprès des étudiants en médecine. Un projet de collaboration entre l'université de médecine Pierre-et-Marie-Curie,* Archives des maladies professionnelles et de l'Environnement, Volume 79, Issue 3, Paris VI, mai 2018, p. 456.
[1003] MTEFP, *Plan Santé Travail 3,* 2016-2020, p. 74.

mieux les exploiter. « *Le premier et le deuxième PST comptaient parmi leurs objectifs primordiaux l'amélioration des connaissances en santé sécurité au travail. Ces deux plans ont permis une structuration des acteurs de la veille et de la recherche, notamment dans le cadre de la création de l'ANSES* ». Dans le cadre de cet objectif, le PST propose de rationaliser l'alimentation des bases d'informations utilisées par les services de santé au travail[1004] pour alimenter différents outils et généraliser l'usage des thésaurus harmonisés.

913.- Tous ces outils sont de plus en plus exploités et utilisés par les médecins du travail. Ils témoignent d'un besoin de traçabilité des données de santé collectées dans les entreprises. Cependant, les données qui en ressortent ne sont pas suffisamment mises en valeur sur l'échelle de la santé publique. Leur exploitation devrait pouvoir servir la médecine de soin. Le 24 octobre 2018[1005], l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) et l'ANR ont organisé, pour la première fois, une journée de restitution des résultats de projets de recherche financés dans le domaine de la santé au travail. Ces rencontres scientifiques ont été l'occasion de présenter les avancées scientifiques réalisées dans la connaissance des expositions et de leurs effets, des dimensions sociales et organisationnelles, des modes de prévention et des innovations au service de la santé au travail.

914.- Dans son communiqué de presse, l'ANSES affirme qu'il « *apparaît essentiel de poursuivre les efforts de recherche afin de mieux connaître l'impact sanitaire des expositions sur le lieu de travail. L'ANSES et l'ANR partagent cette même ambition et s'associent pour présenter les résultats des projets de recherche qu'elles financent* »[1006]. Dès lors, depuis novembre 2019 de nouveaux appels à projets de recherche annuels ont été lancés dans le cadre du programme national de recherche Environnement-Santé-Travail. L'édition 2020 de ce programme comprend deux appels à projets pour un montant total de l'ordre de sept millions d'euros : un appel à projet général sur les thèmes santé-environnement et santé-travail, et un deuxième appel sur les « radiofréquences et la santé ». Le terrain de la recherche est essentiel à la valorisation et l'attractivité de la santé au travail mais une fois de plus il gagnerait à être utilisé de manière transversale avec la recherche en santé publique.

[1004] Les bases de recueil de données concernées peuvent être l'enquête Sumer, la base MCP, l'enquête EVREST, les rapports administratifs et financiers des services de santé au travail ou encore les rapports annuels des médecins, etc.
[1005] *V.* l'URL < https://www.anses.fr >.
[1006]ANSES, ANR, Communiqué de presse Santé au travail : *la recherche se mobilise*, 18 oct. 2018.

915.- Le 13 juin 2016, les membres du COCT affirmaient le besoin d'« *améliorer les capacités universitaires de formation et de recherche en médecine du travail en mettant sur pied une école doctorale et un parcours doctoral en santé travail* »[1007]. Le Parcours doctoral national en santé travail a été inscrit dans le 3e Plan santé au travail 2016-2020 (PST3). « *Les objectifs de ce parcours sont d'attirer des candidats d'excellence vers la thématique de recherche en « santé travail » et d'améliorer la visibilité de cette thématique et des équipes de recherche œuvrant dans ce champ, condition d'une plus grande attractivité nationale et internationale. Le parcours a 3 principales fonctions : L'attribution de contrats doctoraux après sélection des meilleurs candidats ; L'allocation de bourses d'aide à la mobilité dans un autre laboratoire durant la thèse en France ou à l'étranger ; La facilitation de l'accès à une formation de haut niveau en « santé travail » par la labellisation de séminaires doctoraux dédiés et l'attribution d'aides pour le suivi de ces séminaires. De plus, les échanges avec les pairs sont facilités puisque dans le cadre du parcours, les doctorants rencontrent d'autres doctorants ainsi que des professeurs et chercheurs dans des disciplines similaires ou complémentaires à leur spécialité. Ceux qui le souhaitent pourront également participer sous condition, aux activités du Réseau doctoral en santé publique* »[1008]. Cette interaction avec le monde universitaire et professionnel doit participer plus clairement à un objectif de santé publique. Le parcours doctoral national en santé travail devrait selon nous ne pas se satisfaire d'une participation volontaire et sous condition. L'activité du réseau doctoral en santé publique gagnerait à se mettre directement en lien avec l'activité du réseau doctoral en santé au travail.

916.- La valorisation de la spécialité de santé au travail passe par cette mise en avant scientifique. La corrélation de ces études avec les données de santé publiques permettrait de comprendre et visualiser l'intérêt de la prévention dans la prise en charge curative.

917.- La modernisation de la santé au travail s'entend dans son aspect transversal et coercitif entre l'ensemble de ses acteurs. Le décloisonnement de la spécialité gagnerait à en valoriser les apports. En cherchant à répondre à ces objectifs, nos principes rénovateurs nous ont amené à réfléchir à la construction d'une conception idéale de la santé au travail.

[1007] COCT, *Les partenaires sociaux demandent un plan de développement pour la formation des professionnels de la santé au travail*, Communiqué de Presse, 13 juin 2016.
[1008] MTEFP, *Plan Santé Travail 3*, 2016-2020, p. 74.

Section 2 : Une conception idéale de la santé au travail

918.- La reconstruction simplifiée des rapports entre entreprises et SST nous a amené à nous interroger sur les fondements d'une nouvelle conception de la santé au travail. Cette vision s'articulerait en deux temps. Dans un premier temps, il s'agira de proposer une conception des rapports idéaux entre entreprises et SST (I.) puis, dans un second temps de transposer nos recherches en vue d'une harmonisation du droit européen de la santé au travail (II.).

I. Les rapports idéaux entre entreprises et SST

919.- Les rapports idéaux entre entreprises et SST devraient pouvoir se fonder sur la base d'un droit simplifié de la santé au travail (A.), pour qu'il puisse être possible d'envisager une nouvelle façon de manager dans l'entreprise sur le principe du bien-être au travail (B.). Ces fondements clarifiés permettraient à l'entreprise de bâtir les supports d'une nouvelle politique managériale propice à la mise en place d'un objectif de bien-être au travail.

A- La construction d'un droit simplifié

920.- C'est en faisant le bilan des vaines tentatives du législateur pour simplifier le droit du travail (1) que nous proposerons une rénovation de la codification qui se veut plus efficace (2) et dont nous projetterons les effets attendus (3).

1) Les difficultés de codification d'un droit simplifié

921.- Le droit en lui-même est difficile à définir. A cette question, la doctrine s'interroge, « *le droit est-il un art ? On le répète à satiété depuis la fameuse formule romaine : jus est ars boni et aequi. En langage contemporain, un art de la meilleure - ou de la moins mauvaise - solution aux litiges qu'engendre la vie en société. Mais ce disant, on ne décrit que le souci qui doit guider la conduite du législateur ou du juge (sous-entendu : à l'époque et dans le pays où ceux-*

ci officient). On ne décrit en définitive qu'un métier et tout le reste demeure dans le flou »[1009]. Ce flou juridique s'accentue depuis ces dernières années, puisque le législateur est dans une quête incessante de « *transformation* », de « *modernisation* » et de « *simplification* » des règles juridiques. Les titres choisis pour intituler les dernières réformes témoignent d'une volonté continue de changement. Le tableau synthétique ci-après permet de se rendre compte de ces évolutions.

922.- Tableau retraçant les intitulés des dernières réformes législatives :

Loi n° 2019-828 du 6 août 2019	Loi de **transformation** de la Fonction publique
Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019	Loi relative à l'organisation et à la **transformation** du système de santé
Loi n° 2019-486 du 22 mai 2019	Loi relative à la croissance et la **transformation** des entreprises
Loi organique n° 2019-221 du 23 mars 2019	Loi relative au **renforcement de l'organisation** des juridictions
Loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016	Loi de **modernisation** de la justice du XXIe siècle
Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016	Loi relative au travail, à **la modernisation** du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels
Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016	Loi de **modernisation** de notre système de santé
Loi n° 2014-1545 du 20 décembre 2014	Loi relative à la **simplification** de la vie des entreprises et portant diverses dispositions de **simplification** et de **clarification** du droit et des procédures administratives

923.- Cette volonté de changement peut témoigner d'une forme de prise de conscience du législateur des difficultés de l'applicabilité des règles juridiques. Dernièrement, cette prise de conscience a pu se traduire par la mise en place du Code du travail numérique[1010] destiné à rendre le droit plus accessible aux salariés et employeurs. Selon l'ordonnance[1011] ayant mis en place ce nouvel outil, le Code du travail numérique a été créé « *en réponse à une demande d'un*

[1009] JESTAZ P., « Les définitions du droit : pour une définition fonctionnelle », *RTD civ.*, 2020, p. 803.
[1010] Le Code du travail numérique a été inscrit dans la loi avec l'ordonnance du 22 septembre 2017. Il a été mis en ligne de manière effective le 16 janvier 2020.
[1011] Ord. n° 2017-1387 du 22 septembre 2017 *relative à la prévisibilité et la sécurisation des relations de travail, JO* n° 223, 23 sept. 2017, texte n° 33.

employeur ou d'un salarié sur sa situation juridique, l'accès aux dispositions législatives et réglementaires ainsi qu'aux stipulations conventionnelles, en particulier de branche, d'entreprise et d'établissement, sous réserve de leur publication, qui lui sont applicables ».

924.- Par ce dispositif, les usagers peuvent identifier la source juridique applicable à leur situation et une certaine vulgarisation des textes juridiques leur est proposée. A travers cette démarche, les pouvoirs publics reconnaissent que « *seul un public juriste maitrise la complexité du Code du travail et de ses différentes sources de droit (conventions collectives, accords de branches et accords d'entreprises…). En plus de la diversité des sources de droit, la technicité de la matière la rend peu accessible pour les plus concernés : les employeurs et les salariés. Pour autant, la plupart des actifs sont impactés tous les jours par le droit qui régit leurs relations au travail, qui, mal compris, mal appliqué, peut avoir des conséquences importantes pour le salarié comme pour l'employeur. Les services de renseignement en droit du travail (dans les DIRECCTE) répondent à plus de 900 000 demandes par an concernant le droit du travail, des questions les plus simples aux cas les plus complexes. L'objectif du Code du travail numérique est d'améliorer la lisibilité du droit pour ceux qu'il concerne* »[1012].

925.- Cette proposition d'un Code numérique vient répondre à la volonté des gouvernements successifs de simplifier le Code du travail. Toutefois, une partie de la doctrine reprend les propos de la commission supérieure de codification en affirmant que *« l'appellation de Code à ce qui n'est qu'un service interactif est impropre. Elle trouve préoccupant le "galvaudage" du label Code* »[1013]. Il est vrai que si les ambitions du Code du travail numérique étaient honorables, en pratique, il ne permet pas vraiment de l'assimiler à une véritable simplification de l'utilisation du Code du travail.

926.- Dans cette volonté d'amélioration de la lisibilité du droit, plusieurs missions sont restées sans succès ou ont été abandonnées. A titre d'illustration, dans une lettre de mission du Premier ministre en date du 1er mars 2017, une réflexion devait être portée sur les voies et moyens nécessaires à la mise en place d'une commission de « *refondation de la partie législative du*

[1012] Propos issus de la page internet du Code du travail numérique diffusé par la fabrique numérique des ministères sociaux. Source URL : < https://code.travail.gouv.fr/ >.
[1013] JANUEL P., « Codification : bilan des travaux en cours et perspectives », *Dalloz actualité*, 26 juin 2018, p. 26.

Code du travail », telle que prévue par l'article 1er de la loi du 8 août 2016[1014]. Il s'agissait de mettre en place une commission d'experts de praticiens des relations sociales chargée de proposer une simplification de l'ensemble des textes législatifs du Code du travail avant deux ans. Toutefois, devant l'ampleur de la tâche, cette proposition n'a pas abouti.

927.- En 2017, des universitaires se sont également penchés sur le sujet. Au total, 23 universitaires réunis au sein du GR-Pact[1015] ont travaillé pendant un an et demi à cette refondation. Un ouvrage intitulé *Proposition de Code du travail* a été diffusé dans les librairies le 22 mars 2017. Parmi les 400 pages proposées le chapitre 6 concernant la partie santé au travail se décompose en 4 chapitres : *Section 1) Obligations de l'employeur, Section 2) Obligation de protection et droit de retrait du salarié, Section 3) Service de santé au travail et suivi des salariés, Section 4) Comité de santé et des conditions de travail*. La partie santé au travail a été essentiellement rédigée par le professeur HEAS[1016] que nous avions eu l'occasion d'interviewer avant la parution de ses recherches[1017]. Malheureusement ce travail de réécriture n'a pas eu d'impact suffisant auprès du législateur. Cette quasi-indifférence du législateur pourrait être due au caractère exclusivement universitaire de cet ouvrage. En effet, à la lecture du chapitre 6 proposé, il semble, selon nous, que l'ensemble des mesures ne tiennent pas suffisamment compte des réalités de la pratique. Si la logique de prévention et d'anticipation a largement été consacrée, des questionnements issus du terrain n'ont pas été traités tels que la simplification du suivi de santé ou encore la fluidification de l'organisation des visites.

[1014] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO n° 184, 9 août 2016, texte n° 3. « Une commission d'experts et de praticiens des relations sociales est instituée afin de proposer au Gouvernement une refondation de la partie législative du Code du travail. Elle comprend un nombre égal de femmes et d'hommes. Cette refondation attribue une place centrale à la négociation collective, en élargissant ses domaines de compétence et son champ d'action, dans le respect du domaine de la loi fixé par l'article 34 de la Constitution. Les dispositions supplétives applicables en l'absence d'accord collectif doivent, sauf à des fins de simplification, reprendre des règles de droit positif. La commission associe à ses travaux les organisations professionnelles d'employeurs aux niveaux interprofessionnel et multi-professionnel et les organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national et interprofessionnel à travers des auditions et en s'appuyant sur les travaux du Haut Conseil du dialogue social. Le Haut Conseil du dialogue social organise en son sein une réflexion collective sur la refondation du Code du travail . Il fait état des points d'accords et de désaccords entre les partenaires sociaux sur les évolutions envisagées du Code du travail . Pour mener à bien cette mission, il bénéficie du concours des administrations de l'Etat en matière d'expertise juridique et d'éclairage sur les pratiques dans les autres pays européens. La commission peut entendre toute autre institution, association ou organisation de la société civile. Le ministre chargé des outre-mer veille à la consultation des organisations professionnelles d'employeurs et de salariés représentatives dans les territoires d'outre-mer. La commission remet ses travaux au Gouvernement dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la présente loi ».

[1015] Groupe de recherche PACT, Pour un Autre Code du Travail.

[1016] *V.* Annexe 9 : Interview HEAS F.

[1017] Ibid.

928.- A cet égard, deux citations ont retenu notre attention. Selon Emmanuel KANT, « *la théorie sans la pratique est inutile et la pratique sans la théorie est aveugle* »[1018]. Puis, selon la loi de Hume, « *description n'est pas prescription* »[1019]. Notre volonté de simplification du droit de la santé au travail doit tenir compte de la corrélation nécessaire entre la théorie juridique et sa mise en pratique. Les échecs constatés dans les tentatives de simplification du droit du travail de manière générale, nous ont amené à prendre conscience de cette déconnexion avec la réalité du terrain.

929.- Malgré l'ensemble des mesures proposées destinées à rendre le Code du travail plus accessible, la simplification tant espérée n'a jamais vraiment eu lieu. Toutes ces tentatives vaines de transformation, simplification, modernisation ou encore refondation du Code du travail et particulièrement de la partie santé au travail pourraient amener à penser que cet objectif semble inatteignable.

930.- Pour autant, d'après nos développements précédents, nous pensons que la rénovation des rapports entre SST et entreprises ne pourra se faire sans une simplification de la législation. Dès lors, la codification de nos principes rénovateurs permettrait de construire un droit simplifié issu de la réalité des rapports entre SST et entreprises.

2) La codification des principes rénovateurs des rapports entre SST et entreprises

931.- Selon nous, la codification de nos principes rénovateurs permettrait d'accéder à cette démarche simplification attendue puisqu'ils synthétisent l'ensemble des obligations régissant les rapports entre SST entre entreprise dans le domaine de la santé au travail. La volonté de ne pas tout encadrer permet de laisser aux entreprises et aux SST la possibilité de s'organiser sur le terrain. Un droit moins strict et plus accessible est nécessaire aux souplesses pratiques que requièrent le droit mouvant de la santé au travail. Au sein du guide de légistique, publié à la Documentation française, il est précisé, « *ne faire que des textes nécessaires, bien conçus,*

[1018] KANT E., Théorie et pratique, 1793.
[1019] TROPER M., *La philosophie du droit*, PUF, 2015, p. 31.

juridiquement solides et clairement écrits, telle doit être l'ambition des administrateurs et des légistes »[1020]. Nos principes tenteront de répondre à ses exigences.

932.- Nous pouvons formuler les propositions de codification suivantes :

Premier principe : Définition de la mission de prévention commune aux SST et aux entreprises	La prévention est l'art de prendre l'ensemble des mesures destinées à atteindre trois objectifs : - préserver la santé et la sécurité des salariés - améliorer les conditions de travail - et tendre au bien-être au travail. Médecin du travail et employeur concourent ensemble à la réalisation de cette mission. Le médecin du travail et son équipe pluridisciplinaire ont pour mission principale d'identifier les risques professionnels et de mettre en place des actions de prévention adéquates et spécifiques à l'entreprise.
Second principe : l'obligation de communication en santé au travail	Une sensibilisation à la prévention en matière de santé au travail doit être entamée dès la formation des futurs travailleurs par les organismes formateurs. Elle pourra s'appuyer sur des campagnes de communication nationale. La sensibilisation et la communication autour de la prévention en santé au travail sont relayées dans l'entreprise par l'employeur en partenariat avec le SST.
Troisième principe : permettre le déploiement	Le médecin du travail anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire. Tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire participent à l'action en milieu de travail.

[1020] Conseil d'Etat, *Guide de Légistique*, 3ème éd., La Documentation française, Paris, 2017, p. 5.

de la prévention en santé au travail	L'action en milieu de travail regroupe l'aide à l'évaluation des risques dans l'entreprise, les conseils en matière de prévention et l'ensemble des actions de prévention que le SST peut apporter à chaque entreprise adhérente. Les SSTI doivent axer leurs actions en priorité envers les TPE-PME adhérentes. L'identification des risques se formalise en un seul document d'évaluation des risques. SST et entreprises échangent mutuellement toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de cette mission commune de prévention.
Le quatrième principe : L'organisation de l'action en milieu de travail	Les actions en milieu de travail mises en place par le SST dans l'entreprise sont collectives et/ou, si besoin, individuelles. A l'issue de chaque action, un échange entre le SST et l'entreprise doit être prévu. Un bilan général des actions menées est proposé. Ce bilan contient des indicateurs permettant de mesurer l'efficacité des mesures de prévention adoptées. Un compte-rendu des actions en milieu de travail est réalisé pour chaque entreprise adhérente ayant fait l'objet d'une action. Les différents comptes-rendus réalisés sont ensuite intégrés au rapport annuel du médecin du travail.
Cinquième principe : simplification de l'organisation de la santé au travail	L'employeur met en place, après consultation du SST, toutes les actions de prévention destinées à protéger la santé physique et mentale de ses salariés. Il veille à l'organisation du suivi de santé de ses salariés. L'employeur déclare ses embauches à l'URSAFF. Cette déclaration déclenche automatiquement une demande de suivi médical en santé au travail auprès du SST.

	L'employeur déclare auprès de la sécurité sociale, tous les arrêts de travail ou arrêt maladie. Les arrêts pour maladie professionnelle ou l'ensemble des arrêts de travail de plus de 30 jours déclenchent automatiquement une demande de rendez-vous auprès du SST pour l'organisation d'une visite de reprise. Tous les salariés bénéficient d'une VIP avec le SST. La périodicité de cet examen est fixée, par le médecin du travail, dans la limite de 5 ans. Cette VIP donne lieu à une attestation de suivi. A l'issue d'une VIP, des préconisations peuvent être émises par le médecin du travail en présence du salarié, à condition qu'il y ait eu un échange avec l'employeur. Si l'employeur décide de refuser de mettre en place ces préconisations, il doit rédiger un écrit motivé et circonstancié précisant les motifs son refus. Ses justificatifs sont adressés au médecin du travail et au salarié. La validité de ces motifs est soumise à l'appréciation des juges.
Sixième principe : les données de santé	Le médecin du travail a accès aux données de santé du salarié à la condition que ce dernier l'y autorise. Le médecin du travail a une obligation de traçabilité de l'historique en santé travail du salarié. Il peut s'appuyer sur les données médicales de santé transmises. L'ensemble des médecins concourent ensemble à la préservation de l'état de santé du salarié.
Septième principe : la prévention collective commune	SST et employeur ont une obligation commune de prévention de la santé au travail. Le SST a un devoir de conseil en matière de prévention envers l'employeur. L'employeur a l'obligation d'intégrer les conseils de prévention collective dans la politique managériale de l'entreprise. Une politique

	managériale globale pourra être décidée par accords collectifs à la condition que de tenir compte de l'avis du SST. Les préconisations du médecin du travail sont contestables par le salarié ou l'employeur dans un délai de 30 jours à compter de la notification de l'attestation du suivi et des préconisations du médecin du travail, devant le médecin inspecteur régional du travail spécialiste de la santé au travail.
Le huitième principe : le partage de responsabilités en santé travail	Le Conseil de prud'hommes est compétent pour évaluer la responsabilité de l'employeur dans son obligation de prévention en matière de santé sécurité au travail. Si cette responsabilité est reconnue, l'employeur a la possibilité d'engager la responsabilité du SST lorsque le devoir de conseil en matière de prévention n'a pas été respecté par le biais de l'action récursoire. En cas de défaut de conseils ou bien de conseils de prévention défaillants, les SST partagent la responsabilité de l'employeur. L'employeur doit apporter la preuve d'une défaillance dans le devoir de conseil du SST. Aucun argument d'ordre médical ne pourra être avancé, l'employeur disposant déjà de la possibilité de contester dans un délai d'un mois les préconisations et avis du médecin. Le médecin du travail reste à tout moment le garant du respect du secret médical. Le salarié dispose d'un droit de retrait lorsqu'il estime que les conditions de travail représentent un danger immédiat sur sa santé. La responsabilité du salarié pourra également être engagée lorsque l'employeur démontre qu'il a délibérément refusé de suivre les conseils de prévention du médecin du travail relayés par l'entreprise. En ce sens, les indemnités dues en cas d'inaptitude pourront être réduites.

	Enfin, l'employeur dispose également d'une action récursoire contre les pouvoirs publics lorsqu'il apporte la preuve qu'il était en conformité avec les normes et la réglementation en vigueur.

933.- Cette proposition de codification de nos principes rénovateurs représente, selon nous, un idéal de droit simplifié permettant d'améliorer les rapports entre SST et entreprises. Nous sommes conscients que ces textes ne peuvent encadrer l'ensemble des questions pratiques qui peuvent se poser et pour lesquelles la partie 4 du Code du travail a cherché à répondre au sein des 1700 pages de rédaction. A cela, nous répondons que le droit ne peut pas tout codifier mais que des guides de bonnes pratiques et des référentiels techniques doivent pouvoir aiguiller les acteurs de la santé au travail notamment concernant le domaine de la pratique médicale. Ces guides permettraient ainsi d'harmoniser les différentes pratiques opérées.

3) L'après codification : L'harmonisation des pratiques par le « soft-law »

934.- Parce que le droit ne peut pas tout encadrer, à ces principes généraux relatifs à la santé et la sécurité au travail, s'ajouteraient des guides ou des échanges de bonnes pratiques permettant d'orienter les SST et les entreprises dans leurs relations quotidiennes. Actuellement, les médecins du travail s'appuient fréquemment sur les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé concernant par exemple la transmission du dossier médical[1021] en santé travail ou encore sur la santé et le maintien en emploi[1022].

935.- A ce sujet, la Haute Autorité de santé a rappelé que ces recommandations « *se fondent sur des arguments scientifiques, particulièrement sur la notion de niveau de preuve scientifique, ainsi que sur des études relevant des sciences humaines (études sociologiques, démographiques, etc.) et des études économiques. Le doute formulé est le reflet du doute des scientifiques. Ces travaux s'appuient sur les données les plus actuelles de la littérature*

[1021] HAS, *Recommandations de bonne pratique, Le dossier médical en santé au travail,* Consensus formalisé, Janvier 2009, 23 p.
[1022] HAS, *Recommandations de bonne pratique, Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs,* Méthode Recommandations pour la pratique clinique, fév. 2019, p. 60.

scientifique et reflètent l'état des connaissances à un moment donné. Ils sont réalisés à l'aide d'une méthodologie rigoureuse, explicite, reproductible et sans a priori, c'est-à-dire ne s'appuyant pas sur une opinion déjà constituée »[1023]. Ces guides représentent, dès lors, une conférence de consensus retranscrivant des avis convergents d'experts en la matière.

936.- En 2005, le Conseil d'Etat s'est prononcé sur la portée juridique des recommandations de bonnes pratiques. Pour sanctionner, la Haute juridiction s'est appuyée sur le non-respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Selon certains auteurs, « *dans sa décision du 12 janvier 2005, le Conseil d'État intègre les recommandations de bonnes pratiques dans les critères utilisés par les magistrats pour apprécier l'observation ou, à l'inverse, le manquement aux règles de l'art. Néanmoins, les recommandations de bonnes pratiques ne constituent pas la seule référence à examiner pour s'assurer de l'application des règles de l'art par un professionnel. La notion de données acquises de la science repose sur l'analyse de multiples sources médicales, notamment la littérature médicale, les règles et les pratiques consacrées par la communauté scientifique, y compris internationale, les Standards-Options-Recommandations (SOR) élaborés par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, les références médicales opposables…* »[1024].

937.- L'utilisation des guides de bonnes pratiques a eu l'occasion d'être remise au goût du jour notamment face à l'épidémie de COVID-19. Le gouvernement s'est servi des protocoles nationaux, guides de recommandations ou de bonnes pratiques, fiches métiers ou encore de l'usage des questions-réponses pour pouvoir encadrer ou plutôt orienter le public visé. Cette technique a été qualifiée de « *soft-law* » autrement dit de droit mou[1025]. La doctrine définit le droit mou ou droit souple comme étant « *un ensemble de règles dont la force normative est discutée. Ce sont des règles de droit non obligatoires, mais dont les effets juridiques ne sont pas pour autant inexistants* »[1026].

[1023] HAS, *La Haute Autorité de santé – Principes fondateurs, rôle, missions et organisation*, Dossier de presse, 26 janv. 2005, *21 p.*
[1024] SEGUI-SAULNIER S., « Quelle est la portée juridique des recommandations de bonnes pratiques ? », *Droit et jurisprudence*, n° 506, Sept-oct. 2005, pp. 36-38.
[1025] Dalloz, « Soft Law – Droit souple », *Fiche d'orientation,* Sept. 2020, pp. 1-1168.
[1026] *Ibid.*

938.- Selon son étude annuelle de 2013[1027], le conseil d'état dégage trois critères permettant de déterminer l'existence du droit souple. « *Le Conseil d'État propose à cet égard une définition du droit souple à partir de l'examen des développements concrets du phénomène. Il s'agit de l'ensemble des instruments répondant à trois conditions cumulatives :*

- *Ils ont pour objet de modifier ou d'orienter les comportements de leurs destinataires en suscitant, dans la mesure du possible, leur adhésion ;*
- *Ils ne créent pas par eux-mêmes de droits ou d'obligations pour leurs destinataires ;*
- *Ils présentent, par leur contenu et leur mode d'élaboration, un degré de formalisation et de structuration qui les apparente aux règles de droit* ».

939.- En fonction de ces critères, la force juridique du protocole national édicté pendant l'épidémie de COVID-19 a été débattue. Pour certains auteurs, « *le protocole national est susceptible, d'une part, de se voir requalifié en norme de droit dur et, d'autre part, de se voir reconnaître une force juridique indirecte. En premier lieu, maintes formules manifestent un caractère véritablement impératif des règles.* (…) *En second lieu, la sanction de l'irrespect du protocole national est susceptible d'opérer par une voie détournée. L'inspection du travail ou le juge peuvent s'y référer pour apprécier le respect par l'employeur de son obligation de sécurité* »[1028].

940.- Par cette utilisation du droit mou, la responsabilité de l'entreprise pourrait être engagée en cas de non-respect de ces recommandations nationales. Toutefois, s'il est possible de sanctionner sur le fondement des guides de bonnes pratiques, leur application en revanche ne permet pas de limiter la responsabilité de l'entreprise. L'application à la lettre de ces recommandations ne suffit pas à exonérer l'employeur de sa responsabilité en matière de santé au travail. Dès lors, le terrain de la responsabilité de l'entreprise s'en trouverait simplifié si l'application des recommandations permet de s'exonérer en partie de sa responsabilité en matière d'obligation de prévention. A l'avenir, la construction d'un droit idéal donnerait une plus grande force juridique aux guides de pratiques.

[1027] CE, *Etude annuelle 2013 : le droit souple,* oct. 2013. 13 p.

[1028] JUBERT L., « Le protocole national pour assurer la santé et la sécurité des salariés en entreprise face à l'épidémie de COVID-19 : quelques réflexions sur l'encadrement par l'Etat d'une situation hors-norme », *Rev. Trav.*, 2020, p. 521.

941.- La mise en exergue des pratiques du terrain permettrait également d'ajouter une plus-value à l'ensemble du cadre normatif. Notre expérience professionnelle nous a permis d'observer que la pratique quotidienne du droit de la santé au travail représente une source d'inspiration non négligeable. A titre d'exemple, plusieurs SST d'un groupe de travail sur l'amélioration de la santé au travail des salariés intérimaires ont pu, en interne, développer certaines pratiques permettant de simplifier la procédure relative aux demandes de visite. A l'occasion de ce groupe de travail, plusieurs directeurs de services, des représentants d'agence d'emploi et la DIRRECTE[1029] ont su se réunir pour réaliser une fiche de liaison commune à tous les services de la région. La fiche de liaison sert habituellement de lien entre les demandes de rendez-vous des agences d'emploi et les SST. Elle a permis de fluidifier les demandes de visites et d'harmoniser les procédures.

942.- D'autres pratiques dans les services mériteraient d'être mises en valeur et mutualisées. Par exemple, dans certains SST des matinées destinées à l'aide à la réalisation du Document Unique (DU) ont pu être mises en place. A l'occasion de ces matinées, des membres de l'équipe pluridisciplinaire proposent de conseiller les employeurs inscrits dans la rédaction de leur DU de manière à identifier efficacement les risques professionnels en se basant sur la fiche d'entreprise réalisée par le service. Ces matinées sont adressées principalement aux TPE-PME.

943.- Les services juridiques de SST peuvent également se montrer utiles aux entreprises adhérentes. Pour en illustrer le propos, plusieurs moyens peuvent être mis en place comme la diffusion d'une gazette juridique[1030] destinée à la vulgarisation du droit de la santé au travail. Le développement de l'échange d'informations entre les différents corps de métiers en santé travail permet de rendre le cadre réglementaire plus accessible mais aussi de valoriser les actions réalisées sur le terrain.

[1029] A compter du 1er avril 2021, les DIRECCTE sont remplacées par les DREETS ou DRIEETS : Direction régionale et interdépartementale de l'économie de l'emploi du travail et des solidarités (DRIEETS), Décr. n° 2020-1545 du 9 décembre 2020 *relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, des directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités et des directions départementales de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations, JO*, 10 déc. 2020.

[1030] Par exemple, les gazettes juridiques que j'ai pu réaliser en tant que responsable juridique en santé au travail sont disponibles sur le site internet suivant : https://www.ast08.com/index.php?p=telechargement&rep=53. Le service KALIPSO de l'institut de de santé au travail du nord de la France (ISTNF) propose également une newsletter : https://kalipso.fr/main.htm.

944.- La mise en évidence des pratiques issues du terrain sert à faire vivre le droit en vigueur par la suggestion d'adaptations. La loi ne peut pas tout encadrer. En ce sens, les congrès nationaux de médecine du travail participent à cette volonté d'harmonisation et de valorisation des pratiques médicales. Sur ce même principe, les échanges entre services et compétences pluridisciplinaires gagneraient également à se développer de manière à converger vers les mêmes modes de fonctionnement.

945.- Le développement de cette conception idéale des rapports entre entreprises et SST ici proposée peut être initié par la construction d'un droit simplifié. La construction d'un cadre juridique plus accessible favoriserait la mise en place d'une nouvelle politique managériale dont l'objectif de bien-être au travail pourrait être poursuivi.

B- Une politique managériale autour du bien-être au travail

946.- Par un objectif premier de bien-être au travail, les entreprises s'engageraient dans un premier temps à veiller au bien-être de leurs salariés au-delà de leur mission de prévention (1). Plusieurs conceptions futuristes de management ont déjà pu être envisagées (2). La mise en exergue du lien entre la qualité de vie au travail et le bien-être général des salariés deviendrait, dès lors, un objectif de santé publique (3).

1) Les définitions des notions de QVT et bien-être au travail

947.- Il est nécessaire de distinguer les notions de bien-être au travail et de qualité de vie au travail (QVT). La notion de QVT est préférée par le législateur.

948.- L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la qualité de vie au travail comme étant « *la perception qu'a un individu de sa position dans le contexte de la culture et des systèmes de valeurs dans lesquels il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes. Il s'agit d'un concept très vaste, affecté de manière complexe par la santé physique, l'état psychologique, les croyances personnelles, les relations sociales et les liens qui unissent avec*

les caractéristiques marquantes de l'environnement. ». Cette définition reste plutôt floue dans les contours qu'elle propose.

949.- Certains accords nationaux interprofessionnels (ANI)[1031] définissent plus précisément la QVT comme étant l'ensemble : « *des actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises. La notion de QVT peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué* ». Ici, il est question d'associer le bien-être et la QVT sans pour autant les dissocier clairement.

950.- Le plan santé travail 3 affirme que la préservation de la santé et de la sécurité au travail et l'amélioration des conditions de travail constituent un levier de promotion de la culture de prévention pour l'entreprise. *« La démarche qualité de vie au travail fait ainsi clairement le lien entre l'amélioration des conditions de travail et la performance des organisations. En permettant d'élaborer des réponses conjointes aux attentes à l'égard du travail des salariés, des clients et de l'entreprise en termes de performance, elle permet de placer les enjeux de la qualité du travail au cœur du dialogue professionnel et des projets de l'entreprise. La qualité de vie au travail constitue ainsi un levier essentiel pour promouvoir la culture de la prévention et la porter à un niveau stratégique pour l'entreprise* »[1032]. Ces propos reflètent quant à eux l'objectif de la QVT sans en y apporter de contours.

[1031] Les ANI (Accord National Interprofessionnel), avec les ANI incitatifs sur le stress au travail (du 2 juillet 2008, étendu par arrêté du 6 mai 2009) puis sur le harcèlement et la violence au travail du 26 mars 2010 (étendu). L'ANI du 19 juin 2013 intitulé « *Vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle* ». L'ANI QVT du 19 juin 2013 dispose que « *les entreprises sont appelées à adopter une démarche transversale, systémique et stratégique avec la possibilité pour les partenaires sociaux de mettre en place, à titre expérimental, une négociation unique relative à la QVT regroupant les différentes négociations obligatoires (sauf la NAO sur les salaires) participant de la démarche de QVT ».*

[1032] MTEFP, *Plan Santé Travail 3*, 2016-2020, p. 74.

951.- L'ANACT quant à elle estime que la QVT recouvre 6 axes :

- « *Les relations sociales et professionnelles : reconnaissance envers les salariés, type de management, interactions dans l'entreprise, égalité des salariés, relations avec les collègues, rôle des managers, etc.*
- *Le contenu du travail : type de poste, missions, variété des tâches, autonomie, niveau de responsabilité, travail d'équipe ou individuel, type de gestion, outils à disposition, etc.*
- *L'environnement de travail physique / la santé au travail : temps de travail, horaires, équipements, locaux, risques professionnels et prévention, politique de télétravail, services proposés aux salariés, environnement du salarié (bruit, espace, température ou encore lieu), etc.*
- *Le partage et la création de valeur : performance, productivité et participation à l'activité de l'entreprise.*
- *Le développement professionnel : intégration, formation, évolution de carrière, montée en compétences, parcours du salarié dans l'entreprise.*
- *L'équilibre professionnel et l'égalité des chances : équilibre vie privée/ vie professionnelle, diversité, non-discrimination, horaires de travail, égalité professionnelle, égalité homme/ femme, etc.* ».

952.- Ces axes représentent un ensemble de stratégies à adopter. En revanche, ils ne peuvent constituer une seule et unique référence.

953.- Au regard de ces différentes propositions, QVT et bien-être au travail semblent fréquemment associés. Pour autant, si la QVT semble plus largement citée, elle ne fait pas vraiment l'objet d'une conceptualisation permettant de la distinguer clairement du bien-être au travail[1033].

954.- Pour certains auteurs, « *la notion de « qualité de vie au travail » a connu, ces dernières années, succès foudroyant dans différents types de discours (non juridiques) relatifs au travail, mais elle n'en reste pas moins encore difficile à cerner. À tout le moins évoque-t-elle, intuitivement, un horizon désirable. Et parce qu'elle imprime, dans les esprits, un imaginaire*

[1033] HÉAS F., « Le bien-être au travail », *JCP S*, n° 27, 6 juill. 2010, p. 1284.

édénique, la « qualité de vie au travail » porte des promesses dont chacun espère la réalisation. Les juristes comme les autres. Reste que ces espoirs, quelle que soit la qualité de ceux qui s'en font les porte-voix, trouvent appui non pas dans les discours du droit mais dans la conviction, nourrie d'autres savoirs (théoriques ou empiriques), que l'amélioration de la « qualité de vie au travail » constitue voie praticable de significatifs progrès sociaux, économiques et politiques »[1034].

955.- Selon nous, la qualité de vie au travail s'attacherait plus particulièrement à l'ensemble des conditions de travail alors que le bien-être au travail représenterait plutôt un état physique et moral général positif destiné à améliorer un état de santé dans sa globalité. Le bien-être au travail pourrait être considéré comme étant l'aboutissement des mesures réalisées en faveur de la mise en place d'une certaine QVT.

956.- La QVT est d'ores et déjà consacrée dans les textes juridiques notamment depuis la loi Rebsamen du 17 août 2015[1035] qui a permis d'intégrer cette notion au sein du Code du travail et d'en faire un sujet de négociation obligatoire[1036]. Cependant, en pratique, pour faire face à l'absence de définition juridique précise, l'ANACT propose des guides aux entreprises destinés à mettre en place la démarche de QVT dans l'entreprise[1037].

957.- La définition suivante a retenu notre attention : « *la qualité de vie au travail correspond au ressenti des salariés sur leur travail et est déterminée par plusieurs types de facteurs :*

- les conditions de travail dans lesquelles sont inclus l'environnement de travail (physique, technique, organisationnel, relationnel...), les conditions d'emploi (formation, carrière, égalité, parcours professionnel...), mais aussi les conditions de vie extra-professionnelles ;
- la capacité à s'exprimer et à agir, qui inclut la participation, la concertation, le dialogue social, le soutien managérial et celui des collègues ;

- le contenu du travail, l'autonomie, la « valeur » du travail sa complexité, son intérêt, etc. »[1038].

[1034] ADAM P., « Qualité de vie au travail : la part des juristes », *Rev. trav.*, 2017, p. 476.
[1035] L. n° 2015-994 du 17 août 2015 *relative au dialogue social et à l'emploi, JO* n° 189, 18 août 2015, texte n° 3.
[1036] *C. trav.*, art. L. 2242-17.
[1037] ANACT, ARACT, *10 questions sur la QVT*, 2016, Lyon, 20 p.
[1038] PARADIS E., « Q comme … Qualité de vie au travail », *JA* 2015, n° 525, p. 50.

958.- Cette version semble reprendre l'ensemble des critères pratiques et théoriques permettant de distinguer la QVT du bien-être au travail. En revanche, le bien-être au travail ne fait pas l'objet de consécration juridique. La notion de QVT lui est préférée. Nous pouvons dès lors nous rapprocher de la définition générale de la santé proposée par l'OMS selon laquelle «*la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette proposition pourrait se transposer à l'environnement de travail pour pouvoir correspondre à la notion de bien-être au travail. Plusieurs articles[1039] du Code du travail l'évoquent dans leurs propos rédactionnels. Ainsi par exemple, l'article R. 4214-22 alinéa 1 du Code du travail énonce que « *les dimensions des locaux de travail, notamment leur hauteur et leur surface, sont telles qu'elles permettent aux travailleurs d'exécuter leur tâche sans risque pour leur santé, leur sécurité ou leur bien-être* ».

959.- Toutefois, ces articles ne permettent pas d'en mesurer la portée. Selon certains auteurs, « *la notion de bien-être au travail, peu juridique, relève de la même dynamique que celle de la diversité… Présentée comme une valeur positive – ce qu'elle est, sans conteste – elle permet sans doute de mettre de côté le spectre du harcèlement ou de la souffrance au travail, qui d'ailleurs sont à distinguer : le harcèlement entraîne à l'évidence une souffrance au travail, mais la souffrance au travail peut exister en l'absence de tout harcèlement, comme résultante de méthodes de gestion brutales ou d'incertitudes fortes sur l'avenir de l'emploi. L'évocation du bien-être au travail permettant de développer un concept positif, qui peut se traduire par des mesures assez peu coûteuses, n'entraîne pas de sanction en cas de négligence et – peut-être – gomme certaines pratiques harcelantes de l'entreprise* »[1040].

960.- L'INRS propose une fiche outil permettant d'aider les entreprises à intégrer le bien-être au travail au sein de leur management. Elle définit le bien-être au travail comme étant *« un concept englobant, de portée plus large que les notions de santé physique et mentale. Elle fait référence à un sentiment général de satisfaction et d'épanouissement dans et par le travail qui dépasse l'absence d'atteinte à la santé. Le bien-être met l'accent sur la perception personnelle et collective des situations et des contraintes de la sphère professionnelle. Le sens de ces réalités a, pour chacun, des conséquences physiques, psychologiques, émotionnelles et*

[1039] *C. trav.*, art. R. 742-8-10, R. 2323-20, R. 4214-22, D. 4632-8 et D. 4632-9.
[1040] DE QUENAUDON R., « Responsabilité sociale des entreprises », *Rev. trav.*, 2017, pp. 29 -31.

psychosociales et se traduit par un certain niveau d'efficacité pour l'entreprise ». Une définition plus précise permettrait de mettre en pratique cet objectif.

961.- Pour l'INRS, la mise en œuvre en pratique d'une politique de bien-être au travail suppose deux étapes : « *la première étape consiste à recueillir les points de vue des salariés sur les situations de travail problématiques, sources de tensions. La seconde étape implique d'échanger sur ces situations avec l'ensemble des acteurs concernés – dont les décideurs – à l'occasion d'un débat orienté vers la recherche de solutions organisationnelles* »[1041]. Selon cette interprétation, une politique de management fondée autour du bien-être au travail ne pourrait se réaliser sans la collaboration entre SST et entreprises alors que la qualité de vie au travail peut actuellement être négociée de manière interne avec les organismes représentatifs de l'entreprise.

962.- C'est plutôt vers cette démarche de bien-être au travail plus générale et insufflant un lien nécessaire vers le bien-être global d'un individu que la politique managériale de l'entreprise de demain devrait plutôt se tourner.

2) La consécration du bien-être au travail en tant qu'objectif de santé publique

963.- Une partie de la doctrine estime que « *longtemps perçue comme un espace de risques et de dangers pour la santé des salariés, l'entreprise est progressivement réhabilitée comme un espace de réalisation de leur bien-être* »[1042]. Parmi nos propositions rénovatrices, l'une d'entre ellespropose de consacrer la santé au travail dans la politique managériale de l'entreprise notamment par le biais des accords collectifs[1043]. La rédaction des accords collectifs permettra d'axer en priorité le bien-être au travail comme objectif managérial principal en collaboration

---

[1041] INRS, recherche et développement conceptuels autour du bien-être au travail : entre mesure et action, Références en santé au travail, n° 139, sept. 2017, p. 29.
[1042] DIRRINGER J., « L'entreprise, nouvel espace d'élaboration des politiques de santé au travail », *Dr. soc.*, 2019, p. 900.
[1043] Partie 2, Chapitre 2, II., A, 2, b) Les accords collectifs, un nouveau moyen de prendre en compte la santé au travail dans la gestion de l'entreprise.

avec les SST. En restant suffisamment généraliste dans l'énoncé de nos principes, il sera alors permis de les adapter spécifiquement à chaque entreprise.

964.- A ce titre, le bien-être au travail doit être au cœur des préoccupations de toutes les entreprises y compris au sein des TPE et des PME. Le PRST 3[1044] évoque la prise de conscience actuelle autour de l'intérêt du bien-être au travail dans la gestion de l'entreprise : « *si l'activité professionnelle est susceptible d'exposer à des risques et donc de dégrader l'état de santé des travailleurs, notamment s'ils présentent une fragilité préalable, elle peut également constituer pour eux une ressource en faveur de leur santé. Le travail est donc un déterminant de la santé. Il constitue aussi un environnement susceptible d'avoir des incidences sur la santé. Il existe pour l'employeur une palette d'actions à déployer en faveur de la santé, telles que la prévention primaire ou la conception de lieux de travail et d'une organisation du travail favorables à la santé. Pour mettre en œuvre ces actions de manière innovante, notamment en réponse à des risques multifactoriels, qui peuvent trouver leur origine tant dans la situation collective de travail que dans la situation personnelle de santé du travailleur, il peut être utile d'articuler les ressources de la santé au travail et celles de la santé publique. Les organismes de prévention, les services de santé au travail ainsi que les organismes de protection sociale complémentaire ou les consultants peuvent lui apporter leur concours pour les mettre en œuvre. Cette ambition d'une approche plus globale met les pouvoirs publics au défi d'une meilleure connaissance réciproque des acteurs et de l'élaboration de modalités de coordination* »[1045].
Selon le PST 3, la jonction entre la santé au travail et la santé publique gagnerait à se développer. Une santé au travail préservée et conçue dans un objectif de bien-être au travail ne pourra que participer à l'amélioration de la santé publique globale du pays.

965.- Cette nouvelle approche ouvre de nouveaux champs d'action partagés entre les entreprises et les SST. Le but recherché est d'atteindre un certain équilibre entre la vie professionnelle et personnelle des salariés. Pour certains professionnels intervenant en entreprise « *il est grand temps de dissocier le travail de ses connotations négatives de souffrance réaffirmées par le dispositif de pénibilité ! Le mot lui-même par son étymologie "tripalium" (engin de torture) renvoie à la souffrance. Si on peut souffrir au travail, on souffre encore plus de ne pas en avoir. Les études réalisées s'accordent pour dire que s'il y a du stress, du mal-être, du burnout,*

[1044] MTEFP, *Plan Santé Travail 3*, 2016-2020, p. 74.
[1045] MTEFP, *Plan Santé Travail 3*, 2016-2020, p. 52.

parfois des suicides, une majorité des personnes (entre 60 et 70 % selon les études) se disent très satisfaites, satisfaites ou plutôt satisfaites de leur vie au travail. Se dire satisfait n'empêche pas bien sûr fatigue, stress…On sait aujourd'hui que lorsque les personnes se sentent bien dans leur travail, elles sont plus investies, plus coopératives, plus innovantes. Actionnaires, dirigeants, managers et collaborateurs ont donc tout intérêt dans une optique de développement et de rentabilité durables, à promouvoir le bien-être au travail. J'oserais dire à "enchanter le travail ensemble" » [1046]. La notion de travail associée au bien-être est encore un sujet peu évoqué au profit d'une certaine « *qualité de vie au travail* » ou « *qualité des conditions de travail* »[1047].

966.- En France c'est plutôt la notion de stress au travail qui est au cœur des débats. A titre d'illustration, un accord-cadre sur le stress au travail[1048] vise notamment à « *augmenter la prise de conscience et la compréhension du stress au travail, par les employeurs, les salariés et leurs représentants" et "attirer leur attention sur les signes susceptibles d'indiquer des problèmes de stress au travail".* Il précise que « *dès qu'un problème de stress au travail est identifié, une action doit être entreprise pour le prévenir, l'éliminer ou à défaut le réduire* ». Au niveau européen, en revanche, la notion de bien-être au travail fait l'objet d'une réelle considération depuis plusieurs années. Ainsi, un « *pacte européen pour la santé mentale et le bien-être* »[1049] a été établi lors de la conférence de l'Union européenne de 2008. La stratégie communautaire de santé et de sécurité 2007-2012 l'a visé comme étant un objectif de santé européenne[1050].

967.- En 2017, le Parlement européen, le Conseil et la Commission ont déclaré que « *l'Union a notamment pour but de promouvoir le bien-être de ses peuples et d'œuvrer pour le développement durable de l'Europe fondé sur une croissance économique équilibrée et sur la stabilité des prix, une économie sociale de marché hautement compétitive, qui tend au plein*

[1046] FORGET M.-A., *Un salarié heureux est un salarié performant. La qualité de vie au travail n'est plus une option*, juin 2016, extraits du journal des échos, source URL < www.leschos.fr >.

[1047] Termes choisis par le législateur de 2021, L. n° 2021-1018 du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail, JO* n° 178, 3 août 2021, texte n° 2, art. 4 et 7.

[1048] ANI relatif au stress au travail, 2 juillet 2008 ; ANI relatif à la mesure et à la prévention du stress au travail, 15 juill. 2009, NOR : ASET0951016M.

[1049] Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être, Conférence de haut-niveau de l'UE, *Ensemble pour la santé mentale et le bien-être*, Bruxelles, 12-13 juin 2008.

[1050] Stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail, Résolution du Parlement européen du 15 janvier 2008 sur la stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail (2007/2146(INI)).

emploi et au progrès social, et un niveau élevé de protection et d'amélioration de la qualité de l'environnement. L'Union combat l'exclusion sociale et les discriminations, et promeut la justice et la protection sociales, l'égalité entre les femmes et les hommes, la solidarité entre les générations et la protection des droits de l'enfant »[1051]. Les normes européennes intègrent d'ores et déjà le bien-être des travailleurs dans un objectif de progrès social et de croissance économique générale.

968.- En réponse à cet objectif, le droit belge a consacré en 2017 l'existence d'un Code du bien-être au travail publié au moniteur belge le 2 juin 2017. Ainsi par exemple, ce Code énonce en son article I. 2-3 que « *le système dynamique de gestion des risques a pour objectif de permettre la planification de la prévention et la mise en œuvre de la politique relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail. Pour réaliser cet objectif, le système se compose toujours des éléments suivants: 1° l'élaboration de la politique où l'employeur détermine notamment les objectifs ainsi que les moyens permettant de réaliser cet objectif; 2° la programmation de la politique où sont notamment déterminés les méthodes à appliquer et les missions, obligations et moyens de toutes les personnes concernées; Version du 18/12/2020 Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale Direction générale Humanisation du travail page 14 3° la mise en œuvre de la politique où sont notamment déterminées les responsabilités de toutes les personnes concernées; 4° l'évaluation de la politique où sont notamment déterminés les critères d'évaluation de la politique. L'employeur adapte ce système chaque fois que cela s'avère nécessaire suite à un changement de circonstances »*[1052]. Un système fondé sur l'adaptation et la prévention primaire au service du bien-être au travail manque actuellement au droit français.

969.- La consécration de cet objectif de bien-être au travail au sein du droit français comme un objectif participant à l'amélioration de la santé publique rend compte des atouts de la prévention. Sur la base de ce concept, des politiques managériales innovantes pourraient se déployer.

[1051] Journal officiel de l'Union européenne, Proclamation interinstitutionnelle sur le socle européen des droits sociaux (2017/C 428/09).

[1052] Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale Direction générale Humanisation du travail, *Code du bien-être au travail*, 2017, p. 634.

3) Des conceptions managériales innovantes

970.- Une partie de la doctrine estime que « *concevoir aujourd'hui la santé-sécurité au travail dans le cadre des risques professionnels paraît restrictif et tend à restreindre l'action aux risques traditionnels proprement en lien avec l'hygiène et la sécurité. En revanche, élargir le champ à l'environnement de travail offre la possibilité d'agir d'une manière plus globale sur la santé au travail, ce qui est plus en phase avec la prévention des « risques psychosociaux ». Adopter ce point de vue permet aussi de se conformer de manière plus juste à l'esprit de la directive-cadre de 1989 : tout ce qui entre dans le champ du travail doit être pris en considération au sein de l'obligation de sécurité au-delà de l'hygiène et la sécurité. Un environnement de travail respectant la dignité humaine, l'égalité, la liberté, la sécurité permet de maintenir au plus haut niveau la santé au travail notamment dans le but de profiter d'une vie productive sur le plan social et économique* »[1053]. Selon ces propos, une prise en charge plus globale de la santé au travail permettrait une meilleure prise en compte de la prévention des risques professionnels. Tels étaient les fondements initiaux de la directive cadre de 1989[1054] ayant insufflé la création des SST en 2002[1055].

971.- Il est temps que la conception des règles de droit encadrant la santé au travail évolue vers une nouvelle perception de l'entreprise. Encadrer la santé au travail en ce qu'elle permet de limiter les risques de l'entreprise ne suffit plus. Une vision positive doit désormais être choisie. Il est nécessaire que les règles juridiques encadrent l'entreprise dans un objectif positif de bien-être et non plus dans l'objectif négatif de réduire ou d'éviter des risques. Une partie de la doctrine a su mettre en évidence cet impératif : « *à l'examen des règles de droit, l'entreprise apparaît en effet comme un lieu de pouvoir et de risques susceptibles d'avoir des effets néfastes pour la santé des salariés. Or c'est précisément cette représentation négative de l'entreprise qui est en passe d'évoluer. Corrélativement à la conception positive et globale de la santé, l'on observe au travers des réformes législatives récentes l'insufflation d'une nouvelle représentation de l'entreprise beaucoup plus positive* »[1056].

[1053] LEROUGE L., « Les « risques psychosociaux » en droit : retour sur un terme controversé », *Dr. soc*. 2014, p. 57.
[1054] Dir. 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 *concernant la mise en œuvre des mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail.*
[1055] L. n° 2002-73 du 17 janvier 2002 *de modernisation sociale, JO* 18 janv. 2002, texte n° 1.
[1056] DIRRINGER J., « L'entreprise, nouvel espace d'élaboration des politiques de santé au travail », *Dr. soc.*, 2019, p. 900.

972.- Certaines entreprises ont déjà tenté de faire évoluer leur politique de management dans cette visée positive. A titre d'illustration Air Bus Hélicoptère a revu l'organisation du temps de travail. Certains engagements ont pu être pris dans cette démarche comme celui de pérenniser l'expérimentation du télétravail ou encore d'engager des actions pour la pratique d'activité physiques et sportives[1057].

973.- Une autre illustration a retenu notre attention. Le groupe Pochet spécialiste du packaging de luxe dans l'univers de la cosmétique a signé un accord basé sur le droit d'expression des salariés. Une charte d'engagement intitulée « *être bien au travail* » devra être proposée par des groupes de salariés volontaires. Des boîtes à idées sur le sujet ont été suggérées. L'accord envisage également que les salariés soient associés à la prise en compte des contraintes ergonomiques. Des temps d'échauffements et de détentes musculaires sont proposés préalablement à la prise de poste voire en milieu et en fin de poste. Aussi, des aménagements du temps de travail sont réfléchis de manière à assurer un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle[1058].

974.- En ce sens, le Code du travail a consacré récemment un droit à la déconnexion visant notamment à assurer le respect des temps de repos et de congés ; garantir l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle et familiale et à protéger la santé des salariés[1059]. Toutefois, ce droit à la déconnexion est une nouvelle fois construit sur le principe de protection de la santé des salariés et non comme un objectif consacré pleinement au déploiement du bien-être au travail. Cette conception reste ancrée sur une vision trop archaïque de la santé au travail.

975.- L'entreprise de demain doit adapter sa politique managériale en innovant. Des conceptions futuristes de structuration de l'entreprise s'appuient sur différentes techniques de management basées sur l'objectif de bien-être au travail. Par exemple, le « *Lean* » management est un mode management spécifique. « *Le Lean s'intéresse à ce qui se passe sur le terrain et*

[1057] Accords C.A.R.E du 17 fév. 2016 sur l'organisation du travail chez Airbus Helicopters.

[1058] Accord du 21 novembre 2018 relatif à l'égalité professionnelle et à la qualité de vie au travail dans le groupe POCHET.

[1059] Le droit à la déconnexion est en vigueur depuis le 1er janvier 2017. Il est consacré à l'article L. 2242-17 du Code du travail depuis la Loi travail du 8 août 2016, (L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 *relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO* n° 184, 9 août 2016, texte n° 3).

affirme l'intérêt d'améliorer les conditions de travail des salariés pour gagner en performance Il s'agit de "produire au plus juste", c'est-à-dire produire uniquement ce qui est nécessaire, en : éliminant tout ce qui n'apporte pas directement de la valeur ajoutée au produit du point de vue des clients : les "mudas" ou gaspillages (stocks, délais, déplacements, production en excès, défauts de qualité, etc.) ; améliorant progressivement les processus par la résolution de problèmes et un renforcement de la standardisation : le "Kaizen" ou l'amélioration continue »[1060].

976.- D'autres conceptions plus littéraires amènent à comparer le management de l'entreprise avec celui d'une équipe de football. « *Existe-t-il un rapport entre le football et la vie de bureau ? Evidemment qu'il y a un rapport. Non seulement le foot constitue, pour les deux millions de cadres qui s'y intéressent, un sujet de conversation incroyablement fédérateur, mais c'est une allégorie de la vie en entreprise. Avec des vêtements plus courts, bien sûr, une moquette plus verte et des salaires légèrement différents, mais une allégorie pleine et entière. Pour s'en convaincre, il suffit de regarder les postes occupés sur le terrain : ils ressemblent comme deux gouttes d'eau à ceux de l'organigramme* »[1061]. En poussant cette conception originale à son paroxysme, dès la création de l'entreprise, la politique de management choisie décernerait un rôle bien défini à chaque membre de l'équipe, à chaque salarié. Le staff médical serait représenté par les services de santé au travail et s'attacherait aux bonnes conditions physiques et mentales des salariés. Selon d'autres écrivains les clubs de foots seraient un modèle d'entreprise libérée de l'obligation de sécurité. « *Les valeurs communes représentent finalement le nerf de la guerre du football : tous les éléments doivent aller dans la même direction. Calquez ce principe dans votre entreprise. La philosophie et le dévouement individuel pour le collectif restent la base des plus beaux résultats. Les collaborateurs doivent avoir les objectifs du groupe constamment en tête : pourquoi travaillent-ils ? Afin d'adhérer à une stratégie commune, l'équipe gagne à savoir où l'entreprise veut aller* »[1062]. Cette question fait de plus en plus l'objet de conférence en lien avec le monde du sport de haut niveau.

[1060] ANACT-ARACT, *10 questions sur le lean*, déc. 2016, 20 p.
[1061]FABRE B., Chronique *Visionner le management d'entreprise comme une équipe de foot ?* Cadre emploi, juin 2016, source URL < www.cadreemploi.fr >.
[1062] CABROL M., *Piloteriez-vous votre entreprise comme un club de foot*, feV. 2016, HuffPost Contributor, source URL < https://www.huffingtonpost.fr/ >.

997.- A titre d'illustration, le 31 mars 2017, EDHEC Executive Education organisait une conférence sur le thème du management et du rugby : « *peut-on s'inspirer du sport de haut niveau pour piloter la performance de l'entreprise ?* ». L'ancien entraîneur des avants de l'équipe de France de rugby, Didier RETIERE souligne que « *dans le rugby, le but d'un entraîneur est de savoir s'adapter aux physiques, aux aptitudes de tous les joueurs pour trouver l'harmonie des différences. C'est aussi cette harmonie des différences qui doit constituer la réelle priorité du manager* »[1063].

978.- Plus concrètement, pour certains spécialistes en gestion et management « *concilier le bien-être des salariés et la performance de l'entreprise passe, au niveau des conditions de travail, par la lutte contre l'intensité et l'insoutenabilité du travail, et, au niveau des pratiques de gestion des ressources humaines, par le développement de la participation des salariés aux décisions de l'entreprise, de la formation et des promotions et perspectives de carrière* »[1064]. Investir les salariés dans les décisions de l'entreprise en tenant compte de leurs particularités et leur proposer de participer à un objectif de bien-être au travail pourrait, dès lors, représenter la politique managériale de demain.

979.- La compétitivité devra dès demain se conjuguer avec le respect de l'individu, de son bien-être au travail et des normes éthiques, sociales et environnementales. La construction d'une conception idéale des rapports entre entreprises et SST pourraient alors s'étendre à une application des nouveaux principes à l'échelle européenne.

II. Vers une nouvelle conception européenne de la santé au travail

980.- L'hypothèse d'une harmonisation des pratiques européennes en matière de santé au travail a été nourrie par l'observation de différents systèmes référents étrangers à la France (A.). Les aspects positifs des différentes analyses juridiques ont su servir de base à la construction d'un idéal européen de santé au travail que nous proposons (B.).

[1063] Propos recueillis lors de la conférence de l'EDHEC, Management et Rugby : peut-on s'inspirer du sport de haut niveau pour piloter la performance de l'entreprise ?, Lille, 17 mars 2017.
[1064] BERNARD N., *Bien-être au travail et performance de l'entreprise : une analyse par les paradoxes*, thèse gestion et management, Université de Grenoble Alpes, 2019.

A- L'analyse des pratiques étrangères

981.- Certains pays européens ont su se démarquer par leur modernisme dans l'approche de la santé au travail et l'appréhension des conditions de travail (1). D'autres modèles, tel que celui des Etats-Unis a également su retenir notre attention et inspirer nos développements (2). Cette photographie de quelques fonctionnements nous a permis de poser l'hypothèse d'un système harmonisé (3).

1) Les pays européens pionniers en matière de santé au travail

982.- Plusieurs pays ont su attirer notre attention dans leur appréhension de la santé au travail et notamment au niveau des les rapports qu'elle implique entre les employeurs et les SST. L'angle d'analyse a été celui de choisir les points positifs de certains pays qui mériteraient selon nous de servir d'exemple. Dans certains pays d'Europe, la santé au travail est abordée sous l'angle de l'environnement de travail et du bien-être des travailleurs dans l'entreprise.

983.- Certains pays du nord de l'Europe sont considérés comme des références en la matière. Pour certains auteurs, « *ces pays sont considérés comme pionniers en intégrant spécifiquement la santé mentale au sein des préoccupations de prévention et avec une conception élargie des risques professionnels avant la directive-cadre de 1989* »[1065]. Par exemple, « *le système de santé finlandais est basé sur des structures de santé publiques auxquelles toute personne résidant dans le pays a accès. Selon la Constitution finlandaise, les pouvoirs publics garantissent à tous les citoyens un accès effectif aux services sociaux, sanitaires et médicaux* »[1066]. En Finlande, c'est le Ministère des affaires sociales et de la santé qui encadre l'ensemble des politiques de santé dont celle de la santé au travail. Il existe une autorité nationale de contrôle du bien-être et de la santé nommée « Valvira ». Cette autorité gère les services de protection sociale et de soins de santé et a pour mission d'évaluer la disponibilité et

[1065] LEROUGE L., « Les « risques psychosociaux » en droit : retour sur un terme controversé », *Dr. soc.*, 2014, p. 56.
[1066] Source URL < https://www.cleiss.fr/ >.

la qualité des prestations de base fournies. La santé au travail bénéficie d'une image très positive et particulièrement attractive en Finlande[1067].

984.- Le pays est même considéré comme un leader mondial en matière de santé au travail. Il s'est engagé à ce titre comme membre fondateur du nouveau programme de sécurité et santé au travail de l'OIT. « *Avec le savoir-faire finlandais en matière de sécurité et de santé au travail, nous voulons améliorer les conditions de travail dans les pays sélectionnés en favorisant un travail adapté aux besoins des êtres humains. Un travail dans lequel prévalent l'égalité et la sécurité contribue aussi à améliorer la productivité et la compétitivité* »[1068], a déclaré la ministre finlandaise de la Santé et des Affaires sociales, Laura RATY. « *La politique finlandaise en matière de développement repose sur l'utilisation durable des ressources naturelles, tout en favorisant des milieux de travail sûrs et sains. Un changement durable ne peut intervenir que si les populations du monde entier peuvent vivre de leurs propres compétences professionnelles. Il est aussi de l'intérêt des employés finlandais que le bien-être au travail, la reconnaissance professionnelle et une rémunération décente deviennent une réalité partout dans le monde »,* a déclaré Mme Sirpa PAATERO, ministre finlandaise pour le Développement international. Cet axe environnemental lié à la santé au travail est une ambition innovante à ne pas négliger. L'utilisation des ressources naturelles associées aux milieux de travail va encore plus loin dans la gestion de la santé au travail.

985.- Cette prise en compte globale de la santé au travail en lien avec l'environnement global du travail doit selon nous pouvoir servir d'exemple aux politiques de santé au travail futures.

986.- Loin d'être de simples plaidoyers, les chiffres sur les enquêtes des conditions de travail plébiscitent ces différents systèmes. D'autres inspirations pourront également être tirées notamment provenant de modèles de pays hors Europe.

[1067] SOULAT J.-M., *La médecine du travail a-t-elle un avenir en France ?*, Le Concours Médical, 2015, vol.137, n° 10, pp. 817-821.

[1068] « La Finlande rejoint le programme de l'OIT sur la sécurité et la santé au travail. Le Directeur général de l'OIT, Guy Ryder, se réjouit de la présence de la Finlande parmi les membres fondateurs du nouveau projet de SST destiné aux pays en développement ». Communiqué de presse du 27 novembre 2014.

2) La santé au travail aux Etats-Unis

987.- Les Etats-Unis ont su retenir notre attention sur le plan de la santé au travail. Pas tant au niveau des raisons principalement économiques qui ont poussé le pays à réintégrer le facteur humain dans le management des entreprises mais par l'évolution des indicateurs en matière de santé au travail. « *Au cours de la dernière décennie, on a observé aux Etats-Unis une amélioration spectaculaire de l'ensemble des indicateurs de santé et de sécurité au travail. Les entreprises avaient introduit de nouvelles méthodes de production sans se soucier de leurs conséquences sur les salariés. Aujourd'hui, une bonne partie d'entre elles ont entrepris de repenser l'organisation du travail en intégrant le facteur humain. Elles ne l'ont pas fait pour des raisons éthiques, mais pour de strictes considérations économiques* »[1069].

988.- Une administration particulière nous a interpellé et pourrait selon nous servir à l'application de nos principes rénovateurs. « L'*Occupational Safety and Health Administration (OSHA) est une administration dépendant du secrétaire d'État au travail. Sa mission est à la fois de promouvoir la formation et la diffusion de "bonnes pratiques" dans les entreprises, de proposer des améliorations de la réglementation et de sanctionner les entreprises qui ne respectent pas la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail. Cette administration fédérale est doublée de relais nationaux dans une majorité des états américains. L'OSHA passe un contrat d'objectifs tous les cinq ans avec sa tutelle, le Département du travail. L'évolution défavorable dans les années 1980 des indicateurs de santé et de sécurité a souligné un échec de son action. Le plan 1993 – 1998 a donc initié une démarche plus volontariste et une adaptation de ses missions pour essayer de recouvrer une efficacité. L'OSHA est à la base des modifications de la réglementation santé et sécurité au travail. Pour réaliser cette mission, elle accumule de l'expertise* »[1070].

989.- Cette institution permet d'observer les solutions proposées par la pratique et les centralise pour rédiger une règle générale. Les États Unis sont l'un des pays qui investissent le plus au monde dans la santé au travail. Ainsi, en 2017, les dépenses nationales en biens et services

---

[1069] DE LA VEGA X., *Santé au travail : suivre le modèle américain ? Trois questions à... Philippe ASKENAZY* revue sciences humaines, oct. 2004, source URL < https://www.scienceshumaines.com >.
[1070] *Ibid.*

de santé représentaient 17,9 % du PIB soit environ 3,5 milliards de dollars c'est à dire 10 739 dollars par personne[1071].

990.- Le système assuranciel américain a également été retenu dans notre étude même si les effets de son organisation restent à mesurer. C'est ainsi que, « *le législateur américain a mis en place des mécanismes concourant à la responsabilisation de l'assuré/salarié prenant la forme d'incitations (rewards ou incentives) et de sanctions. Ainsi, dans le cadre des programmes de bien-être, les salariés peuvent être incités à s'inscrire à une salle de sport, à limiter leur consommation de tabac ou encore à avoir une alimentation plus saine. Jusqu'en 2006, le salarié devait faire tout son possible pour améliorer son état de santé et être en capacité de démontrer à l'assureur les efforts accomplis en ce sens (par exemple, visites médicales et contrôles préventifs réguliers) ; d'une certaine façon, on se situait dans une logique d'obligation de moyens. En 2006, sous l'impulsion du président George W. Bush, cette obligation s'est transformée puisqu'il s'agit désormais d'attacher ces incitations aux résultats. L'assuré peut alors prétendre obtenir une récompense pécuniaire s'il atteint un certain objectif en santé, par exemple en prouvant qu'il possède des indicateurs dans les normes de bonne santé. La réforme Obama, adoptée en 2010, a favorisé l'extension de ce type de contrat aux petites entreprises. Au-delà des incitations, le droit fédéral américain prévoit également un dispositif de sanction. En effet, l'amendement Safeway, adopté dans le cadre de l'Affordable Care Act (ACA) en 2010, permet aux employeurs d'appliquer des pénalités aux employés ne souscrivant pas aux programmes de bien-être, à hauteur de 30 %, avec une possibilité d'aller jusqu'à 50 %, du coût annuel de l'assurance (en cas de consommation de tabac). Eu égard aux tarifs appliqués aux États- Unis, cela représente plusieurs milliers de dollars* »[1072].

991.- En somme, la responsabilisation de l'assuré représente selon nous un facteur de développement de la santé au travail mais à condition de faire perdurer le respect des libertés individuelles. Selon nous, la responsabilisation du salarié doit pouvoir faire l'objet d'une consécration en droit français. Toutefois, cette conception doit pouvoir se limiter à la réduction des indemnités légalement dues. Le système américain est très sévère et basé sur une conception capitaliste très particulière trop éloignée du fondement du droit du travail français

[1071] Données issues des « Centers for Medicare & Medicaid Services », composante du département américain de la Santé et des Services humains, source URL < www.cms.gov >.
[1072] REDON M., « Les enjeux juridiques des programmes de bien-être en assurance santé collective aux États-Unis », *Dr. soc.*, 2019, p. 928.

historiquement basé sur la protection du travailleur. En revanche, l'idée de vouloir investir le salarié et le responsabiliser dans cette mission de prévention de sa propre santé nous semble être tout à fait innovant et ambitieux. Il s'agit d'une vision nouvelle des rapports entre SST et entreprise au sein d'un rapport triangulaire équilibré.

992.- Ces différents modèles de santé au travail nous permettent de réfléchir à une adaptation du droit de la santé au travail français et d'envisager une certaine uniformisation de ses concepts au travers des pays de l'UE.

3) Vers un cadre stratégique commun au sein des pays de l'UE

993.- Actuellement le groupement EUROGIP[1073] tend à référencer les différentes études européennes en matière d'AT/MP. Plusieurs rapports ont su nourrir notre réflexion. Selon Raphaël HAEFLINGER, directeur d'EUROGIP le regard sur la santé au travail en 2017 est le suivant : « *le monde du travail est en pleine mutation. Ce n'est pas anodin si l'on parle de 4e révolution industrielle. Hormis les activités qui sont reconduites d'une année sur l'autre, bon nombre de nos travaux en 2017 reflètent cette évolution. Le numérique a occupé une place importante, que ce soit par rapport à la protection des travailleurs des plateformes en ligne, aux horaires atypiques en lien avec les nouvelles formes de travail ou encore aux actions de prévention à mettre en œuvre en matière de robotique collaborative, lorsque l'homme et le robot partagent le même espace de travail. Révolution aussi dans le domaine de la normalisation avec les travaux d'élaboration de la première norme internationale de management de la santé et la sécurité au travail, l'ISO 45001, auxquels nous avons participé au nom de la Branche Risques professionnels. Évolution également dans la manière de penser la prévention des risques professionnels, avec les Débats d'EUROGIP sur le lien entre la santé-sécurité au travail et la performance de l'entreprise. Tous ces travaux, mais d'autres aussi, préfigurent à mon sens des évolutions qui se jouent actuellement* ». Le monde du travail doit et devra encore se

[1073] « EUROGIP est un observatoire et un centre de ressources sur les questions relatives à l'assurance et à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP) au plan international, et notamment européen. C'est un acteur clé en la matière, sans équivalent en Europe. Formé en 1991 au sein de la Branche "AT/MP", EUROGIP en est le relais à l'international. Il déploie ses activités autour de ces domaines : la veille et l'information, les études et enquêtes, la normalisation en santé-sécurité au travail, la coordination des organismes notifiés pour la certification "CE" des machines et des équipements de protection individuelle, les projets d'intérêt communautaire, les relations extérieures et la communication, la coordination des relations internationales de la branche AT/MP », source URL < www.eurogip.fr >.

confronter aux innovations numériques, environnementales et sociétales. Il est possible d'anticiper de nouvelles formes de travail et d'autres non. Le droit applicable doit pouvoir s'adapter à cette mouvance.

994.- Au niveau de l'UE la Commission européenne a présenté un cadre stratégique en matière de santé et de sécurité au travail dressant plusieurs objectifs stratégiques pour la période 2014-2020. Ces objectifs sont regroupés autour de 3 grands défis :

- « *Faire mieux appliquer les règles existantes en matière de santé et de sécurité, notamment en augmentant la capacité des microentreprises et des petites entreprises à adopter des stratégies de prévention des risques efficaces et efficientes ;*
- *Améliorer la prévention des maladies liées au travail en s'attaquant aux risques nouveaux et émergents (nanomatériaux, CMR), sans pour autant négliger les risques existants ;*
- *Tenir compte du vieillissement de la main-d'œuvre européenne* »[1074].

995.- Dans un communiqué de presse[1075], la Commission européenne a tenu à faire valoir l'intérêt de la prévention en santé travail, l'amélioration du bien-être des salariés et l'application de règles similaires dans l'ensemble de l'Union européenne : « *surtout dans une période de crise économique, l'investissement dans une culture de prévention des risques et la promotion de meilleures conditions de travail offrent des avantages économiques et sociaux tels qu'une réduction du nombre de problèmes liés au travail, une amélioration du bien-être des travailleurs et un accroissement de la satisfaction au travail. L'application de règles similaires dans l'ensemble de l'UE permet en outre de créer des conditions de concurrence équitables pour toutes les entreprises au sein du marché unique tout en évitant le dumping sociale* ». Ces trois axes semblent selon nous représenter un idéal de la santé au travail dans sa conception futuriste.

996.- Pour une partie de la doctrine, « *d'une manière générale, les progrès accomplis en Europe en matière de SST sont plus importants qu'aux Etats-Unis* »[1076]. Le cadre stratégique de la

---

[1074] Stratégie « EUROPE 2020 », Source URL < https://ec.europa.eu/social >.
[1075] Commission européenne, Santé et sécurité au travail : *un cadre stratégique définit les objectifs de l'UE pour la période 2014-2020*, Communiqué de presse, Bruxelles, 6 juin 2014.
[1076] Ibid.

commission européenne a représenté une première étape vers une certaine harmonisation de la réglementation en matière de santé au travail dans l'ensemble des pays européens. Cependant, il ne s'agit que d'axes de travail globalisés. L'harmonisation de la vision européenne de la santé au travail pourrait idéalement s'appuyer sur nos principes rénovateurs. Une multinationale européenne pourrait solliciter de manière indifférenciée n'importe quel SST de l'UE.

997.- La santé au travail fait l'objet d'une attention particulière de la part de l'OIT et de son directeur général Guy RYDER. Ce dernier cherche au fur et à mesure des congrès mondiaux de santé au travail à souligner la volonté de l'OIT à mettre en œuvre une coopération mondiale.

998.- Cette conception d'un droit européen harmonisé a été au cœur de certains développements doctrinaux. Une partie de la doctrine relevait déjà en 2008 que « *si le Code de la santé publique et l'Europe ont désormais tous les deux cinquante ans et gagnent ainsi en autorité, aucun des deux pourtant n'est encore arrivé à maturité. L'Europe de la santé est en effet encore loin d'être mature. L'émergence d'une véritable politique européenne de la santé est encore trop récente pour pouvoir se comparer aux grands domaines traditionnels d'intervention communautaire tels que la politique agricole commune, la politique des transports ou la politique commercial* »[1077]. En 2021, cette citation est toujours d'actualité. De grandes innovations restent à réaliser en la matière.

999.- Ces différentes analyses nous ont permis d'envisager d'autres propositions en vue de la construction d'un idéal européen de la santé au travail.

B- La construction d'un idéal européen de la santé au travail

1000.- Selon nos recherches, un idéal de santé au travail devrait pouvoir s'appuyer sur une base centralisée des sources de données de santé (1). Il conviendrait également de faciliter les mobilités des médecins et des internes en médecine du travail au sein de l'Europe (2). Enfin la mise en commun des savoirs et expérimentations en santé travail à l'échelle européenne permettrait de faire avancer la recherche et les innovations en matière de prévention des risques

[1077] LAUDE A., « Vers un Code européen de la santé ? », *RDSS*, 2008, p.457.

(3). Une nouvelle conception européenne en santé au travail consoliderait les rapports entre les SST et les entreprises en ce qu'ils pourraient se fonder sur un socle commun de règles harmonisées.

1) Développer la base de données européenne en matière de santé au travail

1001.- Il existe actuellement diverses bases de données de santé européennes[1078]. Depuis les années 1980, les États européens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sont chargés de transmettre leurs données de santé et leurs statistiques à une base centrale nommée « *santé pour tous* ». L'OMS tient à jour cette base de données disponible en ligne grâce à un portail de programmes d'applications publiques (API). Ces données sont recueillies notamment par le bureau « *Eurostat* » en charge des statistiques de l'Union Européenne. Ces données sont intégrées dans le portail européen d'information sanitaire[1079]. Sur son site internet, l'OMS présente cette base de données comme une « *mine d'informations sanitaires qui comprend une section interactive, actuellement composée d'ensembles de données et de profils de pays issus du cadre de suivi de Santé 2020 et des enquêtes sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC). Des données sont d'ailleurs continuellement ajoutées au portail (nouvelles données ou provenant des bases de données existantes de l'OMS/Europe). En outre, ce dernier contient des données et des notes sur les indicateurs de l'environnement et de la santé, et sur ceux provenant de la base de données de la Santé pour tous et du cadre de suivi de Santé 2020. Certaines données sont issues des sources officielles de l'OMS et des collectes menées conjointement entre l'OMS/Europe et des organisations partenaires (Commission européenne et OCDE). D'autres proviennent de sources telles que l'UNESCO et le PNUD* »[1080]. Une multitude d'informations en matière de santé sont recoupées avec des indicateurs environnementaux diverses.

[1078] Les bases de données proviennent de plusieurs sources. Il existe des programmes techniques de l'OMS en Europe, le Bureau des statistiques de l'Union européenne (Eurostat), ou encore l'Organisation de coopération et de développement économiques par exemple.
[1079] Source URL du portail européen d'information sanitaire : < https://gateway.euro.who.int/en/ >.
[1080] Source URL site internet de l'OMS : < http://www.euro.who.int/fr >.

1002.- Eurostat, l'Office statistique de l'Union européenne recouvre des indicateurs sur l'état de santé des ressortissants européens, des indicateurs économiques de santé, des statistiques démographiques et sanitaires et des données de santé au travail que l'on peut retrouver dans la catégorie « hygiène du travail ». Il est alors possible de comparer et d'analyser ces données en fonction du contexte économique en vigueur, de la catégorie sociale des individus, de leur environnement de travail ou encore en fonction du niveau d'urbanisation des populations observées. Des analyses comparatives entre l'état de santé des individus, leurs conditions de travail et l'impact environnemental deviennent possibles et accessibles.

1003.- Toutefois, bien que la base de données de santé soit accessible à tous, les pages publiées ne sont pas traduites dans toutes les langues. L'OMS publie sur son site les données statistiques synthétisées des études menées. Ainsi par exemple plusieurs chiffres ont été publiés sur les causes de mortalité au travail en Europe[1081]. Les statistiques présentées énumèrent des estimations relatives aux impacts sur la santé des facteurs de risques professionnels les plus répandus. Selon ces publications européennes, les mauvaises conditions de travail seraient à l'origine de 1,6 % des causes de mortalité en Europe. Selon Eurostat, les principaux risques professionnels sont les accidents du travail (40 %), les risques liés au bruit (22 %), à l'exposition aux agents cancérigènes (18 %), l'exposition aux particules en suspension dans l'air (17 %) et enfin aux risques ergonomiques (3 %). Pour obtenir ces chiffres « *le réseau européen des centres collaborateurs de l'OMS sur la santé au travail a élaboré des profils nationaux de santé et de sécurité au travail pour 22 pays, qui fournissent également des estimations de l'ampleur de nombreux risques pour la santé au travail. Ces profils sont très utiles aux gouvernements nationaux pour fixer les priorités d'action en matière de santé au travail* »[1082].

1004.- Le site européen met en ligne un ensemble de données classées par thématique mais de manière anonymes et accessibles au grand public. Toutefois, elles ne font pas l'objet d'une mise en corrélation avec les données de santé publique. De plus, ces études ne sont pas toutes accessibles dans le détail.

[1081] OMS, *Global burden of disease study*, Data and statistics, source URL, < http://www.euro.who.int/fr >.
[1082] Données publiées sur le site de l'OMS, source URL < http://www.euro.who.int >.

1005.- L'OMS a également publié un manuel[1083] sur la santé au travail des agents de santé lors des situations d'urgence en santé publique. Là encore ce manuel ne donne qu'un aperçu des risques sans publier les chiffres précis ayant permis de réaliser ces études.

1006.- Dernièrement un programme de travail européen 2020-2025 a été élaboré en vue d'améliorer les indicateurs de santé eu Europe par une centralisation des données et une unité d'action entre pays européens. Le programme rappelle la présence d'inégalités sanitaires qui se sont renforcées avec l'émergence de l'épidémie de COVID-19. Le programme souhaite mettre en avant « *la nécessité de renforcer les capacités de leadership des autorités sanitaires. La crise de la COVID-19 a augmenté le prestige des personnels de santé aux yeux de la population de la plupart des États membres. Dans plusieurs pays, cependant, l'insatisfaction préexistante a été exacerbée par le fait que les autorités sanitaires nationales peinent à gérer la crise de la COVID-19. Dans toute la Région européenne, la population attend de plus en plus des autorités publiques qu'elles garantissent ses droits fondamentaux à une meilleure santé et à plus de bienêtre, à un accès universel aux soins, à vivre en sécurité dans des communautés solidaires et en bonne santé, et à la sécurité sanitaire* »[1084].

1007.- Une volonté de coalition en matière de santé entre pays européens est largement présentée. Il nous semble opportun que ce désir de coalition puisse se transposer en matière de santé au travail et se développer.

1008.- Selon nous, la construction d'un idéal de santé au travail européen tendrait, vers la possibilité d'organiser un échange entre tous les médecins européens sur les données de santé au travail et de santé publique. La mise en commun des informations devrait pouvoir permettre de réaliser des études comparatives sur les suivis de santé des salariés et sur les impacts générés sur la santé publique dans les différents pays européens. Des études comparatives en fonction des impacts environnementaux permettraient également de déployer les recherches en la matière. L'objectif serait de réduire les inégalités et de partager les découvertes médicales.

[1083] World Health Organization, International Labour Organization, *Occupational safety and health in public health emergencies, A manual for protecting health workers and responders,* 2018, Geneva, p. 136.
[1084] OMS, Bureau régional de l'Europe, *Programme de travail européen 2020-2025, Une unité d'action pour une meilleure santé*, 2020, p. 58.

1009.- Une meilleure exploitation des données médicales est le premier point sur lequel la communauté européenne doit encore s'améliorer. Le second point se fonde sur l'équivalence des cursus entre les différents pays européens de manière à ce que tous les médecins des pays européens puissent exercer dans toute l'Europe sans contrainte.

2) Vers une mobilité européenne simplifiée

1010.- La mobilité européenne a fait l'objet d'une directive européenne du 7 septembre 2005[1085] qui a d'abord permis aux médecins diplômés dans l'UE, en Suisse ou dans l'espace économique européen de pouvoir faire reconnaitre leurs diplômes dans les pays de l'UE, à condition d'obtenir une attestation de conformité. En d'autres termes, tout médecin ayant obtenu son diplôme dans l'un des pays membres de l'UE peut exercer dans l'ensemble des pays de l'UE sous réserve d'une autorisation d'exercice validée par des commissions universitaires.

1111.- Selon la directive européenne, « *la libre circulation et la reconnaissance mutuelle des titres de formation de médecin, d'infirmier responsable des soins généraux, de praticien de l'art dentaire, de vétérinaire, de sage-femme, de pharmacien et d'architecte devraient se fonder sur le principe fondamental de la reconnaissance automatique des titres de formation sur la base d'une coordination des conditions minimales de formation. En outre, l'accès dans les États membres aux professions de médecin devrait être subordonné à la possession d'un titre de formation déterminé, ce qui donne la garantie que l'intéressé a suivi une formation qui remplit les conditions minimales établies* »[1086]. Cette directive offre la possibilité aux médecins diplômés au sein de l'Europe de faire reconnaitre par équivalence la validité de leur diplôme dans un autre pays européen.

1112.- En France, cette directive a été transposée dans le Code de santé publique[1087]. Pour autant, le doit français ajoute que cette possibilité est subordonnée à une déclaration préalable accompagnée de pièces justificatives telles que le diplôme du pays d'origine[1088]. De plus, le

---

[1085] Dir. 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 *relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles*, *JOCE* n° L 255, 30 sept. 2005, p. 22.
[1086] Ibid.
[1087] *C. santé. publ.*, art. L. 4112-7 et suiv.
[1088] *C. santé. publ.*, art. L. 4112-7.

médecin doit joindre une déclaration attestant des connaissances linguistiques nécessaires à la réalisation de la prestation. Le contrôle de la maîtrise de la langue doit être proportionné à l'activité à exercer. Le médecin doit également s'engager à se soumettre à la législation française et aux juridictions disciplinaires compétentes[1089].

1113.- Si ces formalités administratives semblent restreintes, dans la pratique elles peuvent parfois être difficiles à réunir. Concernant la justification du diplôme de médecine d'origine, il est nécessaire que le Ministère de la santé du pays d'origine ou toute autre autorité compétente d'un état membre de l'Union européenne délivre une attestation confirmant que le diplôme est bien conforme aux modalités d'exercice de la profession. Il faut également que cette déclaration atteste que le médecin a exercé la profession sur son territoire d'origine pendant un délai de trois années consécutives ou bien durant les cinq années précédant la demande. Les jeunes médecins ou bien internes en médecine du travail ne peuvent donc pas bénéficier de cette procédure. Enfin, après validation de toutes ces étapes, le médecin doit demander son inscription à l'ordre dans le département duquel il exercera. Le Code de santé publique rappelle qu'en cas de non-respect de cette procédure l'exercice de la profession de médecin sera qualifiée d'illégale et punie de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende[1090].

1114.- Concernant les internes en médecine, c'est une autre procédure qui peut leur permettre d'accéder au troisième cycle des études médicales en France. En pratique, les démarches administratives à l'arrivée en France sont nombreuses. Par exemple, les formalités (non-exhaustives) peuvent être les suivantes :

- Remettre le dossier d'inscription au service des affaires médicales,
- Ouvrir un compte bancaire,
- Obtenir une carte de séjour,
- Obtenir une autorisation de travail pour les internes bulgares et roumains,
- S'inscrire à la Faculté,
- Obtenir une Carte Vitale,
- Obtenir une carte de mutuelle,
- Souscrire à Responsabilité civile professionnelle.

[1089] *Ibid.*
[1090] *C. santé. publ.*, art. L. 4161-1.

La traduction de l'ensemble des documents officiels peut s'avérer nécessaire mais complexe. Plusieurs documents officiels doivent également être fournis et la liste n'est pas exhaustive :

- *« Un diplôme ou une attestation de fin de 6ème année de médecine ;*
- *Un certificat de vaccination ;*
- *Une radiographie pulmonaire ;*
- *Un certificat médical attestant la non contre-indication physique et mentale à la pratique de la médecine, établi par un médecin hospitalier ;*
- *Le certificat de naissance ;*
- *Une photocopie de carte d'identité ;*
- *Une photocopie de permis de conduire et permis de conduire international ;*
- *Une assurance maladie souscrite dans le pays d'origine pour un minimum de trois mois valables après l'arrivée en France ;*
- *Un extrait de casier judiciaire ;*
- *Des photos d'identité ;*
- *Un numéro de téléphone français portable ;*
- *Le dossier d'inscription à la Faculté ;*
- *Une attestation de domiciliation provisoire ;*
- *Un contrat de travail »* [1091].

1115.- Ces démarches administratives peuvent représenter véritable un frein pour un ressortissant européen. Certains analystes ont pu affirmer que les lourdeurs administratives affectaient la perception de l'image du gouvernement. Ils estiment que « *les formalités bureaucratiques, les régulations complexes ou fardeau administratif entraînent souvent des délais et des frustrations dans les interactions entre les citoyens et l'administration. Les fardeaux administratifs affectent l'efficience de l'action publique et peuvent même parfois entraver l'accès à des droits fondamentaux tels que le vote. Parce que les fardeaux administratifs affectent la perception du gouvernement par les citoyens et reproduisent souvent les inégalités, comprendre les raisons de leur existence et comment ils peuvent être atténués est essentiel dans une perspective de transformation de l'action publique »*[1092]. Dès lors, les

[1091] ISNAR-IMG, Accueil des internes européens en France, Guide pratique à l'usage structures locales adhérentes à l'ISANR-IMG, oct. 2012, p. 10.
[1092] HERD P., MOYNIHAN D., *Administrative Burden : Policymaking by Other Means,* Russel Sage Foundation, janv. 2019, 360 p.

complexités administratives pourraient amener certains médecins à abandonner leur projet de mobilité.

1116.- En ce sens, en 2007, le Sénat faisait déjà le constat suivant[1093] « *quand bien même un cadre juridique visant à permettre la libre circulation a été mis en place, la mobilité des professionnels en Europe demeure encore relativement marginale. Elle se concrétise principalement au travers de la liberté d'établissement désormais largement garantie. En France, on compte ainsi 7 700 médecins étrangers (dont 4 000 européens) pour une population médicale totale de 210 000 professionnels. Elle peut être néanmoins beaucoup plus importante selon les politiques menées par les différents États, comme l'a souligné le représentant du Conseil national de l'ordre des médecins lors de son audition. En Grande-Bretagne, pour un total de 240 000 médecins, il y aurait 100 000 médecins étrangers* ». Les proportions semblent, de ce fait, relativement basses.

1117.- Cependant, les chiffres discutés en 2007 ont connu quelques évolutions. D'après l'étude du CNOM, « *la France compterait 22 619 médecins titulaires d'un diplôme étranger en activité le 1er janvier 2017, soit 11,8 % du total des praticiens en activité régulière. Au total, le nombre de diplômés européens et extra-européens a doublé entre 2007 et 2017 (+90 %)* »[1094]. Toutefois, ces statistiques sont à relativiser puisqu'une distinction doit s'opérer entre les diplômes de médecine européens et les médecins étrangers à l'Union Européenne.

1118.- Notre conception idéale de la mobilité européenne consisterait à faciliter les démarches administratives en prévoyant des équivalences non seulement dans les diplômes et les cursus universitaires mais également dans les procédures administratives de manière à simplifier les dossiers d'admission. Les mêmes formations en médecine devraient être enseignées à tous les ressortissants européens de manière à ce que le diplôme obtenu dans un pays n'ait pas besoin de devoir faire l'objet d'une reconnaissance, ou d'une équivalence supplémentaire dans un autre. Cela supposerait de pouvoir s'appuyer sur une coalition transparente entre les universités européennes et de déployer les échanges entre ces universités. En matière de santé au travail, le

---

[1093] SENAT, RIES R., *L'Union européenne et les services de santé,* Rapport d'information n° 186 (2006-2007), déposé le 30 janv. 2007, 38 p.
[1094] CNOM, *Atlas national 2018, Chiffres clés médecins inscrits,* 2018, p. 3.

recrutement de médecins étrangers permet déjà de faire face aux problématiques de démographie médicale et d'inégalités sectorielles.

1119.- La construction d'une conception européenne de la santé au travail doit passer par une mobilité européenne simplifiée et facilitée des médecins du travail et internes en médecine du travail. La coalition entre les universités serait de rigueur et devrait pouvoir s'appuyer sur la mise en commun d'actions existantes et d'expérimentations en cours.

3) La mise en commun des actions et expérimentations à l'échelle européenne

1120.- Un idéal européen de santé au travail ne pourrait intervenir sans un renforcement des coopérations entre les pays membres de l'UE. La facilitation des mobilités professionnelles[1095] représenterait une première étape vers le déploiement de cette collaboration transfrontalière. De plus, il conviendrait de mettre en commun de manière plus récurrente les expérimentations et problématiques de santé travail rencontrées dans chaque pays. Les congrès mondiaux de santé au travail en sont un exemple. A l'occasion du XXIe Congrès mondial sur la santé au travail, la thématique des jeunes travailleurs a fait l'objet d'une attention particulière. A ce sujet, le Directeur général de l'OIT a affirmé l'intérêt de miser sur le potentiel de ces jeunes actifs. Il considère que « *quarante millions de jeunes arrivent sur le marché du travail et ils appartiennent à la génération la mieux éduquée que le monde n'ait jamais connue. Nous devons tirer avantage de ce dividende démographique et libérer le potentiel et la créativité de ces jeunes gens* »[1096]. L'innovation et les découvertes en santé au travail doivent faire l'objet d'une mise en lumière.

1121.- Dans le cadre du projet international *SafeYouth@Work* organisé par l'OIT, cent vingt-cinq jeunes travailleurs issus de vingt-neuf pays différents se sont rassemblés pour échanger sur les question de santé au travail. L'objectif de ce projet est d'observer et de sensibiliser les comportements des jeunes travailleurs face aux questions de prévention en santé au travail. Le

---

[1095] Dir. n° 2005/36/CE du parlement européen et du conseil du 7 septembre 2005 *relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles* (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE).
[1096] RYDER G., XXIe Congrès mondial sur la sécurité et la santé au travail, Singapour, 4 septembre 2017.

projet vise à mesurer leur niveau d'information sur la santé au travail et la légalisation. Des défis sportifs ont également été organisés dans leur but de donner un aperçu de leurs capacités sportives et de les analyser en comparaison aux capacités en matière de santé au travail.

1122.- Ce genre d'initiatives internationales mériteraient d'être déployées et de faire l'objet d'une analyse européenne de manière à ce que les données issues de ces projets puissent être analysées et utilisées communément.

1123.- En 2007, le Sénat s'exprimait déjà sur l'intérêt de mettre en commun les différentes pratiques de chaque pays européen notamment en matière de santé : « *enfin, et comme l'a déjà suggéré le gouvernement français, organiser, à certains moments et pour certaines spécialités, une mise en commun des moyens pour répondre à d'éventuels déficits de l'offre dans certains pays et pour compenser une demande, la cas échéante, insuffisante dans d'autres États. En tout état de cause, face à l'enjeu que représente une plus grande mobilité des patients et des services de santé, l'approfondissement des coopérations entre les systèmes nationaux de santé ne pourra produire tous ses effets qu'à la condition que soit réalisée préalablement une clarification du cadre juridique et une harmonisation des conditions d'information* »[1097]. La clarification proposée pourrait s'appuyer sur nos principes rénovateurs simplifiés pour pouvoir développer les coopérations européennes attendues en matière de recherches, d'expérimentations et de mise en commun des données.

1124.- En ce sens, la Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail du 28 avril 2019 avait pour thématique « *l'avenir du travail face aux changements majeurs, liés aux technologies, à la démographie, à l'organisation du travail et au changement climatique* ». A cette occasion, l'INRS s'est penchée en faveur d'une certaine prospection futuriste de la santé au travail. Plusieurs rapports proposant plusieurs innovations en faveur de la santé au travail ont pu être exposés. Certains ont porté sur « *la Plateformisation 2027, Travailler en bonne santé en 2040, les nanomatériaux manufacturés à l'horizon 2030* ou encore *l'Utilisation des robots d'assistance physique à l'horizon 2030 en France* ».

[1097] SENAT, RIES R., *L'Union européenne et les services de santé,* Rapport d'information n° 186 (2006-2007), déposé le 30 janv. 2007, p. 38.

1125.- Ces différentes études publiées en santé au travail sont sources d'inspiration. Elles devraient pouvoir servir de support référentiel aux entreprises européennes. Le développement des rencontres et des échanges entre les pays autour des différentes expérimentations menées et innovations envisagées gagnerait à s'organiser de manière plus régulière.

1126.- A titre d'illustration, les 20 et 23 septembre 2021 a eu lieu le XXIIe congrès mondial sur la sécurité et la santé au travail à Toronto au Canada. Cette conférence s'est animée au tour du sujet suivant, « *prévention à l'ère de la communication – solutions mondiales pour des lieux de travail sûrs et sains pour tous* ». Le Congrès a réuni plus de 200 conférenciers de plus de 120 pays. Le congrès s'est déroulé autour de la volonté de renforcer la prévention primaire. Le premier jour s'est d'ailleurs ouvert sur cette dynamique : *« les histoires résonnent parce que nous comprenons comment les choses sont connectées* »[1098].

1127.- Les échanges internationaux sur les différentes stratégies politiques sanitaires en matière de santé au travail et notamment celles adoptées pour surmonter l'épidémie de COVID-19 ont permis de mettre en exergue les avancées en la matière. Pour autant, la construction d'une santé au travail harmonisée sur le plan international reste encore bien loin des débats.

[1098] BAILEY C., directeur artistique et codirecteur du Festival international du film de Toronto, *XXIIe Congrès mondial sur la sécurité et la santé,* Toronto, Canada, sept. 2021

Conclusion Générale

« On ne fait jamais attention à ce qui a été fait ; on ne voit que ce qui reste à faire ».

Marie CURIE.

1128.- En cette période de crise sanitaire, la citation de la physicienne ayant découvert le vaccin contre la rage est de rigueur. Le nombre impressionnant de bouleversements auxquels la santé au travail a dû faire face ces dernières années est tel, qu'il est parfois difficile de se rendre compte des avancées considérables qui ont été apportées en la matière. Dans le même temps, les SST ont vu leurs missions élargies à la fois dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire et par la publication d'une nouvelle réforme. Malgré tout, l'épidémie a su, de manière inédite associer les SST aux acteurs de la santé publique. Les SST ont pour la première fois été présentés par le Gouvernement comme étant des partenaires incontournables de la prévention en entreprise. Par cette sollicitation symbolique, leur mission de conseil s'en est trouvée particulièrement valorisée. Les interactions entre entreprises et SST ont été délibérément placées au cœur des débats. L'intérêt d'entretenir des rapports privilégiés entre l'ensemble des acteurs de la santé au travail a trouvé tout son sens.

1129.- Pour autant, la problématique des rapports entre entreprises et services de santé au travail a toujours plus ou moins été évoquée. La protection de la santé des travailleurs a su engendrer de multiples remises en question législatives et jurisprudentielles. Ces débats se sont vus enrichis au fil des découvertes médicales. L'ensemble de ces évolutions a eu des répercussions sur les politiques managériales qui n'ont cessé d'innover en la matière.

1130.- Jusqu'à présent, la santé au travail était reléguée dans une dimension parallèle à la santé publique, parallèle aux entreprises. L'état d'urgence sanitaire a su la remettre sur le devant de la scène. L'interopérabilité entre la santé au travail, la santé publique, et l'univers de l'entreprise doit désormais être préservée en dehors du contexte de crise sanitaire.

1131.- Selon nos recherches, l'amélioration des rapports entre entreprises et SST en faveur de la prévention des risques représente la clé d'un système durable. Il est temps de mettre un terme

à la spirale juridique entretenue par l'accumulation de tentatives législatives de simplification. Nos principes rénovateurs portent l'ambition de proposer des solutions pérennes et efficaces en s'appuyant sur l'expérience de la pratique. Leur stabilité juridique dépend, selon nous, de leur capacité d'adaptation au domaine particulièrement mouvant que représente la santé. L'objectif est de consacrer définitivement, l'existence des services de santé au travail en tant qu'expert de la prévention. Il devient impératif que le droit puisse permettre aux salariés, aux employeurs et aux SST d'agir en confiance en faveur de la prévention. Sur la base de ce principe, la politique managériale des entreprises doit dès à présent s'orienter vers un objectif de bien-être au travail.

1132.- Nos propos souhaitent démontrer qu'un équilibre est possible entre la protection de la santé de tous les salariés et le développement économique de l'entreprise. Pour cela, il faut à présent admettre, que la santé au travail englobe la santé de l'entreprise mais également celle de ses dirigeants. Il ne faut pas oublier que les différents rapports juridiques étudiés s'articulent autour de rapports humains.

1133.- La rénovation des rapports entre entreprises et SST ici exposée tente de concilier l'importance de la théorie juridique et son application pratique. Les connexions nécessaires entre la médecine, le droit, la sociologie et l'économie doivent œuvrer en faveur d'une santé au travail plus équilibrée et plus égalitaire. L'uniformisation d'un droit de la santé au travail applicable à l'ensemble des travailleurs, qu'il s'agisse du domaine privé ou public nous semble primordial. Par la suite, une uniformisation européenne des pratiques pourrait être envisagée dans le but de tendre vers un système plus harmonieux et commun à l'ensemble des entreprises européennes.

1134.- La reconnaissance de la santé au travail en tant que branche à part entière de la santé publique est en marche. L'ambition de ce travail de thèse est d'ouvrir les portes d'une coopération libre, fondée sur la confiance entre l'ensemble des acteurs de la santé, dont la santé au travail, œuvrant ensemble à la préservation d'une mission globale de service public.

Bibliographie

I.- Ouvrages généraux

A.- Traités et manuels

- ANTONMATTEI P.-H., *Droit du travail*, 1re éd., LGDJ, Coll. *Précis Domat*, 2021, 1060 p. ;
- APOLLIS B., TRUCHET D., *Droit de la santé publique*, 10e éd., Dalloz Coll., *Mémentos*, 2020, 300 p. ;
- AUZERO G., D. BAUGARD D., E. DOCKES, *Droit du travail*, 35e éd., Dalloz, Coll. *Précis*, 2021, 1982 p. ;
- BADEL M., CHARBONNEAU A., LEROUGE L., *Droit de la santé et de la sécurité au travail*, 1re éd., Gualino, Coll. *Droit expert*, 2018, 156 p. ;
- BERGERON-CANUT F., GAUDU F., *Droit du travail*, 8e éd., Dalloz, Coll. *Cours*, 2020, 654 p. ;
- BIOY X., LAUDE A., TABUTEAU D., *Droit de la santé*, 4e éd., PUF, Coll. *Thémis*, 2020, 689 p. ;
- BORGETTO M., LAFORE R., *Droit de la sécurité sociale*, 19e éd., Dalloz, Coll. *Précis*, 2019, 1350 p. ;
- BOURDILLLON F., BRUCKER G., TABUTEAU D., dir., *Traité de santé publique*, 3e éd., Flammarion Médecine-Sciences, 2016, 728 p., Préf. J. MENARD ;
- CAMERLYNCK G. H., dir., *Traité de droit du travail*, 2e éd., Paris : Dalloz, 1984 ;
- CHAUCHARD J.-P., KERBOURC'H J.-Y., WILLMANN Ch., *Droit de la sécurité sociale*, 9e éd., LGDJ, Coll. *Manuel*, 2020, 870 p. ;
- COEURET A., LIEUTIER J.-P., *Droit du travail*, 3e éd., Dalloz, Coll. Mémentos, 2020, 322 p.
- DUQUESNE FR., *Droit du travail*, 16e éd., Gualino, Coll. *Mémentos*, 2021, 316 p. ;
- FAVENNEC-HERY Fr., VERKINDT P.-Y., *Droit du travail*, 7e éd., LGDJ, Coll. *Manuel*, 2020, 756 p. ;
- GAURIAU B., MINE M., *Droit du travail*, 4e éd., Sirey, Coll. *Université*, 2020, 906 p. ;
- HEAS Fr., *Droit du travail*, 9e éd., Larcier, 2021, 412 p. ;
- JEANSEN E., *Droit de la protection sociale*, 4e éd., LexisNexis, Coll. *Objectif droit*, 2021, 414 p. ;
- KESSLER F., *Droit de la protection sociale*, 7e éd., Dalloz, Coll. *Cours*, 2020, 866 p. ;
- LOKIEC P., *Droit du travail*, PUF, Coll. *Thémis*, 2019, 846 p. ;
- MORVAN P., *Droit de la protection sociale*, 10e éd., LexisNexis, Coll. *Manuels*, 2021, 1290 p. ;
- PELLET P., SKZRYERBAK A., *Droit de la protection sociale*, PUF, Coll. *Thémis*, 2017, 574 p. ;
- PRETOT X., *Droit de la sécurité sociale*, 15e éd., Dalloz, Coll. *Mémentos*, 2020, 308 p. ;
- RAY J.-E., *Droit du travail, Droit vivant*, 30e éd., éd. Liaisons, 2021, 804 p. ;
- TEYSSIE B., *Droit du travail - Relations collectives*, 12e éd., LexisNexis, 2020, 1414 p. ;
- TRICOIT J.-Ph., *Droit du travail*, Ellipses, 2020, 512 p. ;

B – Dictionnaires, encyclopédies et répertoires

1. Dictionnaires et encyclopédies

- ALLAND (D.), Rials (S.) (dir.), *Dictionnaire de la culture juridique*, Paris : PUF, 2003, XXV-1649 p. ;

- ARNAUD (A.-J.), *Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie du droit*, 2e éd., Paris : LGDJ, 1993, XXXVII-758 p. ;
- CADIET (L.) (dir.), *Dictionnaire de la justice*, Paris : PUF, 2004, XXXII-1362 p. ;
- CORNU (G.) (dir.), *Vocabulaire juridique*, 13e éd., Paris : PUF, 2020, XXX-1092 p. ;
- ROLAND (H.), BOYER (L.), *Adages du droit français*, 4e éd., Paris : Litec, 1999, 1090 p. ;
- ROLAND (H.), *Dictionnaire des expressions juridiques*, Paris : LexisNexis, 5e éd., 2020, IX-501 p. ;
- *Le Petit Larousse*, Edition 2017, 2016, 2048 p. ;
- *Le Petit Robert*, Edition 2020, Le Robert, 2019, 2880 p.

2. Répertoires

- ADAM P., « Harcèlement moral », *Rép. dr. trav., Encyclopédie Dalloz*, 2021 ;

- ADAM P., « Harcèlement moral », *Rép. dr. trav., Encyclopédie Dalloz*, 2021 ;

- BERR, C-J., « Normalisation », *Rép. dr. com., Encyclopédie Dalloz*, 2011 ;
- CHATARD D., « Hygiène et sécurité, Service social », *JCl Travail Traité*, Fasc. 20-40 ;
- CHATARD D., « Hygiène et sécurité, Services de santé au travail », *JCl Travail Traité*, Fasc. 20-30 ;
- DEVOLVE P., « Conseil d'Etat, Statut de l'institution », *Rép. Contentieux administratif, Encyclopédie Dalloz*, 2020 ;
- DUMONT Fr., « Santé et sécurité au travail », *JCl Travail Traité*, Fasc. 20-10 ;
- GEA F., « Prise d'acte de la rupture », *Rép. dr. trav., Encyclopédie Dalloz*, 2019 ;
- LASSERRE, V., « Loi et règlement », *Rép. dr. civ., Encyclopédie Dalloz*, 2016 ;
- LEBORGNE-INGELAERE C., « Harcèlement, agissement sexiste et stress au travail », *JCl Travail Traité*, Fasc. 20-50 ;
- LEMOULAND J.-J., PIETTE G., HAUSER J., « Ordre public et bonnes mœurs », *Rép. dr. civ., Encyclopédie Dalloz*, 2019 ;

- LEROUGE L., « Droit des risques psychosociaux au travail », *Rép. dr. trav., Encyclopédie Dalloz*, 2021 ;
- PETIT Y., « Mécanismes et instruments du droit international de l'environnement », *Rép. dr. intern., Environnement* ;
- PIGNARRE G., « Contrat de travail, exécution », *Rép. dr. trav., Encyclopédie Dalloz*, 2020 ;
- PRADEL C.-Fr., PRADEL-BOUREUX P., PRADEL V., « Santé et sécurité au travail, Pénibilité au travail », *JCl Travail Traité*, Fasc. 20-45 ;
- RENAUX-PERSONNIC V., COLONNA J., « Exercice médical et actions de santé publique, Services de santé au travail », *Litec Droit médical et hospitalier*, Fasc. 160-20 ;
- VERICEL M., « Services de santé au travail », *Rép. dr. trav., Encyclopédie Dalloz*, 2021.
- VERKINDT P.-Y., « Maladie et inaptitude médicale », *Rép. dr. trav., Encyclopédie Dalloz*, 2012 ;

II.- Ouvrages spéciaux

A – Monographies et thèses

- BEAUD M., *L'art de la thèse*, La Découverte, Coll. *Grands Repères*, 2016, 202 p. ;
- BEIGNIER B. dir., *La codification*, Paris : Dalloz, 1996, 224 p. ;
- BERNARD N., *Bien-être au travail et performance de l'entreprise : une analyse par les paradoxes*, Université de Grenoble Alpes, th. Gestion et management, 2019, 354 p. ;
- CABRILLAC R., *La recodification civile en France*, Avignon : Éditions universitaires d'Avignon, 2008, 30 p. ;
- CABRILLAC R., *Les codifications*, Paris : PUF, 2002, 310 p. ;
- CARBONNIER J., *Droit et passion du droit sous la Ve République*, Paris : Flammarion, 1996, 144 p. ;
- CATILINA P., *Médecine et risque au travail*, 2e éd., Masson, 2009, 764 p. ;

- COURSIER Ph. *et al*., dir., *Les risques professionnels et la santé au travail en questions*, 3e éd. Paris : LexisNexis, Coll. *Droit & professionnels. Droit social*, 2019, XVI-199 p. ;
- COUTAREL F., *La prévention des troubles musculo-squelettiques en conception : quelles marges de manœuvre pour le déploiement de l'activité ?*, Université Victor Segalen, Bordeaux II, th. Ergonomie, 2004, 417 p.
- CZUBA C., *Consommations de substances psychoactives : à la confluence entre les droits à la santé et à la vie privée au travail*, Université de Lille, th. Droit, 2017, 810 p. ;
- DEMERS E., *Le temps : conséquences philosophiques*, Université Laval, Québec, 2011, 86 p. ;
- GAMET L., *Droit pénal de la sécurité et de la santé au travail : théorie juridique et pratique judiciaire*, LexisNexis, Coll. *Droit & professionnels. Droit pénal*, 2021, XI-219 p. ;
- GARNIER S., Droit du travail et prévention, LGDJ, Coll. Bibliothèque de droit social, 2019, 444 p. ;
- GAUDEMET J., *La codification*, Paris : PUF, 1996, 189 p. ;
- GR-PACT, *Proposition de code du travail*, 1re éd., Dalloz, 2017, 419 p. ;
- HEAS Fr., *Santé au travail*, Nanterre : Éd. des Citoyens, Coll. *Vous avez le droit*, 2013, 96 p. ;
- JOVER A.-Fr., *Les métamorphoses des services de santé au travail : entre santé au travail et santé publique*, LexisNexis, 2015, XVII-323 p., Préf. B. Teyssié ;
- KANT E., *Théorie et pratique* (1793), Paris : Hatier, Coll. *Profil philosophie*, 1996, 78 p. ;
- MARICHALAR P., *Médecin du travail, médecin du patron ? L'indépendance médicale en question*, Presses de Sciences Po, 2014, 184 p. ;
- MEMETEAU G., *Responsabilité médicale*, Paris : Litec, 1986, 81 p. ;
- OPPETIT B., *Essai sur la codification*, Paris : PUF, 1998, 96 p.
- POUPON J.-P., *Le droit des services autonomes de médecine du travail*, Éd. Docis, 1976, 179-XXV p. ;
- SAINT AUGUSTIN, *Confessions*, XI, 14, 17, Paris : Desclée de Brouwer, 1962, 690 p. ;
- SEILLAN H., *Droit des services de santé au travail*, Paris : éd. Docis, 2017, 158 p., Préf. Y. Struillou ;

- THÉBAUD-MONY A., DAVEZIES P., VOGEL L., VOLKOFF S., *Les risques du travail, Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Coll. *Hors collection Sciences Humaines*, 2015, 608 p. ;
- TOURE D., *Le statut des médecins du travail*, Université de Lille, th. Droit, 2017, 366 p. ;
- TROPER M., *La philosophie du droit*, PUF, Coll. *Que sais-je ?*, 2015, 127 p. ;
- VILLERME L.-R., *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, Tome 1, *Bibliothèque nationale de France*, 1840, 459 p. ;
- WARNEZ S., *Santé au travail en Lorraine, évolution et état des lieux à partir des rapports d'activités des services de 1998 à 2008 et des rapports annuels des médecins du travail de 2006 à 2008*, th., Université de médecine de Lorraine, 2010, 157 p.

B – Numéros spéciaux de revue

- *Dr. ouvrier*, « *Santé, sécurité au travail : un droit en mouvement* », n° 656, mars 2003, pp. 82-120 ;
- *Dr. soc.* « *La Médecine du travail et le droit* », avr. 1980, 124 p.
- *Dr. soc.* La médecine du travail quel avenir », n° 7/8, juill.-août 1987, pp. 561-632 ;
- *JCP S* « *Loi du 8 août 2016 : volet santé au travail, formation professionnelle et sécurisation des parcours professionnels* », n° 37, 20 sept. 2016, 59 p. ;

III.- Articles, études et chroniques

- ADAM P., « Qualité de vie au travail : la part des juristes », *RDT* 2017, pp. 476-482 ;
- ALVES CONDEL M., ROUSSEL M., GOMES B., CHATZILAOU K., « Les nouveaux visages de la médecine du travail », *RDT* 2012, pp. 200-207 ;
- ANTONMATTEI P-H., ENJOLRAS L., MARIANO C., « Actualité du droit et de la pratique de la négociation collective », *Dr. soc.* 2020, pp. 947-955 ;
- AUBERT-MONPEYSSEN T., BLATMAN M., « Les risques psychosociaux au travail et la jurisprudence française : la culture de la prévention », *Dr. soc.* 2012, pp. 832-838 ;

- BABIN P., BORGETTO M., « La réforme de la médecine du travail : quels changements pour l'entreprise ? » *JCP S* 2011, 1422, pp. 18-23 ;
- BADEL M., « Le COVID au travail par-delà les statuts », *RDSS* 2020, pp. 937-946 ;
- BADEL M., LEROUGE L., « Les maladies professionnelles cent ans après : reconnaissance et indemnisation, des défis toujours actuels », *Dr. soc.* 2020, pp. 975-982 ;
- BARBIER H., « De l'effet des prévisions météorologiques sur les prévisions contractuelles », *RTD civ.* 2015, pp. 134-137 ;
- BOFFA R., « Article 1108 : Le contrat d'adhésion », *RDC* 2015, pp.736-737 ;
- BOULANGER M.-L., MARREJ O., « COVID-19 : l'obligation de sécurité de l'employeur à l'épreuve des tribunaux », *JSL* n° 501, 2020, pp. 4-7 ;
- BOURCIER D., « Sciences juridiques et complexité, Un nouveau modèle d'analyse », *Dr. et Cultures* 2011, pp. 37-53 ;
- BRAIBANT G., « La problématique de la codification », *Hommage à Lucien Mehl*, La Documentation française, 1999, pp. 55-65 ;
- CARRE A., « Médecine du travail : comment déjouer les abus du secret médical », *Santé & Travail* n° 64, oct. 2008, p. 5 ;
- CASTEL D., « Obligation de sécurité – Crise sanitaire – Le protocole national, source de droit ? », *JA* 2020, n° 628, p. 11 ;
- CHAMPEAUX F., « Les juges des référés dans la tourmente du COVID-19 », *SSL* n° 1906, 2020, pp. 11-12 ;
- CHANAL D., De la BROSSE P., « L'obligation de sécurité de résultat, la pénurie de médecins du travail et la santé du salarié : quelle(s) solution(s) ? », *SSL*, n° 1627, 22 avr. 2014, pp. 5-7 ;
- CHAUMETTE P., « L'obligation patronale de sécurité au travail au sein de la Communauté européenne », in *Mélanges en l'honneur de Henry Blaise*, Economica, 1995, pp. 81-94 ;
- CORMIER LE GOFF A., KRIVINE J., « De la négociation sur le comité social et économique à celle du conseil d'entreprise, seule habilité à négocier », *Dr. soc.* 2019, pp. 204-216 ;
- CORRIGNAN-CARSIN D., « L'obligation de sécurité du salarié », in *Les droits et le Droit. Mélanges dédiés à Bernard Bouloc*, Dalloz, 2007, pp. 233-247

- D'AGOSTINO A., DELANOE A., « Les observatoires prospectifs des métiers et des qualifications : des outils pour agir », *Céreq Bref*, n° 297-2, 2012, p. 4.
- DAVEZIES, P., « L'aptitude médicale dans le système français de santé au travail : origine, interrogations et débats », *Médecine du travail et ergonomie*, 2007, pp. 73-82 ;
- DE CLAUSADE J., « Sécurité juridique et complexité du droit », *La lettre de la Justice Administrative*, n° 11, avr. 2006, pp. 1-4 ;
- DE QUENAUDON R., « Responsabilité sociale des entreprises », *RDT* 2017, pp. 29-31 ;
- DEL SOL M., TURQUET P., « Déréguler le licenciement pour mieux sécuriser les personnes : les ambiguïtés de la flexicurité », *RDSS* 2007, pp. 528-541 ;
- DIAZ N., SAINT-MICHEL G., « Coronavirus : concilier obligation de sécurité de l'employeur et respect de la vie privé du salarié », *D. actualités*, 28 mars 2020 ;
- DIRRINGER J., « L'entreprise, nouvel espace d'élaboration des politiques de santé au travail », *Dr. soc.* 2019, pp. 900-906 ;
- DORE L., « Evolution de la médecine du travail », *Dr. soc.* 2004, pp. 931-933 ;
- FANTONI S., HEAS F., « Pour une reconfiguration des principes en santé au travail », *Dr. soc.* 2016, pp. 531-533 ;
- FANTONI-QUINTON S., « Le rapport Lecocq, une opportunité pour repenser la place du médecin du travail dans le système de santé au travail de demain », *Dr. soc.* 2019, pp. 160-166 ;
- FANTONI-QUINTON S., « Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ? », *Dr. soc.* 2013, pp. 1023-1030 ;
- FANTONI-QUINTON S., « Vers un assouplissement de la jurisprudence en matière d'obligation de sécurité de l'employeur ? », *Archives des Maladies Professionnelles*, n° 4, 2017 ;
- FANTONI-QUINTON S., HEAS F., « Les réformes en droit du travail : affaiblissement ou opportunité pour le droit de la santé au travail ? », *Dr. soc.* 2018, p. 202-208 ;
- FANTONI-QUINTON S., HEAS F., « Pour une reconfiguration des principes en santé au travail », *Dr. soc.* 2016, pp. 531-533 ;
- FANTONI-QUINTON S., HEAS F., VERKINDT P.-Y., « La santé au travail après la loi du 8 aout 2016 », *Dr. soc.* 2016, pp. 921-927 ;

- FANTONI-QUINTON S., LAFLAMME A.-M., « Garder le silence ou mentir sur son état de santé : quelles conséquences juridiques pour le candidat à l'embauche ? Une approche comparée France/Québec », *Dr. soc.* 2016, pp. 19-26 ;
- FANTONI-QUINTON S., LEGROS B., « La logique de réparation entrave-t-elle la démarche de prévention des lésions professionnelles ? », *RDSS* 2010, pp. 640-652 ;
- FANTONI-QUINTON S., QUANDALLE-BERNARD J., « La pénibilité au travail : un concept à géométrie (très) variable », *RDSS* 2012, pp. 163-169 ;
- FRAISSE W., « Coronavirus : ordonnance adaptant les conditions d'exercice des missions des services de santé au travail », *Dalloz actualité*, 8 avr. 2020 ;
- FROUIN J.-Y., « La jurisprudence sociale rentre dans le rang », *Conférence d'actualité jurisprudentielle, Liaisons Sociales*, 5 oct. 2017, p. 2 ;
- GAUDIN F., « Pouvoir disciplinaire de l'employeur et COVID-19 », *JA* 2020, n° 630, pp. 40-42 ;
- HEAS F., « La négociation d'entreprise sur la qualité de vie au travail », *Dr. soc.* 2019, pp. 907-913 ;
- HEAS, F., « La pénibilité, un enjeu de santé au croisement du travail et de la retraite », *Dr. soc.* 2014, pp. 598-603 ;
- HÉAS, F., « Le bien- être au travail », *JCP S.* n° 37, 6 juill. 2010, pp. 14-19 ;
- HIGOUNENC C., LATTES J.-M., « Les relations médecins-infirmiers dans la loi du 20 juillet 2011, incertitudes et ambiguïtés », *Dr. soc.* 2014, pp. 661-667 ;
- HUEZ D., « Les origines, les acteurs, les indicateurs », *Santé & Travail*, n° 9, déc. 1994, pp. 4-14 ;
- HUEZ D., « Terrain miné pour la médecine du travail », *Santé & Travail* n° 74, avr. 2011, p. 33-34 ;
- HUTEAU M., « Edouard Toulouse et les débuts de la psychotechnique en France », *Psychologie et histoire*, 2002, pp. 29-50 ;
- JANUEL P., « Codification : bilan des travaux en cours et perspectives », *Dalloz actualité*, 26 juin 2018 ;
- JESTAZ P., « Les définitions du droit : pour une définition fonctionnelle », *RTD civ.* 2020, pp. 803-812 ;
- JOURDAIN P., « Obligation de sécurité de l'employeur : la chambre sociale réoriente sa jurisprudence », *RTD civ.* 2016, pp. 869-872 ;

- JOVER A-Fr., AKNIN Fr. « La sanitarisation de l'entreprise : l'exemple des substances psychotropes », *JCP S* 2014, 1338 ;
- JUBERT L., « Le protocole national pour assurer la santé et la sécurité des salariés en entreprise face à l'épidémie de COVID-19 : quelques réflexions sur l'encadrement par l'État d'une situation hors-norme », *RDT* 2020, p. 521-528 ;
- JULIEN M., PAULIN J-F., « Santé et sécurité : panorama de jurisprudence », *JA* 2013, n° 482, pp. 42-45 ;
- KEIM-BAGOT M., MOIZARD N., « Santé au travail et pandémie : les droits du salarié en recul ? », *RDT* 2021, pp. 25-36 ;
- KILGUS N., « Responsabilité d'une association de santé au travail : illustration », *Dalloz actualité*, 22 janv. 2014 ;
- LACOSTE-MARY V., « Des mains inutiles aux mains d'or : pour une refonte de la procédure de reconnaissance de l'inaptitude sur le poste de travail », *RDSS* 2020, pp. 1128-1199 ;
- LANOUZIERE H., « La santé et la sécurité au travail », *AJDA*, 2008, pp. 861-865 ;
- LAPOUILLE B., « Pour le Médiateur de la République, la complexité du droit est source d'inégalités », *Dalloz actualité*, 5 mars 2007 ;
- LARRIBAU-TERNEYRE V., « Les risques de l'entreprise : de la responsabilité à la défaillance », *Rev. soc*., 2001, pp. 271-291 ;
- LAUDE A., « Vers un code européen de la santé ? », *RDSS* 2008, pp. 457-467 ;
- LEROUGE L., « Les "risques psychosociaux" en droit : retour sur un terme controversé », *Dr. soc.* 2014, pp. 152-160 ;
- MBONGO P., « De "l'inflation législative" comme discours doctrinal », *D*., 2005, pp. 1300-1301 ;
- MESLI V., « Quelles articulations entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail ? », *RDSS* 2014, pp. 266-274 ;
- MINET-LETALLE C., « La responsabilité de l'employeur face au COVID-19 », *JT*, 2021, n° 237, p. 27.
- MOULY J., « Réticence ou mensonge du salarié sur son état de santé lors de l'embauche et nullité du contrat de travail », *JCP G*, n° 47, nov. 2005, pp. 2180-2182 ;
- OPPETIT B., « De la codification », D. 1996, 5, S. pp. 33-38 ;
- ORIO E., « Licenciement pour inaptitude physique, l'obligation de reclassement va-t-elle jusqu'à l'obligation de créer un poste adapté ? », *AJFP* 2018, pp. 78-81 ;

- PARADIS E., « Q comme … Qualité de vie au travail », *JA* 2015, n° 525, pp. 50-51 ;
- PASQUIER Th., « Le terme de la suspension du contrat de travail et la visite en vue de la reprise du travail », *RDT* 2011, pp. 177-179 ;
- PY B., « Le secret professionnel protège le patient, non le médecin », *AJ Pénal*, 2020, pp. 591-592 ;
- REDON M., « Les enjeux juridiques des programmes de bien-être en assurance santé collective aux États-Unis », *Dr. soc.* 2019, pp. 928-933 ;
- ROBERT E., RIDDE V., « L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique. De la théorie à la pratique », *Mesure et évaluation en éducation* n° 3, 2013, pp. 79-108 ;
- ROQUET C., MESLI V., « Le secret médical à l'épreuve du contentieux social des relations collectives », *RDSS* 2018, pp. 658-666 ;
- SAISON J., « Une nouvelle réforme en faveur de l'unité du système de santé », *AJDA* 2019, p. 2488-2495 ;
- SAVATIER J., « La reprise du travail sans visite de reprise par le médecin du travail », *Dr. soc.* 2006, p. 514.
- SAVATIER J., « De l'influence de la santé sur les relations du travail », in *Apprendre à douter, questions de droit : questions sur le droit. Etudes offertes à Claude Lombois*, PULIM, 2004, pp. 163-177
- SAVATIER J., « L'obligation de reclassement des salariés devenus physiquement inaptes à leur emploi », in *Mélanges en l'honneur de Henry Blaise*, Economica, 1995, pp. 387-398 ;
- SEGUI-SAULNIER S., « Quelle est la portée juridique des recommandations de bonnes pratiques ? », *Revue hospitalière de France*, n° 506, sept-oct. 2005, pp. 36-38 ;
- SHETTLE J., SIANO B., « Le dossier médical en santé au travail », *Travail & Sécurité* n° 763, juill.-août 2015, pp. 52-54 ;
- SIRINELLI S., PREVOST P., « Inflation législative : pas d'inversion de la courbe en 2016 », *D. IP/IT*, 2016, p. 57 ;
- SOULAT J.-M., « La médecine du travail a-t-elle un avenir en France ? », *Le Concours Médical*, 2015, n° 10, pp. 817-821 ;
- SZABO GAY O., NGO V., BOULET B, RENAUD M.-P., DUGUET A., « Promouvoir la santé au travail auprès des étudiants en médecine. Un projet de collaboration entre

l'université de médecine Pierre-et-Marie-Curie et le CIAMT », *Archives des maladies professionnelles et de l'Environnement*, mai 2018, p. 732 ;

- TAURAN Th., « Les services de santé au travail en agriculture », *Dr. rural* n° 383, mai 2010, étude 11, pp. 19-23 ;
- THIBIERGE C., « La densification normative, Découverte d'un processus », *D.* 2014, pp. 834-842 ;
- VACARIE I., « Travail et santé : un tournant », in *Les Transformations du droit du travail. Etudes offertes à Gérard Lyon-Caen*, Dalloz, 1989, pp. 331-348 ;
- VERDUN F., « Mise en cause par l'entreprise de la responsabilité civile d'un SST », *Dr. soc.* 2014, pp. 280-285 ;
- VERICEL M., « La loi Travail du 8 août 2016 et la modernisation (?) de la médecine du travail », *Gaz. pal*. n° 35, 11 oct. 2016, pp. 73-77 ;
- VERKINDT P.-Y., « Inaptitude médicale du salarié et reclassement : la Cour de cassation garde le cap », *JCP S* 2015, 1451 ;
- VERKINDT P.-Y., « Travail et santé au travail dans la Stratégie nationale de santé 2018-2022 », *RDSS* 2018, p. 437-443 ;
- VERKINDT P.-Y., CARON M., « Le droit de la sécurité sociale confronté aux nouveaux risques professionnels », *RDSS* 2010, pp. 593-603 ;
- ZENATI Fr., « Les notions de code et de codification Contribution à la définition du droit écrit », *Mélanges Christian Mouly – Livre I*, Litec, 1999, pp. 217-253.

IV.- Notes, observations et commentaires de jurisprudence

- ADAM P., note sous Cass. soc., 21 juin 2006, Association Propara, *RDT* 2006, p. 245 ;
- AMAUGER-LATTES M.-C., note sous Cass. soc., 12 mars 2008, Société JP Ryckaert, *D.* 2306 ;
- ASQUINAZI-BAILLEUX D., note sous Cass. soc., 11 avr. 2002, Société Camus industrie, *JCP E* 2002, 184, p. 2060 ;
- ASQUINAZI-BAILLEUX D., note sous Cass. soc., 12 mars 2008, Société JP Ryckaert, *JCP E* 2008, 1791 ;

- ASQUINAZI-BAILLEUX D., note sous Cass. soc., 8 juill. 2020, Société Ugitech, *JCP S* 2020, 3025 ;
- BABIN M., note sous Cass. soc., 25 nov. 2015, Société Air Inter, *JCP S* 2016, 1011 ;
- BABIN M., PICHON N., note sous Cass. soc., 28 févr. 2002, *Dr. soc.* 2002, p. 828 ;
- BENMAKLOUF A., concl. sur Cass. soc., 28 févr. 2002, *JCP G* 2002, II, 10053 ;
- BOSSU B., note sous Cass. soc., 13 oct. 2016, *RJS* 2016, comm. n° 798, *JCP S* 2016, 1434 ;
- BOSSU B., note sous T. jud. Nanterre, ord., 14 avr. 2020, Amazon France Logistique, *JCP G* 2020, 523 ;
- BOUSEZ F., note sous Cass. soc., 27 mai 2015, Société Avenir nettoyage Nord, *JCP S* 2015, 1290 ;
- BRUN Ph., GOUT O., note sous Cass. soc., 11 mai 2010, *D.* 2011, p. 35 ;
- BUGADA A., note sous Cass. soc., 21 oct. 2014, Société GDF Suez énergie services, *Procédures* 2014, comm. 323 ;
- BUGADA A., note sous Cass. soc., 25 nov. 2015, Société Air Inter, *JCP E* 2016, 1146 ;
- BUGADA A., note sous Cass. soc., 29 juin 2005, Société ACME Protection, *D.* 2005, p. 2565 ;
- BUGADA A., note sous Cass. soc., 11 mai 2010, *Procédures* 2011, comm. n° 98 ;
- CHAUMETTE P., note sous Cass. soc., 11 avr. 2002, Société Camus industrie, *Dr. soc.* 2002. 676 ;
- CHAUMETTE P., note sous Cass. soc., 31 oct. 2002, Société Guintoli Frères, *Dr. soc.* 2003, p. 145 ;
- CHENU D., note sous Cass. soc., 1er juin 2016, Société Finimétal, *JCP E* 2016, 1452 ;
- CHEVRIER E., note sous Cass. soc., 29 juin 2005, Société ACME Protection, *D.* 2005, p. 2565 ;
- CHEVRIER E., obs. sous Cass. soc., 21 sept. 2005, Association Languedoc aides et services, *D.* 2006, p. 204 ;
- COHEN-DONSIMONI V., note sous Cass. soc., 6 mars 2017, Société Syba réseaux, *JCP S* 2017, 1163 ;
- COLONNA J., RENAUX-PERSONNIC V., note sous Cass. soc., 11 mai 2010, *JCP G* 2010. II, 733 ;
- CORGAS-BERNARD C., note sous Cass. soc., 11 mai 2010, *D.* 2010, p. 2048 ;

- CORRIGNAN-CARSIN D., note sous Cass. soc., 29 juin 2005, Société ACME Protection, *JCP G* 2005, II, 10144 ;
- CORRIGNAN-CARSIN D., note sous Cass. soc., 7 janv. 2015, Association Solidarité mutuelle des coopérateurs de Romilly-sur-Seine, *JCP S* 2015, 164 ;
- COTTIN A., note sous Cass. soc., 22 fév. 2017, Sociétés Orange et Orange Réunion, *RJS* 2017, comm. n° 346, *JSL* 2017, n° 431-5 ;
- COUTURIER G., RAY J.-E., note sous Cass. soc., 25 juin 2003, Société Ecoles de danse Gérard Louas, *Dr. soc.* 2003, p. 817 ;
- DAUXERRE L., note sous Cass. soc., 20 avr. 2017, CHSCT du centre hospitalier Ariège Couserans c/ Centre hospitalier Ariège Couserans, *JCP S* 2017, 1175 ;
- DEJEAN de La BATIE A., note sous Cass. soc., 25 nov. 2015, Société Air Inter, *JSL* 2016, n° 401-1 ;
- DUMONT Fr., note sous CPH Paris, 6 févr. 2014, *JCP S* 2014, 1290 ;
- DUPUY-LOUP N., note sous Cass. soc., 11 avr. 2002, Société Camus industrie, *Resp. civ. et assur*. 2002, *Chron*. 16 ;
- FADEUILHE P., note sous Cass. soc., 1er mars 2011, Société Les Restaurants du Pont du Gard, *JCP E* 2011, 1566 ;
- FAVENNEC-HERY Fr., note sous Cass. soc., 29 juin 2005, Société ACME Protection, *JCP S* 2005, 1154 ;
- FAVOT M.-A, BURCHKALTER P., note sous Cass. soc., 6 déc. 2017, Société Soredis, *Les Cahiers du DRH* n° 181, nov. 2011, p. 45 ;
- FROUIN J.-Y., note sous Cass. soc., 25 juin 2003, Société Ecoles de danse Gérard Louas, *RJS* 2003, comm. n° 994 :
- FROUIN J.-Y., note sous Cass. soc., 25 nov. 2015, Société Air Inter, *Gaz. pal*. 12 janv. 2015, p. 68 ;
- GAMET L., note sous T. jud. Nanterre, ord., 14 avr. 2020, Amazon France Logistique, *JCP S* 2020, 2005 ;
- GENIAUT B., obs. sous Cass. soc., 1er juin 2016, Société Finimétal, *RDT* 2016, p. 709 ;
- GOURDOL R., note sous Cass. soc., 21 sept. 2005, Association Languedoc aides et services, *Dr. ouvrier* 2006, p. 149 ;
- GUIOMARD F., note sous T. jud. Nanterre, ord., 14 avr. 2020, Amazon France Logistique, *RDT* 2020. 351 ;

- HAUTEFORT M., note sous Cass. soc., 13 avr. 2016, Société Imprimerie artisanale, *JSL* 2016, n° 411-3 ;
- HAUTEFORT M., note sous Cass. soc., 25 janv. 2011, Association roussillonnaise d'action sociale, *JSL* 2011, n° 295, p. 11 ;
- HUE M., note sous Cass. soc., 30 mars 1999, Société Elsydel, *Cah. soc. barreau Paris* 1999, A. 35, p. 235 ;
- ICARD J., PAGNERRE Y., note sous Cass. soc., 1er juin 2016, Société Finimétal, *D.* 2016, p. 1681 ;
- INES B., note sous Cass. soc., 11 mai 2010, *D.* 2010 ;
- JOURDAIN P., note sous Cass. soc., 11 mai 2010, *RTD civ.* 2010, p. 564 ;
- JOURDAIN P., note sous Cass. soc., 1er juin 2016, Société Finimétal, *RTD civ.* 2016, p. 869 ;
- JOURDAIN P., note sous Cass. soc., 28 févr. 2002, *RTD civ.* 2002, p. 310 ;
- JOURDAIN P., note sous Cass. soc., 28 févr. 2002, *RTD civ.* 2002, p. 310 ;
- LARDY-PELISSIER B., note sous Cass. soc., 12 mars 2008, Société JP Ryckaert, n° 07-40.039, Bull. civ. V, n° 62, D. 2008. Pan. 2311 ;
- LEBORGNE-INGELAERE C., note sous Cass. soc., 19 nov. 2014, Société Les Travaux du midi, *JCP S* 2015, 1183 ;
- LEBORGNE-INGELAERE C., note sous Cass. soc., 21 juin 2006, Association Propara, *JCP S* 2006, 1566 ;
- LEBORGNE-INGELAERE C., note sous Cass. soc., 25 janv. 2011, Association roussillonnaise d'action sociale, *JCP S* 2011, 1152 ;
- LEBORGNE-INGELAERE C., note sous Cass. soc., 3 févr. 2010, Société Stratorg, *JCP S* 2010, 1125 ;
- LHERNOULD J.-PH., note sous Cass. soc., 15 déc. 2015, Société Plastic omnium, *JSL* 2016, n° 404-3 ;
- LOISEAU G., note sous Cass. soc., 1er juin 2016, Société Finimétal, *JCP S* 2016, 1220 ;
- LOISEAU G., note sous Cass. soc., 21 sept. 2005, Association Languedoc aides et services, D. 2006, p. 204 ;
- LOISEAU G., note sous Cass. soc., 6 déc. 2017, Société Soredis, *JCP S* 2018, 1051 ;
- LOKIEC P., note sous Cass. soc., 25 nov. 2015, Société Air Inter, *D.* 2016, p. 807 ;
- LOKIEC P., PORTA J., note sous Cass. soc., 20 janv. 2016, Société Nomos, *D.* 2016, p. 807 ;

- LOKIEC P., PORTA J., note sous Cass. soc., 8 juin 2011, Société Batidole, *D*. 2012, p. 901 ;
- LYON-CAEN A., note sous Cass. soc., 28 févr. 2002, *Dr. soc.* 2002, p. 445 ;
- MARTINEZ J., note sous Cass. soc., 17 mai 2016, Fédération de Paris de la ligue de l'enseignement, *JCP S* 2016, 1263 ;
- MARTINON A. note sous Cass. soc., 8 juin 2011, Société Batidole, *JCP S* 2011, 1503 ;
- MAZEAUD A., note sous Cass. soc., 27 mai 2015, Société Avenir nettoyage Nord, *Dr. soc.* 2015, p. 650 ;
- MESTRE J., FAGES B., note sous Cass. soc., 21 sept. 2005, Association Languedoc aides et services, *RTD civ.* 2006, p. 303 ;
- MEYER F., note sous Cass. soc., 28 févr. 2002, *Dr. ouvrier* 2002, p. 166 ;
- MIARA S., note sous Cass. soc., 11 mai 2010, *JCP G* 2010, 568 ;
- MINE M, note sous Cass. soc., 21 juin 2006, Association Propara, *D*. 2006, p. 2831 ;
- MOIZARD N., note sous Cass. soc., 27 mai 2015, Société Avenir nettoyage Nord, *RDT* 2015. 463 ;
- MORVAN P., note sous Cass. soc., 28 févr. 2002, *JCP S* 2005, 1056 ;
- MOULY J., note sous Cass. soc., 1er juin 2016, Société Finimétal, *JCP G* 2016, 822 ;
- MOULY J., note sous Cass. soc., 21 sept. 2005, Association Languedoc aides et services, *JCP G* 2005. II. 10163 ;
- MOULY J., note sous Cass. soc., 21 sept. 2005, Association Languedoc aides et services, n° 03-44.855, Bull. civ., V, n° 262, *JCP E* 2006, 1262 ;
- MOULY J., note sous Cass. soc., 25 avr. 1990, Association pour la réadaptation des blessés de la route et autres handicapés, *D*. 1991, *Jurispr*., p. 507 ;
- MOULY J., note sous Cass. soc., 30 mars 1999, Société Elsydel, *JCP G* 1999, II, 10195 ;
- PEDROT P., NICOLAS G., obs. sous Cass. soc., 28 févr. 2002, *RDSS* 2002, p. 357 ;
- PELISSIER J., note sous Cass. soc., 25 juin 2003, Société Ecoles de danse Gérard Louas, *D*. 2003, p. 2396 ;
- PERROT R., note sous Cass. soc., 5 janv. 2011, Société Presta'Breizh, *Procédures* 2011, comm. n° 88 ;
- PETEL-TEYSSIE I., note sous Cass. soc., 21 oct. 2014, Société GDF Suez énergie services, *JCP S* 2015, 1053 ;

- PRETOT X., note sous Cass. soc., 11 avr. 2002, Société Camus industrie, *D*. 2002, p. 2696 ;
- PRETOT X., note sous Cass. soc., 28 févr. 2002, *D*. 2002, p. 2696 ;
- PRETOT X., note sous Cass. soc., 28 févr. 2002, *TPS* 2002, comm. 116 ;
- RADE CH., note sous Cass. soc., 1er mars 2011, Société Les Restaurants du Pont du Gard, *Dr. soc.* 2011, p. 594 ;
- RADE Ch., note sous Cass. soc., 21 juin 2006, Association Propara, *Dr. soc.* 2006, p. 826 ;
- ROUAST A., note sous Cass. Ch. réun., 15 juill. 1941, Veuve Villa c/ Compagnie des Assurances Générales, *D*. 1941, *Jurispr*., p. 117 ;
- SAINT-JOURS Y., note sous Cass. soc., 11 avr. 2002, Société Camus industrie, *D*. 2002, p. 2215 ;
- SAINT-JOURS Y., note sous Cass. soc., 28 févr. 2002, *D*. 2005, p. 2375 ;
- SAVATIER J., note sous Cass. soc., 12 mars 2008, Société JP Ryckaert, *Dr. soc.* 2008, p. 612 ;
- SAVATIER J., note sous Cass. soc., 19 janv. 1999, Société PSR Apidec, *Dr. soc.* 1999, p. 401 ;
- SAVATIER J., note sous Cass. soc., 8 déc. 2004, Société Rieter Automotive Polymère, *Dr. soc.* 2005, p. 332 ;
- SAVATIER J., note sous Cass. soc., 20 sept. 2006, Société Logiss, *Dr. soc.* 2006, p. 1122 ;
- SIGNORETTO F., note sous Cass. soc., 31 oct. 2002, Société Guintoli Frères, *D.* 2003, p. 382 ;
- STREBELLE G. note sous Cass. soc., 28 févr. 2002, *JCP E* 2002, 643 ;
- TAQUET FR., note sous Cass. soc., 31 oct. 2002, Société Guintoli Frères, *JCP E* 2003, Pan. 57 ;
- TEISSONNIERE J.-P., note sous Cass. soc., 11 mai 2010, *Gaz. pal*. n° 355, 21 déc. 2010, p. 46 ;
- VACHET G. note sous Ass. Plén., 24 Juin 2005, *JCP G* 2005, II, 10117 ;
- VACHET G., note sous Cass. soc., 11 mai 2010, *JCP S* 2010, 1261 ;
- VACHET G. note sous Cass. soc., 28 févr. 2002, *JCP E* 2002, 1841, p. 2059 ;

- VERDUN F., note sous Cass. 1re civ., 19 déc. 2013, Association Santé au travail en Mayenne c/ Société Pré en Pail menuiserie agencement ébénisterie, *Dr. soc.* 2014, p. 280 ;
- VERICEL M., note sous Cass. soc., 7 janv. 2015, Société Hilonisari Success, *RDT* 2015, p. 409 ;
- VERICEL M., note sous Cass. soc., 7 janv. 2015, Société Lisi Automotive Rapid, *RDT* 2015, p. 409 ;
- VERICEL M., obs. sous Cass. 1re civ., 19 déc. 2013, Association Santé au travail en Mayenne c/ Société Pré en Pail menuiserie agencement ébénisterie, *RDT* 2014, p. 191 ;
- VERKINDT P.-Y., note sous Cass. soc., 11 avr. 2002, Société Camus industrie, *RDSS* 2002. 538 ;
- VERKINDT P.-Y., note sous Cass. soc., 12 mars 2008, Société JP Ryckaert, *JCP S* 2008, 1332 ;
- VERKINDT P.-Y., note sous Cass. soc., 13 avr. 2016, Société Imprimerie artisanale, *JCP S* 2016, 1196 ;
- VERKINDT P.-Y., note sous Cass. soc., 1er juin 2016, Société Finimétal, *SSL* 2016, n° 1726, p. 11 ;
- VERKINDT P.-Y., note sous Cass. soc., 1er juin 2016, Société Finimétal, *JSL* 2016, n° 413-2 ;
- VERKINDT P.-Y., note sous Cass. soc., 20 sept. 2006, Société Logiss, *JCP S* 2006, 1890 ;
- VERKINDT P.-Y., note sous Cass. soc., 21 sept. 2005, Association Languedoc aides et services, *JCP E* 2005, 1331 ;
- VERKINDT P.-Y., note sous Cass. soc., 21 sept. 2005, Association Languedoc aides et services, *JCP S* 2005, 1331 ;
- VERKINDT P.-Y., note sous Cass. soc., 22 fév. 2017, Sociétés Orange et Orange Réunion, *JCP S* 2017, 1119 ;
- VERKINDT P.-Y., note sous Cass. soc., 31 oct. 2002, Société Guintoli Frères, *RDSS* 2003, p. 69 ;
- VERKINDT P.-Y., obs. sous Cass. soc., 28 févr. 2002, *RDSS* 2005, p. 875 ;
- VINEY G., note sous Cass. soc., 25 nov. 2015, Société Air Inter, *RDC* 2016, p. 217 ;
- WURTZ E., note sous Cass. soc., 25 nov. 2015, Société Air Inter, *D.* 2016, p. 144 ;
- [X], note sous Cass. soc., 9 juill. 1997, BNP c/ Mme Lucron, *RJS* 1997, comm. n° 1083.

- [X], note sous Cass. soc., 8 juill. 2020, Société Ugitech, *RJS* 2020, comm. n° 491 ;
- [X], note sous Cass. soc., 8 févr. 2017, Société Tifani, *RJS* 2017, comm. n° 256 ;
- [X], note sous Cass. soc., 6 déc. 2017, Société Soredis, *RJS* 2018, comm. n° 194,
- [X], note sous Cass. soc., 5 mars 2014, Société Sauer NG, *RJS* 2014, comm. n° 395 ;
- [X], note sous Cass. soc., 31 oct. 2002, Société Guintoli Frères, *RJS* 2003, comm. n° 86 ;
- [X], note sous Cass. soc., 28 mars 2001, *RJS* 2001, comm. n° 840.
- [X], note sous Cass. soc., 28 janv. 2016, Société Hyperdistribution Leclerc, *RJS* 2016, n° 236.
- [X], note sous Cass. soc., 28 févr. 2002, *RJS* 2002, comm. n° 621 ;
- [X], note sous Cass. soc., 27 mai 2015, Société Avenir nettoyage Nord, *RJS* 2015, comm. n° 545 ;
- [X], note sous Cass. soc., 25 janv. 2011, Association roussillonnaise d'action sociale, *RJS* 2011, comm. n° 314,
- [X], note sous Cass. soc., 25 avr. 1990, Association pour la réadaptation des blessés de la route et autres handicapés, *Cah. soc. barreau Paris* 1990, A.38, p. 165 ;
- [X], note sous Cass. soc., 23 sept. 2014, Société Mutant distribution, *RJS* 2014, comm. n° 849.
- [X], note sous Cass. soc., 21 sept. 2005, Association Languedoc aides et services, *RJS* 2005, comm. n° 1163 ;
- [X], note sous Cass. soc., 21 sept. 2005, Association Languedoc aides et services, *RJS* 2005, comm. n° 1163 ;
- [X], note sous Cass. soc., 21 juin 2006, Association Propara, RL dr. aff. 2006, n° 8, p. 59 ;
- [X], note sous Cass. soc., 21 juin 2006, Association Propara, *RJS* 2006 n° 916 ;
- [X], note sous Cass. soc., 21 juin 2006, Association Propara, *Dr. soc.* 2006, p. 826,
- [X], note sous Cass. soc., 20 sept. 2006, Société Logiss, *RJS* 2006. comm. n° 1169 ;
- [X], note sous Cass. soc., 1er mars 2011, Société Les Restaurants du Pont du Gard, *RJS* 2011, comm. n° 390,
- [X], note sous Cass. soc., 19 janv. 1999, Société PSR Apidec, *RJS* 1999, comm. n° 345 ;
- [X], note sous Cass. soc., 18 fév. 2015, Société Eura audit cabinet Rémy, *RJS* 2015, comm. n° 319 ;
- [X], note sous Cass. soc., 15 oct. 2014, Société SNVG, *RJS* 2015, comm. n° 22 ;

- [X], note sous Cass. soc., 15 oct. 2014, Société Banque privée Fideuram Wargny, *RJS* 2015, comm. n° 22 ;
- [X], note sous Cass. soc., 15 déc. 2015, Société Plastic omnium, *RJS* 2016, comm. n° 103 ;
- [X], note sous Cass. soc., 13 avr. 2016, Société Imprimerie artisanale, n° 15-10.400, *RJS* 2016, comm. n° 403 ;
- [X], note sous Cass. soc., 11 avr. 2002, Société Camus industrie, TPS 2002, comm. 236 ;
- [X], note sous Cass. soc., 10 févr. 2016, Société Prolaidis, F-D, *RJS* 2016, comm. n° 237 ;
- [X], note sous Cass. crim., 12 janv. 2016, *Dr. pén*. 2016, comm. 50 ;
- [X], note sous Ass. Plén., 24 Juin 2005, *RJS* 2005, comm. n° 948 ;

V.- Avis, rapports et conclusions

- ANACT, *10 questions sur le lean*, déc. 2016, 20 p. ;
- ANACT, « Evaluation des démarches de prévention des risques psychosociaux dans 10 établissements publics de santé », *Rapport de synthèse*, juin 2018, 56 p. ;
- ANACT, *La qualité de vie au travail (QVT) : un outil de performance pour les boulangeries et les pâtisseries*, sept. 2018, 19 p. ;
- ANACT, *Itinéraire d'une banque coopérative, Travail et Changement, Performance et conditions de travail*, déc. 2018, 16 p. ;
- ANACT, *Un cap à tenir Analyse de la dynamique de l'Accord national interprofessionnel Qualité de vie au travail -Egalité professionnelle du 19 juin 2013*, févr. 2019, 45 p. ;
- ARAVIS, *Innovation sociale en Rhône Alpes / Boite à outils GRH., la relation médecin du travail / entreprise à la croisée des enjeux de santé au travail et de gestion des ressources humaines*, Dossier n° 7 2012. p. 20 p. ;
- CANETTO P., *Prévention et performance d'entreprise : panorama des approches et points de vue*, 2018, 65 p. ;
- CNIL, *Coronavirus (COVID-19) : Les rappels de la CNIL sur la collecte de données personnelles par les employeurs*, 23 sept. 2020, 3 p. ;

- CNOM, *Atlas national 2018, Chiffres clés médecins inscrits*, 2018, 3 p. ;
- CNOM, BOUET P., *Atlas de la démographie médicale en France*, janv. 2016, 33 p. ;
- CNOM, *Guide de bonne pratiques et Recommandations, Le Dossier Médical en Santé Travail (DMST)*, 2015, 11 p. ;
- CNOM, *La médecine du travail. Conditions d'accès*, fév. 2006, 6 p. ;
- Conseil d'Etat, *Etude annuelle 2013, Le droit souple*, oct. 2013, 13 p. ;
- Conseil d'Etat, *Sécurité juridique et complexité du droit*, La Documentation Française, 2006, n° 57, 27, p. ;
- Cour de Cassation, *Rapport Annuel, Le risque*, 2011, 654 p. ;
- CPAM, *Rapport Annuel 2017, L'assurance Maladie, Risques professionnels*, 2017, 160 p. ;
- CPAM, *Rapport Annuel 2019, L'assurance Maladie, Risques professionnels, Eléments statistiques et financiers*, 2020, 168 p. ;
- CPAM, *Statistiques sur la sinistralité de l'année 2016 concernant les accidents du travail, suivant la nomenclature d'activités française (NAF)*, Etude 2017-134, août 2017, 44 p. ;
- DARES analyses *La prévention des risques professionnels. Les mesures mises en œuvre par les employeurs publics et privés*, 2016. 8 p. ;
- DARES analyses, *La prévention des risques professionnels en 2016, Des résultats contrastés selon les secteurs et les risques*, n° 29, juin 2019, 8 p. ;
- DARES analyses, *La prévention des risques professionnels, Les mesures mises en œuvre par les employeurs publics et privés*, n° 13, mars 2016, 8 p. ;
- DARES analyses, *Les ouvriers intérimaires sont-ils plus exposés aux risques professionnels ?*, oct. 2018, n° 45, 7 p. ;
- DARES résultats, *La prévention des risques professionnels en 2016. Des résultats contrastés selon les secteurs et les risques*, juin 2019, n° 29, 8 p. ;
- DARES résultats, *Les accidents du travail et les accidents de trajet, Toujours plus fréquents chez les ouvriers, malgré une tendance globale à la baisse*, juill. 2016, n° 39, 12 p. ;
- DARES, *Les métiers en 2022, rapport du groupe Prospective des métiers et qualification*, avr. 2015, 416 p. ;
- DARES, résultats, *Les accidents du travail et les accidents de trajet*, juill. 2016, n° 39, 9 p. ;

- DREES, *Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes en 2013*, Etudes et résultats n° 894, oct. 2014, 6 p. ;
- FLAJOLET A., *Rapport de la Mission au profit du gouvernement*, 2008, 91 p. ;
- HAS, *Recommandations de bonne pratique, Le dossier médical en santé au travail, Consensus formalisé*, janv. 2009, 23 p.
- HAS, *Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs, Recommandations de bonnes pratiques*, 15 févr. 2019, 9 p. ;
- HERD P., MOYNIHAN D., *Administrative Burden : Policymaking by Other Means*, Russel Sage Foundation, janv. 2019, 360 p. ;
- HESSE, P-J, *Les accidents du travail et l'idée de responsabilité civile au XIXe siècle, Histoire des accidents du travail*, CRHES, n° 6, 1979 p. ;
- IFOP, *Les Français et le bonheur au travail, IFOP pour Pèlerin*, JF/JPD n° 113789, 2016. 17. p. ;
- IGAS, BENSADON A-C., BARBEZIEUX P., *Articulation entre santé au travail et santé publique : une illustration au travers des maladies cardiovasculaires*, mai 2014, 119 p. ;
- IGAS, CHASTEL X, SIAHMED H., BLEMONT P., *Attractivité et formation des professions de santé au travail*, Rapport n° 2017-023R / IGAENR n° 2017-053, août 2017, 176 p. ;
- IGAS, ISSINDOU M., PLOTON C., FANTONI-QUINTON S., BESSANDON A-C., GOSSELIN H., *Rapport du groupe de travail « Aptitude et Médecine du Travail »*, 2015, 116 p. ;
- IGAS, *Santé, Pour une politique de prévention durable, Rapport annuel 2003*, La documentation française, 2003, 399 p. ;
- INPES, MENARD C., DEMORTIERE G., DURAND E., VERGER P., BECK F., *Médecins du travail/médecins généralistes : regards croisés*, Coll. *Études santé*, 2012, 194 p. ;
- INRS, *Amiante, protection des travailleurs*, 2015, 77 p. ;
- INRS, *Aptitude, invalidité, rôles respectifs du médecin du travail, du médecin conseil et du médecin traitant*, Revue n° 104, 4e trim. 2005, 7 p. ;
- INRS, *Droit en pratique. L'équipe pluridisciplinaire de santé au travail*, n° 741, juill.-août 2013, 50 p. ;

- INRS, *Etude épidémiologique, Accidentologie des jeunes travailleurs Recevoir un enseignement en santé et sécurité au travail réduit le risque d'accidents du travail chez les moins de 25 ans*, 2018, 7 p. ;
- INRS, LAROUDIE S., VUILLAUME M., *Apport de la cardio-fréquencemétrie sur des chantiers de désamiantage sous contrainte thermique. Retour d'expérience*, Référence TF 176, Rubrique Vu du terrain, 2008, 8 p. ;
- INRS, *Modes et méthodes de production en France en 2040 : quelles conséquences pour la santé et la sécurité au travail ?*, nov. 2016, 72 p. ;
- INSEE, *Les entreprises en France*, 2020, 39 p. ;
- INSEE, *Statistiques Publiques, les entreprises en France, 2017*, nov. 2017, 204 p. ;
- ISNAR-IMG, *Accueil des internes européens en France, Guide pratique à l'usage structures locales adhérentes à l'ISANR-IMG*, oct. 2012, 10 p. ;
- ISSA, BRAUNIG D., KOHSTALL T., *Calcul du ratio coût-bénéfices de l'investissement dans la sécurité et la santé en entreprise, Rapport de recherche*, Genève, 2011, 8 p. ;
- LACHMANN H., LAROSE C., et PÉNICAUD M., *Bien-être et efficacité au travail, 10 propositions pour améliorer la santé et le bien-être au travail, Rapport au Premier ministre*, févr. 2010, 19 p. ;
- LE GARREC J., LEMIERE J., *Ne plus perdre sa vie à la gagner - 51 propositions pour tirer les leçons de l'amiante, Rapport fait au nom de la mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante*, Tome 1, Paris, 2006, 564 p. ;
- LECOCQ C., DUPUIS B., FOREST H., LANOUZIERE H., *Santé au travail, Vers un système simplifié pour une prévention renforcée, Rapport fait à la demande du premier ministre*, 2018, 174 p. ;
- Médiaprism, *Rapport d'enquête hommes/femmes : Bien - être au travail*, 2012, 21 p. ;
- METCS, *Plan Santé Travail, 2005-2009*, 80 p. ;
- Ministère de la décentralisation et de la fonction publique, *Guide pratique, Démarche de prévention des troubles musculosquelettiques (TMS)*, 2015, 65 p. ;
- Ministère des solidarités et de la santé, *Stratégie Nationale de santé 2018-2022*, DICOM 2017, 53 p. ;
- Ministère du Travail, de l'emploi et de l'insertion, *Protocole National pour assurer la santé et la sécurité des salariés en entreprise face à l'épidémie de COVID-19*, 2020, 20 p. ;

- Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, *Bilan et propositions de réformes de la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades à la qualité du système de santé*, févr. 2011, 310 p. ;
- MTEFP, *Bilan des conditions de travail, Bilan 2013*, 672 p. ;
- MTEFP, *Conditions de travail, Bilan 2014, Conseil d'orientation des conditions de travail, 2015*, 660 p. ;
- MTEFP, *Conditions de travail, Bilan 2018, Conseil d'orientation des conditions de travail*, 2019, 82 p. ;
- MTEFP, *Plan Santé Travail 3, 2016-2020*, 74 p. ;
- NASSE P., LEGERON P., *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, mars 2008, 15 p. ;
- Observatoire AMAROK, Malakoff Médéric, Centre des Jeunes Dirigeants, *La santé des dirigeants de PME/TPE en France, Premiers résultats de l'étude*, nov. 2011, 14 p. ;
- OIT, *Améliorer la sécurité et la santé des jeunes travailleurs*, 28 avril 2018, 23 p. ;
- OMS, Bureau régional de l'Europe, *Programme de travail européen 2020-2025, Une unité d'action pour une meilleure santé*, 2020, 58 p. ;
- PAYET A.-M., *Rapport n° 32 au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi de M. Nicolas ABOUT, Mme Muguette DINI, M. Jean-Marie VANLERENBERGHE, Mme Anne-Marie PAYET, M. Adrien GIRAUD et les membres du groupe de l'Union centriste relative à l'organisation de la médecine du travail*, Session Ordinaire de 2010-2011, 94 p. ;
- SENAT, ARTANO S, GRUNY P., *Pour un service universel de santé au travail*, Rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales sur la santé au travail, session ordinaire 2019-2020, 2 octobre 2019, 121 p. ;
- SENAT, RIES R., *L'Union européenne et les services de santé, Rapport d'information* n° 186 (2006-2007), déposé le 30 janv. 2007, 38 p. ;
- *World Health Organization, International Labour Organization, Occupational safety and health in public health emergencies, A manual for protecting health workers and responders*, 2018, Geneva, 136.

VI.- Communiqués de presse

- ANIMT, Plaidoyer des internes pour une réforme nécessaire en médecine du travail, déc. 2016 ;
- ANSES, ANR, Santé au travail : la recherche se mobilise, 18 oct. 2018 ;
- BERTRAND X., Parution des décrets d'application de la loi du 20 juillet 2011 sur la réforme de la médecine du travail, 2 févr. 2012 ;
- CNIL, *Coronavirus, les rappels sur la collecte de données personnelles par les employeurs*, 23 sept. 2020 ;
- CNOM, *Certificats de reprise au travail*, 26 mai 2020 ;
- COCT, *Les partenaires sociaux demandent un plan de développement pour la formation des professionnels de la santé au travail*, 13 juin 2016 ;
- Commission Européenne, Cadre stratégique en matière de santé et de sécurité au travail, objectifs de l'UE pour la période 2014-2020, Bruxelles, 2014 ;
- DGT, COMBREXELLE J.-D., *Présentation du nouveau code du travail*, Dossier de Presse, avr. 2008, 12 p. ;
- DGT, *Réponse du Directeur Général du Travail à la CFE-CGC*, Courrier du 19 sept.2013 ;
- MTEI, *Des services de santé au travail pleinement mobilisés pendant la pandémie*, Paris, 2 nov. 2020 ;
- OIT, *Le Directeur général de l'OIT, Guy Ryder, se réjouit de la présence de la Finlande parmi les membres fondateurs du nouveau projet de SST destiné aux pays en développement*, 27 nov. 2014 ;
- PIETRASZWESKI L., *Lettre du Secrétaire d'Etat chargé des retraites et de la santé au travail*, communiqué du 12 novembre 2020 ;
- Secrétariat général du COCT, *Propositions des partenaires sociaux pour un plan de développement de la formation des professionnels de santé au travail*, 13 juin 2016 ;

VII.- Documents pratiques

- Alsace Santé au Travail, Bilan de Perception et Image de la médecine du travail auprès des adhérents de l'AST67. Euro-Mkg, Rapport d'Etude, 2006, p. 29 ;
- CARSAT Rhône-Alpes, Dossier Santé & Performance BTP 2018 – 2020, 2020, p. 4 ;
- CARSAT : plaquette Amélioration de la performance par la prévention, 2016, p. 2 ;
- CARSAT, Dossier Santé & Performance BTP 2018-2020, 2020, p. 4 ;
- DE MENTHON, Le carnet de route de la RSE, responsabilité sociétale des entreprises, 2012, brochure éditée sous l'égide du ministère du Travail et de l'Emploi, p. 2 ;

- Editions législatives, Loi Travail : tous les décrets publiés avant la fin de l'année ?, article 12, sept. 2016, p. 3 ;
- FRIMAT P., Médecin du travail / médecin généraliste : constats et perspectives, travail et sécurité, n° 736, fév. 2013, p. 10 ;

- INRS, Management de la santé et sécurité au travail, Construire vos indicateurs pour atteindre vos objectifs, 2017, Paris, p. 12 ;
- OPPBTP, Et si Prévention rimait aussi avec Performance Economique ?, Dossier de Presse, 2012 ;
- OPPBTP, Prévention BTP, Dossier « Couteuse, compliquée, une affaire d'hommes... » 10 idées reçues sur la prévention., juill. août 2016, n° 199, p. 15 ;
- PRESANCE, Informations mensuelles, Rapport de la branche., févr. 2018, p. 10 ;
- Prévention, Santé, Service, Entreprise, Enquête Harris Interactive : quelle perception les dirigeants de TPE/PME ont-ils de la santé au travail ?, avr. 2019, p. 2.

Table de jurisprudence

I.- Cour de justice de l'Union européenne

CJCE, 12 juill. 1984, Hydrotherm c/ Compact, aff. 170/83, Rec. p. 2999 ;

CJCE, 19 janv. 1994, SAT Fluggesellschaft, aff. C-364/92, Rec. I, p. 43 ;

II.- Juridictions judiciaires

A.- Jurisprudence des juridictions du fond

1.- Juridictions de première instance

2014

CPH Paris, 6 févr. 2014, RG n° 12/01583, inédit, *JCP S* 2014, 1290, note Fr. Dumont ;

2020

T. jud. Nanterre, ord., 14 avr. 2020, Amazon France Logistique, RG n° 20/00503, inédit, *JCP S* 2020, 2005, note L. Gamet, *JCP G* 2020, 523, obs. B. Bossu, *RDT* 2020. 351, obs. F. Guiomard ;

T. jud. Le Havre, ord., réf., 7 mai 2020, RG n° 20/00143, inédit ;

2.- Juridictions d'appel

2003

CA Grenoble, ch. soc., 27 janv. 2003, SA La Boîte à outils c/ Maraine, RG n° 99-4102, inédit ;

2009

CA Chambéry, ch. soc., 21 avr. 2009, SAS Vacances ULVF c/ Chiberches, RG n° 08-2089, inédit ;

2011

CA Bordeaux, ch. soc., 3 mai 2011, R. c/ SA le Savour Club Sélection, RG n° 10/03599, inédit ;

2012

CA Douai 31 janv. 2012, SA Groupe Acticall c/ B. ép. G,, RG n° 11/00586, inédit ;

2013

CA Amiens, 4 sept. 2013, C. c/ SAS Sunnco, RG n° 12/01271, inédit ;

2020

CA Versailles, 14e ch, 24 avr. 2020, SAS Amazon France Logistique c/ Union Syndicale Solidaires et Fédération nationale des transports et de la logistique FO, RG n° 20/01993, inédit ;

B.- Cour de cassation

1.- Formations solennelles de la Cour de cassation

1841

Cass., 21 juin 1841, *S.*, 1841, I, p. 477 ;

1941

Cass. Ch. réun., 15 juill. 1941, Veuve Villa c/ Compagnie des Assurances Générales, n° 00-26.836, Bull. ch. réun., n° 183, *D.* 1941, *Jurispr.*, p. 117, note A. Rouast, *JCP G* 1941, II, 1705 ;

2015

Ass. Plén., 24 Juin 2005, n° 03-30.038, *Bull. Ass. plén.*, n° 7, p. 16, *RJS* 2005, n° 948, *JCP G* 2005, II, 10117 , note G. Vachet, *JCP S* 2005, 1056 , note P. Morvan, *RDSS* 2005, p. 875, obs. P.-Y. Verkindt, *D.* 2005, p. 2375, note Y. Saint-Jours ;

2.- Première chambre civile de la Cour de cassation

2013

Cass. 1re civ., 19 déc. 2013, Association Santé au travail en Mayenne c/ Société Pré en Pail menuiserie agencement ébénisterie, n° 12-25.056, FS-P+B+I, *Bull. civ.* I, n° 256, *D.* 2014. 23 ; *Dr. soc.* 2014, p. 280, étude F. Verdun ; *RDT* 2014, p. 191, obs. M. Véricel ;

Cass. 1re civ., 19 déc. 2013, Association Santé au travail en Mayenne c/ Société Sécurité service installation dépannage, n° 12-25.058, F-D ;

3.- Jurisprudence de la chambre sociale

1990

Cass. soc., 25 avr. 1990, Association pour la réadaptation des blessés de la route et autres handicapés, n° 86-44.148, *Bull. civ.*, V, n° 186, Cah. soc. barreau Paris 1990, A.38, p. 165, *D.* 1991, *Jurispr.*, p. 507, note J. Mouly ;

1994

Cass. soc., 24 mars 1994, M. Besson, n° 92-11.674, *Bull. civ.* V, n° 106, p. 73 ;

1997

Cass. soc., 9 juill. 1997, BNP c/ Mme Lucron, n° 94-45.558, *Bull. civ.*, V, n° 264, p. 191, *RJS* 1997, comm. n° 1083 ;

1999

Cass. soc., 19 janv. 1999, Société PSR Apidec, n° 96-44.954, *Bull. civ.* V, n° 27, p. 19, *RJS* 1999, comm. n° 345; *Dr. soc.* 1999, p. 401, obs. J. Savatier ; *JCP G* 1999, IV, 1449 ;

Cass. soc., 30 mars 1999, Société Elsydel, n° 96-42.912, *Bull. civ.*, V, n° 142, *JCP G* 1999, II, 10195, note J. Mouly, Cah. soc. barreau Paris 1999, A. 35, p. 235, note M. Hue ;

2001

Cass. soc., 13 mars 2001, Société Bally France, n° 98-43.403, *Bull. civ.* V, n° 88, p. 67 ;

Cass. soc., 28 mars 2001, Hötel Aqua Viva, n° 99-41.626, inédit, *RJS* 2001, comm. n° 840 ;

2002

Cass. soc., 28 févr. 2002, n° 99-18.389 *et al.*, *Bull. civ.* V, n° 81 [7 arrêts], *JCP G* 2002, II, 10053, concl. A. Benmaklouf ; *JCP E* 2002, 643, note G. Strebelle ; *JCP E* 2002, 1841, p. 2059, obs. G. Vachet ; TPS 2002, comm. 116, obs. X. Prétot, *D.* 2002. 2696, note X. Prétot, *RTD civ.* 2002. 310, obs. P. Jourdain, *Dr. soc.* 2002. 445, point de vue A. Lyon-Caen, *Dr. soc.* 2002. 828, étude M. Babin et N. Pichon ; *RDSS* 2002. 357, obs. P. Pédrot et G. Nicolas, *Dr. ouvrier* 2002, p. 166, note F. Meyer, *RJS* 2002, n° 621 ;

Cass. soc., 11 avr. 2002, Société Camus industrie, n° 00-16.535, *Bull. civ.* V, n° 127 ; *D.* 2002. 2215, note Y. Saint-Jours, *Resp. civ. et assur*. 2002, Chron. 16, N. Dupuy-Loup, *D.* 2002. 2696, note X. Prétot ; *Dr. soc.* 2002. 676, obs. P. Chaumette, *RDSS* 2002. 538, obs. P.-Y. Verkindt, *JCP E* 2002, 184, p. 2060, obs. *D.* Asquinazi-Bailleux, *TPS* 2002, comm. 236 ;

Cass. soc., 31 oct. 2002, Société Guintoli Frères, n° 01-20.445, *Bull. civ.* V, n° 335, *JCP E* 2003, *Pan*. 57, note F. Taquet, *Dr. soc.* 2003, p. 145, obs. P. Chaumette, *D.* 2003. 382, obs. F. Signoretto, *RDSS* 2003. 69, obs. P.-Y. Verkindt, *RJS* 2003, comm. n° 86 ;

2003

Cass. soc., 25 juin 2003, Société Ecoles de danse Gérard Louas, n° 01-43.578, *Bull. civ.* V., n° 209, p. 213, *D.* 2003. 2396, note J. Pélissier, *Dr. soc.* 2003, p. 817, note G. Couturier et J.-E. Ray, *RJS* 2003, comm. n° 994, note J.-Y. Frouin ;

2004

Cass. soc., 8 déc. 2004, Société Rieter Automotive Polymère, n° 02-44.203, *Bull. civ.* V, n° 319, *Dr. soc.* 2005, p. 332, note J. Savatier ;

2005

Cass. soc., 29 juin 2005, Société ACME Protection, n° 03-44.412, *Bull. civ.* V, n° 219, p. 192, *D.* 2005. 2565, note A. Bugada ; *D.* 2005. 2565, obs. E. Chevrier, *JCP G* 2005, II, 10144, note *D.* Corrignan-Carsin ; *JCP S* 2005, 1154, note Fr. Favennec-Héry ;

Cass. soc., 21 sept. 2005, Association Languedoc aides et services, n° 03-44.855, *Bull. civ.*, V., n° 262, *D.* 2006. 204, note G. Loiseau, *JCP G* 2005. II. 10163, note J. Mouly, *D.* 2006. 204, obs. E. Chevrier, *RTD civ.* 2006. 303, obs. J. Mestre et B. Fages, *JCP E* 2005, 1331, note P.-Y. Verkindt, *RJS* 2005, comm. n° 1163, *Dr. ouvrier* 2006, p. 149, note R. Gourdol ;

Cass. soc., 21 sept. 2005, Association Languedoc aides et services, n° 03-44.855, *Bull. civ.*, V, n° 262, *JCP E* 2006, 1262, note J. Mouly, *JCP S* 2005, 1331, note P.-Y. Verkindt, *RJS* 2005, comm. n° 1163 ;

2006

Cass. soc., 21 juin 2006, Association Propara, n° 05-43.914 à 05-43.919, *Bull. civ.* V, n° 223, *D.* 2006. 2831, note Miné ; *Dr. soc.* 2006. 826, note Ch. Radé ; *RDT* 2006. 245, obs. P. Adam, *RL dr. aff.* 2006, n° 8, p. 59 ; *Dr. soc.* 2006, p. 826, *JCP S* 2006, 1566, note C. Leborgne-Ingelaere, *RJS* 2006 n° 916, *D.* 2006, p. 2831 ;

Cass. soc. 28 juin 2006, OPAC du Rhône, n° 05-40.633, F-D ;

Cass. soc., 20 sept. 2006, Société Logiss, n° 05-40.241, *Bull. civ.* V, n° 275 p. 261, *RJS* 2006. comm. n° 1169, *JCP S* 2006, 1890, note P.-Y. Verkindt, *Dr. soc.* 2006, p. 1122, obs. J. Savatier ;

2007

Cass. soc., 16 mai 2007, M. X. c/ M. Y., n° 05-45.916, inédit ;

2008

Cass. soc., 12 mars 2008, Société JP Ryckaert, n° 07-40.039, *Bull. civ.* V, n° 62, *D.* 2008. Pan. 2311, obs. B. Lardy-Pélissier, *D.* 2306, obs. M.-C. Amauger-Lattes, *JCP E* 2008, 1791, note *D.*

Asquinazi-Bailleux, *Dr. soc.* 2008, p. 612, obs. J. Savatier, *JCP S* 2008, 1332, note P.-Y. Verkindt.

2009

Cass. soc., 27 mai 2009, Société Defial, n° 08-41.010, inédit ;

2010

Cass. soc., 3 févr. 2010, Société Stratorg, n° 08-44.019 et n° 08-40.144, *Bull. civ.* V, n° 30, *JCP S* 2010, 1125, étude C. Leborgne-Ingelaere ;

Cass. soc., 11 mai 2010, n° 09-42.241 à n° 09-42.257, *Bull. civ.*, V, n° 106, *D.* 2010, note B. Ines, *D.* 2010. 2048, note C. Corgas-Bernard ; *D.* 2011. 35, obs. Ph. Brun et O. Gout ; *JCP G* 2010. II. 733, note J. Colonna et V. Renaux-Personnic, *JCP G* 2010. I. 1015, no 1, obs. C. Bloch, S. 2010. 1261, obs. G. Vachet, *RTD civ.* 2010. 564, obs. P. Jourdain ; Gaz. pal. n° 355, 21 déc. 2010, p. 46, obs. J.-P. Teissonnière ; *JCP S* 2010, 1261, note G. Vachet ; *JCP G* 2010, 568, obs. S. Miara ; *JCP G* 2010, 733, note J. Colonna et V. Renaux-Personnic ;

2011

Cass. soc., 5 janv. 2011, Société Presta'Breizh, n° 08-70.060, *Bull. civ.*, V, n° 4, *Procédures* 2011, comm. n° 88, obs. R. Perrot ; *Procédures* 2011, comm. n° 98, obs. A. Bugada ;

Cass. soc., 25 janv. 2011, Association roussillonnaise d'action sociale, n° 09-42.766, *Bull. civ.* V, n° 30, *RJS* 2011, comm. n° 314, *JSL* 2011, n° 295, p. 11, M. Hautefort, *JCP S* 2011, 1152, note C. Leborgne-Ingelaere ;

Cass. soc., 15 févr. 2011, Société SNC Ineo industrie Est, n° 09-43.172, *Bull. civ.*, V, n° 47 ;

Cass. soc., 1er mars 2011, Société Les Restaurants du Pont du Gard, n° 09-69.616, *Bull. civ.* V, n° 53, *RJS* 2011, n° 390, *JCP E* 2011, 1566, note P. Fadeuilhe, *Dr. soc.* 2011, p. 594, obs. Ch. Radé ;

Cass. soc., 8 juin 2011, Société Batidole, n° 09-42.261, *Bull. civ.* V, n° 145, *D.* 2012. 901, obs. P. Lokiec et J. Porta, *JCP S* 2011, 1503, note A. Martinon ;

Cass. soc., 29 juin 2011, Association hospitalière Nord Artois cliniques Maisonneuve, n° 09-69.444, *Bull. civ.* V, n° 168 ;

2012

Cass. soc., 1er févr. 2012, Société Schering Plough c/ M. Berthomieu, n° 10-23.500, F-D ;

Cass. soc., 31 mai 2012, Société Emeric Francis c/ CMSA des Bouches du Rhône, n° 11-10.958, inédit ;

Cass. soc., 12 déc. 2012, Société Dinh Van, n° 11-30.312, F-D ;

2014

Cass. soc., 5 mars 2014, Société Sauer NG, n° 12-24.456, F-D, *RJS* 2014, comm. n° 395 ;

Cass. soc., 19 mars 2014, Mutualité fonction publique services, n° 12-27.073, F-D ;

Cass. soc., 30 avr. 2014, Société Codexco, n° 13-13.669, F-D ;

Cass. soc., 23 sept. 2014, Société GLG sérigraphie, n° 12-25.503, F-D ;

Cass. soc., 23 sept. 2014, Société Mutant distribution, n° 12-24.967, F-D, *RJS* 2014, comm. n° 849 ;

Cass. soc., 23 sept. 2014, Société SNCTP, n° 13-12.473, F-D ;

Cass. soc., 15 oct. 2014, Société Banque privée Fideuram Wargny, n° 13-15.093, F-D, *RJS* 2015, comm. n° 22 ;

Cass. soc., 15 oct. 2014, Société Etanchéité 83, n° 13-17.101, F-D ;

Cass. soc., 15 oct. 2014, Société SNVG, n° 13-14.969, F-D, *RJS* 2015, comm. n° 22 ;

Cass. soc., 21 oct. 2014, Société GDF Suez énergie services, n° 13-19.786, *Bull. civ.* V, n° 244, *Procédures* 2014, comm. 323, obs. A. Bugada, *JCP S* 2015, 1053, note I. Pétel-Teyssié ;

Cass. soc., 19 nov. 2014, Société Les Travaux du midi, n° 13-17.729, *Bull. civ.* V, n° 267, *JCP S* 2015, 1183 , note C. Leborgne-Ingelaere ;

2015

Cass. soc., 7 janv. 2015, Association Solidarité mutuelle des coopérateurs de Romilly-sur-Seine, n° 13-15.630, F-D, *JCP S* 2015, 164, note *D.* Corrignan-Carsin ;

Cass. soc., 7 janv. 2015, Société Hilonisari Success, n° 13-21.281, F-D, *RDT* 2015, p. 409, obs. M. Véricel ;

Cass. soc., 7 janv. 2015, Société Lisi Automotive Rapid, n° 13-20.126, F-D, *RDT* 2015, p. 409, obs. M. Véricel.

Cass. soc., 18 fév. 2015, Société Eura audit cabinet Rémy, n° 13-21.804, *RJS* 2015, comm. n° 319 ;

Cass. soc., 6 mai 2015, Société Europipe France, n° 13-26.247, F-D ;

Cass. soc., 6 mai 2015, Société Lidl, n° 13-27.349, F-D ;

Cass. soc., 13 mai 2015, Mme X c/ M. Y., n° 13-10.461, F-D ;

Cass. soc., 27 mai 2015, Société Avenir nettoyage Nord, n° 14-11.155, P+B+R, *RDT* 2015. 463, obs. N. Moizard, *Dr. soc.* 2015. 650, obs. A. Mazeaud, *RJS* 2015, n° 545, *JCP S* 2015, 1290, note F. Bousez ;

Cass. soc., 3 juin 2015, Société Habitat création, n° 14-11.324 et 14-11.339, F-D ;

Cass. soc., 9 juin 2015, Société Bois des Alpes, n° 13-26.834, F-D ;

Cass. soc., 24 juin 2015, Société Issoire, n° 13-27.747, F-D ;

Cass. soc., 6 oct. 2015, Société Aldi marché Ablis, n° 14-18.432, F-D ;

Cass. soc., 7 oct. 2015, Ugecam Nord Pas-de-Calais Picardie, n° 14-12.871, F-D ;

Cass. soc., 25 nov. 2015, Association d'action éducative de Meurthe-et-Moselle, n° 14-17.995, F-D1 ;

Cass. soc., 25 nov. 2015, Société Air Inter, n° 14-24.444, FP P+B+R+I, *JCP S* 2016, 1011, étude M. Babin ; *JCP E* 2016, 1146, obs. A. Bugada, *D.* 2016, p. 144, Chron. E. Wurtz, *D.* 2016, p. 807 obs. P. Lokiec, *Gaz. pal*. 12 janv. 2015, p. 68, note C. Frouin, *RDC* 2016, p. 217, note G. Viney, *JSL* 2016, n° 401-1, note A. Dejean de La Bâtie ;

Cass. soc., 15 déc. 2015, Société Help, n° 13-26.194, F-D ;

Cass. soc., 15 déc. 2015, Société Plastic omnium, n° 14-11.858, *Bull. civ.* V, n° 841, *JSL* 2016, n° 404-3, obs. J.-Ph. Lhernould, *RJS* 2016, comm. n° 103 ;

2016

Cass. soc., 13 janv. 2016, Société Etoile occitane, n° 15-20.822, FS-P+B-QPC ;

Cass. soc., 20 janv. 2016, Société Nomos, n° 14-18.416, F-D, *D.* 2016, p. 807, chron. P. Lokiec et J. Porta ;

Cass. soc., 28 janv. 2016, Société Hyperdistribution Leclerc, n° 14-15.374, F-D, *RJS* 2016, n° 236 ;

Cass. soc., 3 févr. 2016, Société Bombardier transport France, n° 14-26.671, F-D ;

Cass. soc., 10 févr. 2016, Association Union des aveugles et des handicapés de la vue, n° 14-16.148, F-D ;

Cass. soc., 10 févr. 2016, Société Prolaidis, n° 14-16.156, F-D, *RJS* 2016, comm. n° 237 ;

Cass. soc., 2 mars 2016, Syndicat intercommunal de distribution d'eau du Nord, n° 14-19.639, F-D ;

Cass. soc., 9 mars 2016, RATP, n° 14-23.182 et n° 14-23.587, F-D ;

Cass. soc., 13 avr. 2016, Société Imprimerie artisanale, n° 15-10.400, *Bull. civ.* V, n° 1251, *RJS* 2016, comm. n° 403, *JSL* 2016, n° 411-3, obs. M. Hautefort, *JCP S* 2016, 1196, note P.-Y. Verkindt ;

Cass. soc., 14 avr. 2016, Société Ipsos France, n° 15-10.173, F-D ;

Cass. soc., 14 avr. 2016, Société transports Driot, n° 15-13.063, F-D ;

Cass. soc., 16 mai 2016, Société Synthexim, n° 14-23.611, F-D ;

Cass. soc., 17 mai 2016, Fédération de Paris de la ligue de l'enseignement, n° 14-24.109, F-D, *JCP S* 2016, 1263, note J. Martinez ;

Cass. soc., 17 mai 2016, SA MAMESE, n° 14-24.629, F-D ;

Cass. soc., 26 mai 2016, Société Stampa, n° 13-24.468, F-D ;

Cass. soc., 1er juin 2016, Société Finimétal, n° 14-19.702, FS-P+B+R+I, *RDT* 2016. 709, obs. B. Géniaut, *RTD civ.* 2016, p. 869, obs. P. Jourdain, *D.* 2016, p. 1681, note J. Icard et Y. Pagnerre, *SSL* 2016, n° 1726, p. 11, obs. P.-Y. Verkindt, *JSL* 2016, n° 413-2, obs. P.-Y. Verkindt, *JCP S* 2016, 1220, note G. Loiseau, *JCP E* 2016, 1452, note *D.* Chenu, *JCP G* 2016, 822, note J. Mouly ;

Cass. soc., 8 juin 2016, Association du Val d'Aubette, n° 14-23.465, F-D ;

Cass. soc., 14 juin 2016, Société Entreprise Guy Challancin, n° 14-16.886, F-D ;

Cass. soc., 13 oct. 2016, n° 14-18.905, FS-P+B, *Bull. civ.* V, n° 195, *RJS* 2016, comm. n° 798, *JCP S* 2016, 1434, note B. Bossu ;

Cass. soc., 2 nov. 2016, Société Vitakraft Simon Louis laboratoire vétérinaire, n° 15-21.948, F-D ;

Cass. soc., 23 nov. 2016, Société coopérative Les artisans modernes du bâtiment, n° 15-20.915, F-D ;

Cass. soc., 23 nov. 2016, Société Hôpital privé La Casamance, n° 15-18.887, F-D ;

Cass. soc., 23 nov. 2016, Société Lidl, n° 14-26.398, FS-P+B+R+I ;

Cass. soc., 23 nov. 2016, Société Lidl, n° 15-18.092, FS-P+B+R+I ;

2017

Cass. soc., 11 janv. 2017, Société Glaxo Wellcome Production, n° 15-15.054, F-D ;

Cass. soc., 11 janv. 2017, Société Onet services, n° 15-22.485, F-D ;

Cass. soc., 26 janv. 2017, Société Energy Pool développement, n° 15-15.144, F-D ;

Cass. soc., 1er févr. 2017, Société JPS meubles déco, n° 15-24.166, F-D ;

Cass. soc., 8 févr. 2017, Société Y. Jean-Paul, n° 15-15.323, F-D ;

Cass. soc., 8 févr. 2017, Société Tifani, n° 15-14.874, F-D, *RJS* 2017, comm. n° 256 ;

Cass. soc., 22 fév. 2017, Sociétés Orange et Orange Réunion, n° 15-10.548, P+B, *RJS* 2017, comm. n° 346, *JSL* 2017, n° 431-5, obs. Cottin, *JCP S* 2017, 1119, note P.-Y. Verkindt ;

Cass. soc., 22 févr. 2017, Société Lidl, n° 15-22.378, F-D ;

Cass. soc., 1er mars 2017, Société Poustousol productions, n° 13-20.688, F-D ;

Cass. soc., 6 mars 2017, Union mutualiste de prévoyance, n° 15-19.674, F-D ;

Cass. soc., 6 mars 2017, Société Sweethome, n° 15-26.680, F-D ;

Cass. soc., 6 mars 2017, Société Syba réseaux, n° 15-27.577, F-D, *JCP S* 2017, 1163, note V. Cohen-Donsimoni ;

Cass. soc., 20 avr. 2017, CHSCT du centre hospitalier Ariège Couserans c/ Centre hospitalier Ariège Couserans, n° 15-27.955 et n° 15-27.927, FS-P+B, *JCP S* 2017, 1175, note L. Dauxerre ;

Cass. soc., 27 avr. 2017, Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France, n° 15-16.659, F-D ;

Cass. soc., 27 avr. 2017, Société Autret traiteur, n° 15-17.959, F-D ;

Cass. soc., 11 mai 2017, Société Chauvel transactions, n° 15-29.046, F-D ;

Cass. soc., 23 mai 2017, Association Saint Augustin, n° 15-28.862, F-D ;

Cass. soc., 15 juin 2017, Société Aquariums Oceanworld, n° 16-10.420, F-D ;

Cass. soc., 15 juin 2017, Société Industrie des produits chimiques, n° 16-10.509, F-D ;

Cass. soc., 20 sept. 2017, Association Office du tourisme et des congrès de Paris, n° 16-11.775, F-D ;

Cass. soc., 21 sept. 2017, Société Arkema, n° 16-11.063, F-D ;

Cass. soc., 27 sept. 2017, Société Habit, n° 15-27.764, F-D ;

Cass. soc., 12 oct. 2017, Société ITM logistique alimentaire international, n° 16-18.836, F-D ;

Cass. soc., 6 déc. 2017, Société Soredis, n° 16-10.885 à 16-10.891, *RJS* 2018, comm. n° 194, *Les Cahiers du DRH* n° 181, 1er nov. 2011, note M.-A. Favot et P. Burchkalter, *JCP S* 2018, 1051, note G. Loiseau ;

2018

Cass. soc., 24 janv. 2018, CHSCT centre hospitalier Ariège Couserans c/ Centre hospitalier Ariège Couserans *et al.*, n° 16-20.016, F-D ;

Cass. soc., 24 janv. 2018, CHSCT de l'établissement de la poste de Saint-Jouan-des-Guérets *et al.* c/ Société La Poste *et al.*, n° 16-24.833, F-D ;

Cass. soc., 24 janv. 2018, Etablissement Hôpital américain de Paris, n° 16-21.517, F-D ;

Cass. soc., 14 févr. 2018, Société X. c/ M. Y., n° 16-20.952, F-D ;

Cass. soc., 14 mars 2018, Société Altran Technologies, n° 16-27.683, F-D ;

Cass. soc., 22 mars 2018, Société Menier et fils, n° 16-22.179, F-D ;

Cass. soc., 5 avr. 2018, Société BNC, n° 16-24.232, F-D ;

Cass. soc., 3 mai 2018, Société Demos, n° 17-10.234, F-D ;

Cass. soc., 9 mai 2018, CHSCT Technicentre PACA Marseille Saint-Charles c/ SNCF, n° 17-10.852, F-D ;

Cass. soc., 25 mai 2018, Société Altran Technologies, n° 16-26.856, F-D ;

Cass. soc., 27 juin 2018, Association sauvegarde 71, n° 17-15.438, F-D. ;

Cass. soc., 20 sept. 2018, Centre hospitalier universitaire d'Angers, n° 17-10.555, F-D ;

Cass. soc., 17 oct. 2018, CHSCT de la société Apave région Sud-Est *et al.* c/ Société Apave Sudeurope, n° 17-15.523, F-D ;

Cass. soc., 17 oct. 2018, Société Apave Sudeurope c/ CHSCT de la société Apave région Sud-Ouest, n° 17-18.609, F-D ;

Cass. soc., 24 oct. 2018, Association Pour la Réadaptation des Infirmes Mentaux, aux droits de laquelle vient la Fondation des Amis de l'Atelier, n° 17-18.753, F-D ;

Cass. soc., 12 déc. 2018, Société Chris propreté, n° 17-22.697, F-D ;

Cass. soc., 19 déc. 2018, Groupe hospitalier Eaubonne-Montmorency c/ CHSCT Groupe hospitalier Eaubonne-Montmorency, n° 17-19.889, F-D ;

2019

Cass. soc., 22 mai 2019, Société Iseki France, n° 18-11.274, F-D ;

2020

Cass. soc., 21 oct. 2020, Société PBM, n° 19-15.376, F-D ;

Cass. soc., 8 juill. 2020, Société Ugitech, n° 19-12.340, n° 19-12.341, n° 19-12.359 à n° 19-12.363 et n° 19-12.370, FS-P+B, *JCP S* 2020, 3025, note *D.* Asquinazi-Bailleux, *RJS* 2020, comm. n° 491 ;

2021

Cass. soc., 6 janv. 2021, Société Reporters économiques associés *et al.*, n° 19-14.440, F-D ;

4.- Chambre criminelle de la Cour de cassation

2016

Cass. crim., 12 janv. 2016, n° 14-87.695, F-P+B ; *Dr. pén*. 2016, comm. 50 ;

2017

Cass. crim., 9 nov. 2017, n° 16- 19.095, F-D ;

III.- Juridictions administratives

A.- Cours administratives d'appel

1995

CAA, Bordeaux, 20 déc. 1995, *JCP G* 1996. IV, 1459 ;

2012

CAA Bordeaux, 5e ch., 18 déc. 2012, Ecole nationale supérieure d'architecture de Toulouse, req. n° 11BX01213, inédit ;

B.- Conseil d'Etat

1994

CE, 3e et 5e SSR, 4 nov. 1994, Commission départementale des travailleurs handicapés, des mutilés de guerre et assimilés du Doubs, req. n° 135248, *Tables Rec Lebon* ;

1995

CE, Ass., 27 oct.1995, Commune de Morsang-sur-Orge, req. n° 136727, *Rec. Lebon* ;

1997

CE, 1re et 4e SSR, 1er déc. 1997, Syndicat général des médecins du travail, req. n ° 18531, 185791 et 188424, *Rec. Lebon* ;

2012

CE, 1re et 6e SSR, 25 juin 2012, Syndicat National des professions de santé au travail, req. n° 358108, inédit ;

2015

CE, 4e et 5e SSR, 21 janv. 2015, Société Syroch, req. n° 364783, *Tables Rec. Lebon*, *RDT* 2015, p. 100, concl. Dumortier ;

CE, Ass., 9 nov. 2015, SAS constructions mécaniques de Normandie, req. n° 342468, *Rec. Lebon* ;

CE, 9e SSJS, 9 nov. 2015, Société DRT, req. n° 374884, inédit ;

2016

CE., 4e et 5e SSR, 30 mai 2016, Mme Moulin, req. n° 387338, *Rec. Lebon*, p. 189, *AJDA* 2016. 1151 ;

2018

CE, 4e et 1re ch. réun., 18 juill. 2018, Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins, req. n° 406470, *Rec. Lebon* ;

2019

CE, 1re ch., 10 mai 2019, Société Normed, req. n° 423278, inédit ;

2021

CE, Ass., 4 févr. 2021, Avis sur la proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail, req. n° 401872 ;

Index

A

Accident du Travail : 2 et s., 58, 79, 83, 347, 383, 525, 547 et s., 572 et s., 618 et s., 680 et s., 757, 867, 873, 1003.

Accident du Travail / Maladie Professionnelle (AT/MP) : 409, 681, 993.

Accord :

Accord du salarié : 742, 745, 749 et s., 837.

Accords collectifs : 872, 880 et s.

Accord national interprofessionnel (ANI) : 14.

Action en milieu de travail (AMT) : 182, 215, 238 et s., 269 et s., 637, 677, 714 et s.

Actions de prévention :

Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail : 156.

Aptitude : 452 et s.

Avis d'aptitude : 12, 81, 190, 461 et s., 511 et s., 597, 708, 816, 835

B

Belgique : 968.

Bien-être au travail : 61 et s., 156, 590, 946 et s., 971 et s., 990 et s., 1131.

Bonnes mœurs : 412 et s.

C

Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) : 252, 299 et s., 572.

CARSAT : 599, 659 et s., 864.

Certificat médical initial : 302.

Classification des risques professionnels : 356.

Codes : 377 et s.

Code de la santé publique : 998.

Code de l'environnement : 378 et s.

Code du travail : 377 et s.

Code pénal : 401.

Codification : 75, 378, 397, 560, 762, 920 et s., 931 et s.

Comité d'entreprise : 864.

Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail : 864.

Comité social et économique : 1, 100 16, 383, 534, 762, 776, 863 et s.

Commission médico-technique : 440.

Commission nationale informatique et libertés (CNIL) : 740, 775.

Communication : 21, 99 et s., 264 et s.

Complexité du droit : 177 et s., 200 et s., 335, 388.

Compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P) : 404 et s.

Compte professionnel de prévention (C2P) : 409.

Confiance : 273 et s., 285 et s., 311 et s., 813 et s.

Congé maternité : 496, 525, 539, 141.

Contrat d'adhésion : 22, 253 et s., 790.

Contrat de travail : 2 et s., 40, 134 et s., 283, 315, 458, 478 et s., 494, 525 et s., 543 et s., 704, 738 et s., 805 et s., 830 et s.

Contrat à durée déterminée : 141 et s., 72, 491, 539, 100 17, 830.

Contrat à durée indéterminée : 141 et s., 539.

Contrat d'apprentissage : 81, 417.

Rupture : 543 et s. ; *V. Licenciement*

Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) : 12, 440 et s., 599 et s.

Convention d'adhésion : 267 et s.

Coopération : 97, 100 76, 252 et s., 282 et s., 294 et s., 582 et s.

Coronavirus : V. *COVID-19*.

COVID-19 : 1, 26, 45, 56, 158, 366, 428, 568, 577 et s., 678, 740, 758, 869, 873, 885, 937 et s., 1006.

Crise sanitaire : V. *COVID-19*.

D

Décloisonnement de la santé au travail : 724 et s., 822 et s., 860, 917.

Déconnexion : 363 et s.

Démographie : 216 et s.

Déontologie : V. *Règles déontologiques*.

Dialogue social : 47, 720, 758, 873, 888.

Directive du 12 juin 1989 : 10 et s., 835, 970, 983.

Directive du 7 septembre 2005 : 1010 et s.

Dirigeants : 163 et s.

Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUER) : 70 et s., 118, 340, 649 suivant, 674, 762, 776, 788, 942.

Dol : 738.

Données de santé : 315, 300 731 et s., 737 et s., 746 et s., 768, 823, 837 et s., 906 et s., 915 et s., 1000 et s.

Partage des données de santé : 837.

Données médicales : 170, 289, 344, 421 et s., 743, 824, 1009.

Dossier médical en santé travail (DMST) : 270, 290, 422 et s., 742, 850.

Dossier médical partagé (DMP) : 221, 291 et s., 312, 422 et s., 725 et s., 737 et s., 822 et s., 907, 932.

E

Education : 613 et s.

Embauche : 260 et s., 315, 417, 455, 473, 490 et s., 514, 549, 553, 597, 696 et s., 737 et s., 804, 835, 876, 931.

Emploi : 132, 468 et s.

Entreprise : 23 et s.

Environnement de travail : 10, 269, 405, 427, 515, 592, 613, 623, 770, 824, 951, 957 et s., 970, 982, 1002.

Equipe pluridisciplinaire : 5, 11 et s., 99, 112 et s., 189, 240 et s., 268 et s., 273 et s., 290, 420 et s., 431 et s., 462, 490, 509, 590, 598, 602, 610, 637 et s., 658, 716, 764, 787, 819, 836, 846, 875 et s., 942.

États-Unis : 987 et s.

F

Facturation : 256 et s.

Faute inexcusable : 383 et s., 403, 558, 572 et s., 678, 807.

Fiche d'entreprise : V. *DUER*.

Finlande : 983 et s.

Fonction publique : 7 et s., 14, 631, 922.

Fonction publique d'État : 8.

Fonction publique hospitalière : 8, 25.

Fonction publique territoriale : 8.

Fonds d'action sociale des travailleurs temporaires (FASTT) : 625, 628.

Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) : 152, 809.

Formation : 77 et s.

H

Harcèlement

Harcèlement moral : 36, 159 et s., 183 et s., 427, 559 et s., 754 et s., 959.

Harcèlement sexuel : 36, 183 et s., 427.

Harmonisation des pratiques

Pratiques de terrain : 934 et s.

Pratiques européennes : 980 et s.

Haute autorité de santé (HAS) : 857, 234 et s.

I

Inaptitude : 473 et s.

Indemnité temporaire d'inaptitude : 56, 308 et s.

Indicateurs : 66, 72, 219, 341, 442, 150 et s., 676 et s., 689 et s., 798, 819, 880 et s., 987 et s., 1001 et s.

Infirmier en santé au travail : 5, 12, 109, 114 et s., 189, 205, 220, 234 et s., 429, 431 et s., 490 et s., 509, 641 et s., 706 et s., 721 et s., 737, 742, 847, 850, 901, 1111.

Inflation législative : 178, 198 et s., 207 et s.

Invalidité : 473 et s.

J

Jeunes travailleurs : 79 et s., 333, 416 et s., 613 et s., 632, 1120 et s.

L

Licenciement : 129 et s., 316, 352, 480 et s., 543 et s., 569, 785, 802, 806, 831 et s., 857.

Licenciement pour inaptitude : 521 et s.

Loi « Travail » : 12 et s., 109, 100 15, 100 21, 178 et s., 192, 233, 242, 282 et s., 372, 452, 462, 696.

Loi Rebsamen : 157, 192, 372, 565, 666, 668, 956.

M

Maintien dans l'emploi : 77, 286, 459, 516, 100 74, 718, 731, 832, 855 et s., 868, 908.

Maladies professionnelles : 3, 58, 157, 303, 556, 577, 180 et s., 807, 866, 873.

Management : 155, 438, 884, 890, 960, 966, 270 et s., 987, 993.

Conceptions managériales : 970 et s.

***Lean* management** : 441

Politique managériale : 753, 772, 178 et s., 847, 881 et s., 889 et s., 946 et s., 963, 975, 178.

Médecin :

Médecin conseil : 299 et s., 476, 860.

Médecin de ville : 876 et s.

Médecin du travail : V. ce mot.

Médecin traitant : 22, 289, 299 et s., 424 et s., 473, 734, 742, 774, 815, 824, 850.

Médecin du travail

Attractivité : 220 et s.

Histoire : 4 et s.

Image : 100.

Indépendance : 432 et s., 851 et s.

Missions : 421 et s.

Pénurie : 217 et s.

Préconisations : 9, 100 3, 121 et s., 159, 269, 277, 282, 340, 550, 578, 662, 678, 764 et s., 790 et s.

Médecine :

Médecine curative : 286 et s., 745 et s.

Médecine du travail : V. ce mot.

Médecine préventive : 286 et s., 745 et s., 818.

Médecine du travail : 4 et s., 10 et s., 299 et s.

Mission de conseil : 774, 779, 781, 1128.

Mobilité européenne : 1010 et s.

Moralité : 2, 411 et s.

Mutualité sociale agricole : 5 et s.

N

Négociation collective : 884 et s.

Normes ISO : 64, 92.

O

Objectif de santé publique : 963 et s.

Obligation collective de prévention : V. *Prévention*.

Obligation de prévention : V. *Prévention*.

Obligation de reclassement : V. *Reclassement*.

Obligation de sécurité

- ***de l'employeur*** : 30, 48, 134, 147 et s., 223, 282, 316, 399, 403, 527, 546 et s., 557 et s., 565 et s., 572 et s., 613, 666, 671, 700, 737 et s., 754 et s., 781, 805 et s., 939, 970, 976.
- ***du salarié*** : 740.
- ***de résultat*** : 557 et s., 756 et s.

Ordonnance Macron : 408, 408, 535, 769, 864.

Organisation internationale du travail (OIT) : 614, 620, 632, 835, 984, 997, 1120 et s.

Organisation mondiale de la santé (OMS) : 41 et s., 596, 587, 948, 958, 1001 et s.

Outre-mer : 18.

P

Parcours de santé : 221, 285, 292, 422, 708, 823, 908 et s.

Parcours universitaire : 896 et s., 905.

Partage d'informations : 287 et s., 728, 860 et s.

Partenaires sociaux : 364, 496, 528, 599, 886.

Passeport « Prévention » : 16, 85, 331.

Patient : 286 et s., 299, 311 et s., 423, 429, 442, 725 et s., 741 et s., 747 et s., 799, 822 et s., 837, 850, 907, 1123.

Pénibilité : 1, 224, 260, 404 et s., 417, 638, 965.

Performance : 60 et s., 684 et s., 718 et s., 880, 888, 949 et s., 975 et s., 993.

Période d'essai : 225, 260, 315, 490 et s., 696, 738, 804.

Petites et moyennes entreprises/Très petites entreprises (PME/TPE) : 25, 50, 88, 95, 100 et s., 108 et s., 167 et s., 649 et s., 684 et s., 773, 798, 804, 884, 964.

Plan Santé Travail (PST) : 64, 459, 631, 640, 671, 720, 824, 880, 912, 100 50, 88, 95, 256 et s.

Postes de travail : 273 et s., 468 et s., 514 et s.

Prévention :

Notion : 34 et s.

Obligation collective de prévention : 772 et s., 794 et s., 809 et s.

Obligation de prévention : 45 et s., 72, 100 53, 321, 402, 423, 434, 562 et s., 580, 753 et s., 779 et s., 787, 793, 803, 810, 838, 940.

Prévention primaire : 41, 90 et s., 102, 596 et s., 614, 727, 631, 639, 713, 718, 720, 724, 731, 880 et s., 964, 968, 1126.

Prévention primaire collective : 868.

Prévention secondaire : 41.

Prévisions contractuelles : 40.

Principe de précaution : 39.

Principes généraux de prévention : 35 et s., 43, 324, 327, 357, 392 et s., 451 et s., 624 et s., 171, 758.

Principes rénovateurs : 21, 292, 318, 692, 709, 744, 761, 788 et s., 812 et s., 836 et s., 855, 878 et s., page 131 et s., 988, 998, 1123, 131.

Prise d'acte : 543 et s.

Proposition de reclassement :

Protocole national : 45 et s., 158, 758, 774, 869, 939.

Proximité : 101, 100 4, 636, 648, 662, 669, 682, 686 et s., 814 et s., 844 et s.

Q

Qualité de vie au travail (QVT) : 14, 61 et s., 682, 718 et s., 731, 811, 844, 880 et s., 947 et s., 965, 972 et s.

R

Rapports

Notion : 22 et s.

Rapports de santé au travail : 815 et s., 853.

Recherche en santé travail : 911 et s.

Reclassement : 125 et s., 135 et s., 283.

Dispense : 832.

Obligation : 131 et s., 135, 143 et s., 350 et s., 530 et s.

Poste de reclassement : 462, 841.

Procédure : 135 et s.

Propositions de reclassement : 480, 541.

Recherches : 129 et s., 468.

Recodification : 330 et s.

Règles déontologiques : 425, 432, 794 et s., 852, 861.

Rénovation : 20 et s., 30, 318, 580 et s., 589, 723, 755, 779, 811, 828, 833, 842, 885, 931 et s., 1133.

Rentabilité : 60 et s., 665, 684 et s.

Réparation : 401 et s., 583 et s., 596, 602, 631, 660 13, 809.

Responsabilisation du salarié : 740, 568, 828 et s., 990 et s.

Responsabilité :

Partage de responsabilité : 781 et s., 801 et s.

Responsabilité civile de l'employeur : 3, 276, 578, 757.

Responsabilité civile du service de santé au travail : 782 et s.

Responsabilité de l'État : 579, 807 et s.

Responsabilité du salarié : 740, 568, 828 et s., 990 et s.

Responsabilité pénale de l'employeur : 56, 578, 678.

Ressources humaines : 25, 101, 180, 844, 978.

Risques

Risques particuliers : 116, 100 92, 463, 668.

Risques psychosociaux (RPS) : 155 et s., 363, 399, 565 et s., 638, 762, 767, 776, 970.

S

Salariés intérimaires : 52, 464, 587, 625 et s., 670, 941.

Secret

Secret médical : 270, 288 et s., 311, 316, 737, 741, 794 et s., 853.

Secret professionnel : 268, 273 et s., 288, 432, 794, 799, 852.

Sécurité sociale : 409, 698, 702.

Sensibilisation : 78, 187, 612 et s., 623 et s., 632 et s., 819, 858.

Service de prévention et de santé au travail (SPST) : 16, 75, 256 et s., 331, 446 et s., 626, 689, 858 et s.

Service juridique en santé travail : 943.

Service universel de la santé au travail : 849.

Services de santé au travail :

Service de santé au travail autonome (SSTA) : 26, 216.

Service de santé au travail interentreprises (SSTI) : 25 et s., 117, 216, 231, 623 et s., 655 et s., 673 et s., 784, 848, 874 et s., 885

Simplification : 14, 19 et s., 180, 205, 331 et s., 462 et s., 502, 581 et s., 652 et s., 693 et s., 926 et s., 1131.

Soft law : 46, 937.

Stress : 52, 156, 565, 965 et s.

Suivi de santé : 6 et s., 12 et s., 102, 168 et s., 224, 265, 290 et s., 462, 479, 489 et s., 508 et s., 547, 590 et s., 670, 706 et s., 820, 833, 728 et s., 749, 877.

- ***des employeurs*** : 164.

- ***individuel renforcé*** : 190 et s., 417, 77 et s., 820.

- ***individuel simple*** : 189 et s., 490 et s., 708.

Sur-responsabilisation : 134 et s., 418.

T

Tabagisme : 154.

Temps médical : 16, 30, 215 et s., 491 et s., 502 et s., 597 et s., 674, 714 et s., 788.

Temps partiel thérapeutique : 301, 589.

Tiers à l'entreprise : 666.

Travail : 3 et s.

Travail temporaire : 670. V. aussi *Salariés intérimaires*.

Travailleurs temporaires : 4, 258, 464, 125. V. aussi *Salariés intérimaires*.

Troubles musculosquelettiques (TMS) : 90 et s., 601 et s., 614 et s.

U

Union européenne : 10, 416, 966, 1001, 1113.

URSSAF : 698 et s., 804.

Urgence sanitaire : V. *COVID-19*.

V

Visites

Visite de pré-reprise : 347, 436, 479 et s., 495 et s., 525 et s., 545 et s., 700 et s.

Visite de reprise : 263, 308, 347 et s., 436, 479 et s., 495 et s., 525 et s., 545 et s., 701 et s.

Visite d'information et de prévention (VIP) **:** 248, 262, 490 et s., 597, 643, 695, 707 et s., 723, 875 et s.

Visite médicale : 12, 16, 57, 89, 100, 100 22, 223 et s., 260 et s., 315, 348 et s., 417, 490, 506, 525, 547 et s., 597, 630, 672, 100 99, 738, 804.

Visite médicale d'aptitude (VMA) : 710.

Visite médicale d'embauche : 260, 315, 490, 549, 543, 597, 699, 738, 804.

Annexes

Annexe 1 : Extraits du Carnets de Bord

Annexe 2 : Questionnaire sur la perception des SST transmis aux employeurs

Annexe 3 : Résultats du sondage mis en ligne le 26 janv. 2017 et réalisé auprès de 188 entreprises

Annexe 4 : Modèles de fiches d'aptitude médicale avant et après 2017

Annexe 5 : Tableau de l'évolution des missions des SST au fur et à mesure des réformes

Annexe 6 : Tableau comparatif avant et après la réforme de 2016

Annexe 7 : Proposition d'une autorisation relative au droit à l'image

Annexe 8 : Liste détaillée et simplifiée des postes à risques *C. trav.*, art. R. 4624-3

Annexe 9 : Retranscription de l'interview du Professeur Franck HEAS réalisée le 5 fév. 2017

Annexe 10 : Les huit principes tendant à rénover les rapports entre entreprises et SST

Annexe 1 : Extraits du Carnet de Bord

Ces questions ont été retranscrites parce qu'elles m'ont été posée fréquemment autant par les médecins du travail et les autres membres du SST que par les entreprises et/ou les salariés. Elles illustrent, selon moi, une partie des principaux questionnements gravitant autour de la santé au travail.

Quelle est l'étendue du secret médical en santé au travail ?
Un salarié peut-il refus un poste de reclassement proposé par son employeur ?
Comment s'organise un temps partiel thérapeutique ?
Comment s'organise la procédure d'inaptitude ?
Un médecin a-t-il librement accès aux locaux de l'entreprise ?
Peut-on formuler une inaptitude pendant un arrêt de travail ?
Que faire lorsqu'un salarié arrive alcoolisé sur le lieu de travail ?
Peut-on organiser une visite de reprise pour un intérimaire dont le contrat s'est terminé avant la fin de son arrêt de travail ?
Quels sont les éléments transmissibles au sein du dossier médical en santé au travail ?
L'étude de poste, peut-elle être réalisée par un membre de l'équipe pluridisciplinaire autre que le médecin du travail ?
Un employeur peut-il bénéficier d'un suivi de santé au travail ?
Un particulier employeur doit-il adhérer systématiquement à un SST dès lors qu'il embauche une aide-ménagère pour 2h par semaine ?
L'invalidité engendre-t-elle automatiquement une inaptitude ?
Les préconisations du médecin du travail sont-elles obligatoires ?
Un représentant syndical, peut-il accompagner un salarié pendant sa visite médicale ?
Est-ce à l'entreprise ou au SST d'organiser les visites périodiques et de convoquer les salariés ?
Peut-on réaliser une fiche d'entreprise par téléphone ?
L'inaptitude est-elle justifiée en matière de RPS ?
Quelles sont les missions de l'infirmière en santé au travail ?

Annexe 2 : Questionnaire sur la perception des SST transmis aux employeurs

LES ATTENTES DES ENTREPRISES EN MATIERE DE SANTE AU TRAVAIL

1/ Pensez-vous que les entreprises soient satisfaites du système de santé au travail actuel ? Pourquoi ?

2/ Plusieurs employeurs m'ont confié leur sentiment de solitude face à la prévention en matière de santé au travail, est-ce un sentiment que vous partagez ? Pourquoi ?

3/ Qu'est-ce que les employeurs attendent du médecin du travail : une simple fiche d'aptitude, un réel suivi de santé au travail, une médecine de contrôle, etc… ?

4/ Que pensez-vous de la reconnaissance d'un suivi de santé des employeurs ?

5/ Les actions de prévention engendrent-elles systématiquement des retours positifs pour les entreprises ? Pourquoi ?

6/ Considérez-vous que leurs jeunes salariés soient suffisamment formés à la prévention ?

7/ Pensez-vous que les salariés ont confiance en leur médecin du travail ? Pourquoi ?

8/ Autres commentaires : ….

9/ Qu'est-ce qu'un SST ?

Annexe 3 : Résultats du sondage mis en ligne le 26 janv. 2017 et réalisé auprès de 188 entreprises

Dans le cadre d'une thèse en droit sur la rénovation des rapports entre Entreprises et SST ce questionnaire a pour objectif de mieux cerner les attentes des employeurs en matière de santé au travail. Il s'agit d'un sondage anonyme adressé aux employeurs de tout type d'entreprises ou bien aux personnes chargées, dans les entreprises, de la prévention et/ou de la prise des rendez-vous auprès de nos services de santé au travail. Les résultats obtenus feront l'objet d'un bilan dont les conclusions seront utilisées dans mes travaux de recherche.

Alizée PETITMANGIN – Responsable Juridique et Doctorante – Droit Santé Travail

PERCEPTION DE L'IMAGE DES SST PAR LES ENTREPRISES

1. Quel est l'effectif de votre entreprise ? *

Nombre de participants :
188

26 (13.8%): 1 à 5

18 (9.6%): 6 à 9

59 (31.4%): 10 à 49

37 (19.7%): 50 à 199

48 (25.5%): + de 200

2. Quel est le secteur d'activité de votre entreprise ? *

Nombre de participants :
188

37 (19.7%): Industrie

55 (29.3%): BTP / Matériaux de Construction

15 (8.0%): Commerce

9 (4.8%): Transport / Logistique

6 (3.2%): Automobile / Machines et Equipements

66 (35.1%): Autre

3. Connaissez-vous le nom de votre Médecin du Travail ? *

Nombre de participants :
188

124 (66.0%): oui

64 (34.0%): non

4. Selon vous, la Médecine du travail est *

Nombre de participants :
188

50 (26.6%): Indispensable

83 (44.1%): Plutôt Utile

47 (25.0%): Plutôt Inutile

8 (4.3%): Clairement Inutile

5. Votre Médecin du Travail s'est-il déjà rendu dans votre entreprise ? *

Nombre de participants :
188

102 (54.3%): oui

86 (45.7%): non

6. Globalement quelle image avez-vous de votre Service de Santé au Travail ? *

Nombre de participants :
187

14 (7.5%): Une excellente image

110 (58.8%): Une assez bonne image

57 (30.5%): Une assez mauvaise image

6 (3.2%): Une très mauvaise image

7. Concernant la prise de rendez-vous, pensez-vous qu'elle est : *

Nombre de participants :
187

23 (12.3%): Tout à fait satisfaisante

115 (61.5%): Plutôt satisfaisante

42 (22.5%): Plutôt insatisfaisante

7 (3.7%): Clairement insatisfaisante

8. Etes-vous satisfait des explications que vous communique votre Médecin du travail ? *

Nombre de participants :
187

16 (8.6%): Oui, systématiquement

84 (44.9%): Oui, régulièrement

66 (35.3%): Plutôt non, c'est variable

21 (11.2%): Non la communication est clairement insatisfaisante

9. Votre Médecin du Travail a-t-il déjà fait intervenir un Intervenant en Prévention des Risques Professionnels dans votre entreprise ? *

Nombre de participants :
188

61 (32.4%): oui

127 (67.6%): non

10. Avez-vous trouvé cette intervention :

Nombre de participants :
71

15 (21.1%): Très satisfaisante

43 (60.6%): Plutôt satisfaisante

8 (11.3%): Peu satisfaisante

5 (7.0%): Clairement Insatisfaisante

11. Qu'attendez vous des Services de Santé au Travail : *

Nombre de participants :
187

86 (46.0%): Une aide à l'évaluation des risques professionnels

67 (35.8%): Un réel suivi dans la mise en place des actions en matière de prévention primaire

89 (47.6%): Une communication efficace

sur la réglementation en matière de santé au travail

39 (20.9%): Des conseils sur les formations professionnelles à proposer aux salariés

113 (60.4%): Un réel suivi de santé des travailleurs

16 (8.6%): Rien

11 (5.9%): Autre

Réponse(s) du champ supplémentaire :

- Ne connaissent absolument pas leur métier
- Une veille réglementaire
- un soutien pour la gestion des collaborateurs
- une prestation à la hauteur des cotisations facturées!
- une aide aux entreprises
- une bonne application des règles en cas d'inaptitude et une écoute de l'employeur lorsqu'il évoque des incohérences qui peuvent aller à l'encontre des intérêts de l'entreprise en cas de litige ultérieur
- Un avis claire dans les dossiers d'inaptitudes
- être en règle avec la législation...contraignante
- un partenariat et ça fonctionne tres bien
- QUE LES MEDECINS DU TRAVAIL NE SE COMPTENTE PAS D'ECOUTER LES SALARIERS ET EN CAS D'INAPTITUDE ANALYSE NON SEULEMENT LE TRAVAIL EN ENTREPRISE MAIS AUSSI LES ACTIVITE ANNEXES (TRAVAIL AU NOIR, ACTIVITES SPORTIVES, POMPIERS ETC...)QUI LEURS FONT PLUS DE MAL QUE LEURS ACTIVITE EN ENTREPRISE (MAUVAISES POSTURES, PAS DE MOYENS DE MANUTENTIONS ETC .....)
- Visite trop chère, et inutile en BET

Annexe 4 : Modèles de Fiches d'aptitude médicale avant et après 2017[1099]

Modèle de fiche d'aptitude médicale avant 2017 :

Fiche d'aptitude médicale

(art. 4624-47, R. 4624-49 du code du travail, ou R.717-28 du code rural et de la pêche maritime)

Identité et Cachet du service :

Identification de l'entreprise :

Mise à jour de la fiche d'entreprise (mm/aa) :

Cette mention est obligatoire dans les fiches d'aptitude établies en application des art. R. 3122-19, R. 4412-47 et R. 4451-82 du code du travail

Salarié(e) : Nom : Nom marital: Prénom :

Date de naissance :

Date d'embauche :

Poste de travail :

ou emploi(s) dans la limite de trois *(art. R. 4625-9 et R. 5132-26-7 du code du travail et D. 717-26-2 du code rural et de la pêche maritime)* :

-

-

-

Date de l'étude de poste :

Cette mention est obligatoire dans les fiches d'aptitude établies en application des art. R. 3122-19, R. 3122-47 et R. 4451-82 du code du travail

Salarié bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée (SMR) ..... ☐ oui ..... ☐ non .....

Nature de l'examen

☐ **Embauche**

☐ **Visite périodique**
Date de la précédente visite périodique :
Le cas échéant, date du précédent entretien infirmier :
Date du précédent examen de nature médicale si SMR :

☒ **Visite de reprise**
☐ maternité
☐ maladie professionnelle
☐ accident du travail
☐ maladie ou accident non professionnel

☐ **A la demande**
☐ du salarié
☐ de l'employeur
☐ du médecin du travail (2ème visite en cas d'inaptitude envisagée)
☐ autres cas (art. R. 717-22 du code rural et de la pêche maritime)

Conclusions :

☒ **Apte**

☐ **Inapte**
☐ 2ème visite
☐ en un seul examen (article R. 4624-31 du code du travail ou R. 717-18 du code rural et de la pêche maritime) :
☐ danger immédiat
☐ examen de pré-reprise en date du

Date de l'examen :

Heure de convocation :
Heure d'arrivée :
Heure de départ :

Nom et signature du médecin
Dr

A revoir :

Voies et délais de recours par le salarié ou par l'employeur :
Cet avis peut être contesté dans les deux mois suivant sa notification, par lettre recommandée avec avis de réception, auprès de l'inspecteur du travail. (art. R. 4624-35 du code du travail ou R. 717-18 du code rural et de la pêche maritime).
Ce délai est réduit à 15 jours pour les avis concernant les salariés exposés à des agents chimiques dangereux, des rayonnements ionisants ou travaillant en milieu hyperbare (articles R. 4412-48, R. 4451-83 du code du travail et article 33 II du décret n°90-277 du 28 mars 1990).

[1099] Arr. du 16 octobre 2017 fixant le modèle d'avis d'aptitude, d'avis d'inaptitude, d'attestation de suivi individuel de l'état de santé et de proposition de mesures d'aménagement de poste, JO n° 247, 21 oct. 2017, texte n° 28.

Modèle de fiche d'aptitude médicale après oct. 2017[1100] :

Fiche d'aptitude médicale

(art. 4624-47, R. 4624-49 du code du travail, ou R.717-28 du code rural et de la pêche maritime)

Identité et Cachet du service : si_exaclib si_exacad1 si_exacpost si_exacville
si_Mmedecine-si_Madresse1 si_Madresse2- 0si_Mcodepostal si_Mville –Tel si_Mtel Fax si_exacfax

Identification de l'entreprise :**si_ANumero si_ARaisonSociale**
Mise à jour de la fiche d'entreprise (mm/aa) :
Cette mention est obligatoire dans les fiches d'aptitude établies en application des art. R. 3122-19, R. 4412-47 et R. 4451-82 du code du travail

Salarié(e) : Nom : **si_snompat** Nom marital: **si_snommarital** Prénom : **si_sprénom**
Date de naissance : **si_sdatenaissance**

Date d'embauche : si_sdateemb
Poste de travail : **si_slfct**
ou emploi(s) dans la limite de trois *(art. R. 4625-9 et R. 5132-26-7 du code du travail et D. 717-26-2 du code rural et de la pêche maritime)* :
-
-
-

Date de l'étude de poste :
Cette mention est obligatoire dans les fiches d'aptitude établies en application des art. R. 3122-19, R. 4412-47 et R. 4451-82 du code du travail

Salarié bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée (SMR) ..... ☐ oui ..... ☐ non .....

Nature de l'examen			
☐ **Embauche**	☐ **Visite périodique** Date de la précédente visite périodique : Le cas échéant, date du précédent entretien infirmier : Date du précédent examen de nature médicale si SMR :	☐ **Visite de reprise** ☐ maternité ☐ maladie professionnelle ☐ accident du travail ☐ maladie ou accident non professionnel	☐ **A la demande** ☐ du salarié ☐ de l'employeur ☐ du médecin du travail (2ème visite en cas d'inaptitude envisagée) ☐ autres cas (art. R. 717-22 du code rural et de la pêche maritime)
Conclusions :			
☐ **Apte**		☐ **Inapte** ☐ 2ème visite ☐ en un seul examen (article R. 4624-31 du code du travail ou R. 717-18 du code rural et de la pêche maritime) : ☐ danger immédiat ☐ examen de pré-reprise en date du	
Date de l'examen : **si_exareal09/02/2017**	Heure de convocation : Heure d'arrivée : Heure de départ :	Nom et signature du médecin *Dr* ***si_AMédecin***	
A revoir :			

Voie et délais de recours par le salarié ou l'employeur (art L4624-7 Code du travail) : La contestation des éléments de nature médicale justifiant les avis, propositions, conclusions écrites ou indications émis par le médecin du travail se forme dans les 15 jours à compter de leur notification devant la formation de référé du Conseil des Prud'hommes qui pourra désigner un médecin expert inscrit sur la liste de la Cour d'appel.

AUCUN DUPLICATA NE SERA DELIVRE

[1100] Arr. du 16 octobre 2017 *fixant le modèle d'avis d'aptitude, d'avis d'inaptitude, d'attestation de suivi individuel de l'état de santé et de proposition de mesures d'aménagement de poste, JO* n° 247, 21 oct. 2017, texte n° 28.

Annexe 5 : Tableau de l'évolution des missions des SST au fur et à mesure des réformes

Date de l'article :	Contenu de l'article	Commentaires sur l'évolution de l'article :
Article L. 4622-2 En vigueur du 1er mai 2008 au 20 Juillet 2011	Les SST sont assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de " médecins du travail "	Article d'origine : Le législateur ne considérait les SST que par rapport aux médecins du travail.
Article L. 4622-2 Modifié par L. n° 2011-867 du 20 juillet 2011 - art. 1 (V)	Les SST ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, ils : 1° Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ; 2° Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ; 3° Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques	En violet : ce qui a été rajouté : les 4 missions des SST.

	concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge ; 4° Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.	
Article L. 4622-2 Modifié par L. n° 2012-954 du 6 août 2012 - art. 7	Les SST ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, ils : 1° Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ; 2° Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ; 3° 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 âge ; 4° Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.	Nouvelle précision ajoutée à la deuxième mission des SST par la loi de 2012 : la prévention du harcèlement sexuel ou moral

Article L. 4622-2 Modifié par L. n° 2015-994 du 17 août 2015 - art. 26	Les SST ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, ils : 1° Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ; 2° Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ; 3° Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé au travail et leur sécurité et celle des tiers, de la pénibilité au travail et de leur âge ;4° Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.	Nouvelle précision ajoutée à la troisième mission des SST en 2015 : la prise en compte de la santé et de la sécurité des tiers.

Annexe 6 : Tableau comparatif avant et après la réforme de 2016[1101]

AVANT 2017

APRES 2017

[1101] L. n° 2016-1088 du 8 août 2016 *relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels*, *JO* n° 184, 9 août 2016, texte n° 3, applicable à partir du 1er avril 2017.

Annexe 7 : Proposition d'une autorisation relative au droit à l'image

SALARIE	MEMBRE DE L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE :
NOM : Prénom : Date de Naissance : Entreprise :	NOM : Prénom :

Le membre de l'équipe pluridisciplinaire désigné a réalisé une ou plusieurs photographies et/ou vidéos sur lesquelles apparait le salarié. Ces images ont été réalisées en date du :

……./……./…….. à ……

Le salarié autorise expressément ce membre de l'équipe pluridisciplinaire à faire usage des photographies et/ou vidéos visées ci-dessus pour la réalisation d'une étude validée par le médecin du travail. Ces photographies et/ou vidéos (pouvant donner lieu à des captures d'écran) pourront être exploitées directement dans le cadre de la réalisation d'un rapport d'étude qui sera remis au médecin du travail. Le médecin du travail décidera de le joindre ou non au dossier médical en santé travail du salarié. Le médecin du travail pourra éventuellement décider de transmettre ce rapport à l'employeur.

Le membre de l'équipe pluridisciplinaire s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies dans un autre but que celui de répondre à une demande de rapport d'étude dans l'entreprise adhérente à notre Service de Santé au Travail.

Le salarié confirme que son autorisation a été donnée en connaissance de cause et sans contrepartie.

Fait à … Le….

Etabli en deux exemplaires.

Signatures :

Le salarié, Le membre de l'équipe pluridisciplinaire,

Annexe 8 : Liste détaillée et simplifiée des postes à risque énoncés à l'article R. 4624-23 du code du travail. (*powerpoint présenté aux entreprises lors de conférences et de formations*)

2- SUIVI INDIVIDUEL RENFORCE POUR LES SALARIES AFFECTES A DES POSTES PRESENTANT DES RISQUES PARTICULIERS

DEFINITION des Postes à Risques

=Tout travailleur « affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou de tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail »

1ère CATEGORIE = postes exposant les travailleurs a :	2e CATEGORIE = postes pour lesquels un examen d'aptitude spécifique est nécessaire :	3e CATEGORIE = tout poste listé par l'employeur :
- L'**amiante** - Au **plomb** - Aux **agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction** - Aux **agents biologiques des groupes 3 et 4** - Aux **rayonnements ionisants** - Au **risque hyperbare** - **Au risque de chute de hauteur** lors des opérations de montage et démontage d'échafaudages	- Travailleurs de **moins de 18 ans affectés sur des travaux dangereux** - **Travaux sous tensions** - **Autorisations de conduite** PETITMANGIN Alizée – Responsable Juridique	- **après avis du ou des médecins concernés et du CSE** ou à défaut des délégués du personnel - **En cohérence avec l'évaluation des risques**, le Document unique et la fiche d'entreprise - A condition que l'**employeur motive** par écrit cette inscription.

Annexe 9 : Retranscription de l'Interview du Professeur Franck HEAS, le 5 fév. 2017

INTERVIEW: Pr. Franck HEAS

L'interview a été réalisée le **5 février 2017,** par téléphone. Monsieur le Professeur Franck HEAS accepte que ses propos soient cités au sein de mes travaux de recherche portant sur *la rénovation des rapports entre les entreprises et les services de santé au travail.*

1- *Pourquoi simplifier le droit de la santé au travail actuel ? Quelles sont vos principales critiques par rapport au législateur ?*

« *Les critiques apportées à la partie 4 sur la santé au travail peuvent être portées à l'ensemble du Code du travail. La réglementation est trop abondante, trop complexe, trop technique et trop ancienne sur certains points. La lisibilité et l'accès aux règles n'est pas facilitée. Il y a un impératif de simplification par rapport à ce besoin d'accessibilité des utilisateurs du Code du travail.*

Ensuite, le droit de la santé au travail a évolué au niveau de ses principes et fondements. On assiste actuellement à une montée en puissance de la prévention. Or, le droit positif n'est pas suffisamment explicite sur cette nouvelle dimension. L'idée est de proposer une simplification de l'énoncé des règles de droit qui passe d'abord par une reformulation des principes à l'aune des évolutions en cours.

Par exemple, l'exigence de prévention sous-tend tout le droit de la santé au travail. Cette exigence doit donc être énoncée en lien avec la multiplicité et l'inter-connexité des risques. En effet, un risque professionnel peut tout à fait être également un risque pour l'environnement ou bien pour les tiers. Nous avons besoin actuellement de réorienter les fondements même des principes de santé au travail vers la consécration et la réaffirmation de la prévention au sens large ».

1- *Plusieurs projets et réformes ont déjà tenté de proposer des simplifications du Code du travail et de la partie sur la santé au travail sans obtenir l'effet escompté pourquoi pensez-vous que votre travail de récriture sera efficace ?*

« *Notre travail de réécriture a été réalisé dans un objectif de lisibilité et de réaffirmation des principes fondamentaux de la santé au travail. Actuellement, la santé au travail n'est pas une préoccupation première dans les évolutions à venir. La question n'a d'ailleurs été abordée par aucun des candidats à l'élection présidentielle de 2017. Je pense que notre vision des choses sur l'organisation de la médecine du travail, les questions de suivi de santé du salarié et de l'inaptitude sont notre point fort. En effet, nous avons tenu pour chacun de ces aspects à ce que la reconnaissance de tous les acteurs en matière de santé au travail soit consacrée. L'employeur en est, bien sûr, l'acteur premier en ce qu'il est à l'initiative de la protection de la santé au travail. Mais nous pensons que les autres acteurs comme les représentants du personnel ou les médecins du travail doivent avoir un rôle beaucoup plus important à jouer. Aujourd'hui ces derniers interviennent au niveau de la santé au travail dans le cadre d'une mission générale de prévention déterminée par le Code du travail. Nous estimons que cela n'est pas suffisant et que le Code ne doit pas restreindre leur champ d'intervention en matière de santé au travail.*

Par exemple, toutes les prérogatives du CHSCT comme la possibilité de demander des expertises, le droit à l'information, l'accès à la formation, la possibilité de réaliser des enquêtes entre dans le cadre d'une mission générale dont le Code du travail en détermine les modalités. Ce listing a d'ailleurs engendré un contentieux extrêmement important notamment au niveau des questions d'expertise à la demande du CHSCT. Le rapport VERKINDT a d'ailleurs révélé que seuls environ 14000 CHSCT étaient véritablement actifs[1102]*. Nous pensons que le cadre règlement est un frein à la mission de prévention de ces acteurs primordiaux de la santé au travail* ».

2- *Quel message souhaitez-vous faire passer au travers de ce travail de réécriture ?*

[1102] VERKINDT P.-Y. ? : Les C.H.S.C.T. au milieu du gué Trente-trois propositions en faveur d'une instance de représentation du personnel dédiée à la protection de la santé au travail, Résumé et propositions, fev. 2014.

« *La question de la santé au travail doit aujourd'hui être appréhendée de manière globale. Je me permets à ce sujet de réutiliser les propos du Pr Sophie FANTONI-QUINTON qui parle d'une « appréhension systémique ». L'idée est en effet de passer d'un droit de la santé au travail qui a été et qui doit rester d'abord axé sur la protection des travailleurs en entreprise contre les risques professionnels vers une idée beaucoup plus large qui évoluerait vers la protection de la santé de la personne au travail plutôt que de prendre en compte le travail comme critère principal. L'idée d'interconnexion entre les risques professionnels et l'environnement extérieur doit aujourd'hui être au cœur de la réflexion* ».

3- *Si une seule de vos mesures de simplification du droit de la santé au travail devait être retenue laquelle choisiriez-vous ?*

« *Je dirai que la reformulation des principes généraux de prévention est le point le plus important. Mais cette reformulation doit insister sur le lien qui n'existe pas actuellement entre santé et organisation du travail. La prévention doit être inclue dans l'idée même d'organisation du travail dans l'entreprise. Aujourd'hui ce lien n'est pas suffisamment explicite parce qu'il n'est pas suffisamment consacré par la loi. La priorité doit être donnée sur la consécration de la prévention au niveau de l'organisation du temps de travail. La directive européenne de 2003*[1103] *avait déjà abordée cette idée. Mais le Code du travail ne l'a pas retranscrite* ».

4- *Ma thèse porte sur la rénovation des rapports entre les entreprises et les services de santé au travail. Une partie sera consacrée à l'énoncé de principes directeurs destinés à simplifier et centraliser les idées directrices de la santé au travail. Quels conseils avez-vous à me soumettre par rapport l'expérience de votre travail de réécriture ?*

« *J'attirerais votre attention d'abord sur la forme que vous donnerez à vos principes. Je reproche actuellement au droit du travail d'être obèse. Aujourd'hui le principal travail pour les juristes est de rendre le droit accessible. Je souhaiterais que les règles du droit de la santé au travail se fondent sur des formulations plus raccourcies, plus claires et plus explicites. Le choix des mots dans la construction des phrases ainsi que la longueur des phrases doivent être au cœur de votre réflexion. Selon moi, la forme est tout aussi importante que le fond*.

[1103] Dir. 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 *concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail*, L 299/9, JO 18 nov. 2003.

Ensuite, concernant le fond, il faut essayer d'énoncer des principes centrés sur la qualité de vie au travail. La prévention est un principe transversal de la qualité de vie au travail, cet objectif doit transpirer dans la reformulation des règles de droit de la santé au travail. Un débat a d'ailleurs eu lieu au sein du groupe sur ce sujet. En effet, le concept de qualité de vie au travail a été fondé par le MEDEF pour s'en servir comme une base de négociation. Cependant, selon moi la qualité de vie au travail doit désormais être entendue comme un fil directeur servant à la rédaction des principes de santé au travail.

Enfin, je pense qu'il faut également forcer le trait sur cet autre principe de prévention qui gouverne le rôle de l'employeur et des services de santé au travail. L'idée de missions générales va dans ce sens cependant elles sont trop restrictives. Je reviens sur le fait que le CHSCT ne doit pas avoir la possibilité d'intervenir qu'en cas de problème. Aujourd'hui la montée en puissance de la prévention s'élargit à tous les domaines du droit du travail ».

Annexe 10 : Les huit principes tendant à rénover les rapports entre entreprises et SST

PRINCIPE 1 : REDEFINIR LA MISSION PRINCIPALE DE PREVENTION

La prévention est **l'art de prendre l'ensemble des mesures destinées à atteindre trois objectifs** :

- préserver la santé et la sécurité des salariés,
- améliorer les conditions de travail
- et tendre au bien-être au travail.

Le médecin du travail et son équipe pluridisciplinaire ont pour mission principale d'identifier les risques professionnels et de mettre en place des actions de prévention adéquates et spécifiques à l'entreprise

PRINCIPE 2 : DEVELOPPER LA COMMUNICATION AUTOUR DE LA PREVENTION

Il est nécessaire de mettre en place une réelle démarche de sensibilisation par la communication autour de la santé au travail basée sur une **réelle coalition entre les SST et les entreprises.** Cette sensibilisation doit être reléguée **dès la formation** des futurs travailleurs et par des **campagnes d'information nationale.**

PRINCIPE 3 : FACILITER LA DEMARCHE DE PREVENTION

La démarche de prévention doit pouvoir être facilitée en trois temps :

- Continuer à déployer la **collaboration Médecin du travail / Equipe pluridisciplinaire,**
- **Simplifier l'identification des risques** en réunifiant le document unique et la fiche d'entreprise en un seul document obligatoire,
- Donner aux SST la fonction **d'unique interlocuteur en en matière de conseils de prévention.**

PRINCIPE 4 : MODERNISER LES ACTIONS DE PREVENTION

Pour **moderniser l'organisation des actions de prévention** dans les entreprises, **la prévention collective** doit devenir une priorité de santé au travail. Ainsi, il est nécessaire de mettre l'accent sur les mesures de prévention collective par rapport aux mesures individuelles. Une valorisation

des actions menées doit également permettre de fournir des **indicateurs** de manière pouvoir convaincre les entreprises de l'intérêt de la prévention en abordant d'autres aspects que l'intérêt de rentabilité trop réducteur. Ces actions de **communication devront notamment être axées envers les TPE-PME.**

PRINCIPE 5 : SIMPLIFIER L'ORGANISATION DE LA SANTE AU TRAVAIL

La **simplification** de l'organisation de la santé au travail nécessite de :

- **Fluidifier la transmission des données** et des démarches administratives de manière à ce qu'elles soient automatiquement transmises aux SST qui peuvent ensuite organiser directement les visites. Cependant, l'entreprise devra toujours veiller à l'organisation du suivi de santé de ses salariés,
- **Généraliser la VIP** à tous les salariés, et donc **supprimer l'avis d'aptitude** et abandonner toute notion d'aptitude en santé au travail,
- **Déployer le temps médical** au profit de la prévention primaire et de l'action en milieu de travail.

PRINCIPE 6 : MODERNISER L'EXERCICE DE LA MEDECINE DU TRAVAIL

Un décloisonnement de la santé au travail et de la santé publique doit s'opérer par :

- Le **libre accès du DMP** au médecin du travail et à l'ensemble des médecins du corps médical sous réserve de l'accord du patient/salarié,
- Une **nouvelle collaboration entre l'ensemble des médecins** dans un objectif de **prévention de santé publique.**

PRINCIPE 7 : LA CONSECRATION D'UNE OBLIGATION DE PREVENTION

Il est nécessaire que le droit de la santé au travail puisse :

- Promouvoir une **obligation juridique de prévention,**
- **Renforcer les préconisations** du médecin du travail,
- Consacrer la notion **d'obligation collective de prévention**, (L'obligation collective de prévention se distingue de l'obligation de prévention collective, énoncée dans le cadre du Principe 4, en ce qu'elle concerne, non pas les bénéficiaires de cette prévention, mais plutôt les acteurs à l'origine de sa mise en place).

PRINCIPE 8 : LA RECONNAISSANCE D'UN PARTAGE DE RESPONSABILITE EN MATIERE DE PREVENTION DE LA SANTE AU TRAVAIL

Un partage de responsabilité entre tous les acteurs de la santé au travail agissant aux côtés de l'entreprise doit être reconnu. Il est nécessaire de **pouvoir reconnaitre la responsabilité du SST** dans son obligation de conseils en matière de prévention sous le couvert du respect du secret médical. Pour ce faire, **les frontières entre devoir de prévention et secret médical doivent être clarifiées** de manière à responsabiliser les SST notamment au niveau de leur devoir d'aide à l'identification des risques professionnels et de conseils en prévention. L'objectif est ensuite, de consacrer **un partage de responsabilité équitable** entre l'ensemble des acteurs de la santé au travail c'est-à-dire les entreprises, les SST, mais également les salariés et l'Etat.

Table des matières

REMERCIEMENTS **5**

SOMMAIRE **7**

TABLE DES ABREVIATIONS **9**

INTRODUCTION **15**

I. LES PREMICES DES RAPPORTS ENTRE SANTE ET TRAVAIL 17
II. LA CREATION DE LA MEDECINE DU TRAVAIL 19
III. DE LA MEDECINE DU TRAVAIL AUX SST 23
IV. LA CONSTRUCTION DU SUJET 28

PREMIERE PARTIE : UN CADRE JURIDIQUE A L'ORIGINE DE RAPPORTS CONFLICTUELS ENTRE ENTREPRISES ET SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL **35**

CHAPITRE 1 : L'INSATISFACTION RECIPROQUE DES RAPPORTS ENTRE ENTREPRISES ET SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL **37**

SECTION 1 : LES DIFFICULTES RESSENTIES PAR LES ENTREPRISES 37

I. DES DIFFICULTES A CERNER LA NOTION DE PREVENTION EN SANTE TRAVAIL 38

A- La prévention, une notion juridique difficile à appréhender 38

1) La complexité de la définition juridique de la prévention 38

2) Une perception faussée et incomplète de la prévention par les entreprises . 44

3) Les critères de rentabilité et de performance insuffisants pour convaincre de l'intérêt de la prévention 48

B- L'entreprise, garante exclusive de la prévention ? 52

1) L'employeur et l'évaluation des risques professionnels 52

2) L'employeur et la formation 57

3) L'employeur et l'organisation de moyens de prévention adaptés 60

II. DES RELATIONS CONFLICTUELLES VEHICULEES PAR DEUX PRINCIPAUX FACTEURS 63

A- Un manque de communication entre entreprises et SST 64

1) Une perception plutôt négative de la « médecine de travail » 64

2) Le rôle méconnu de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail 68

3) Des préconisations médicales parfois déconnectées de l'entreprise 70

B- Une « *sur-responsabilisation* » des entreprises..... 75

1) Une procédure de reclassement significative de la sur-responsabilisation de l'employeur 75

2) Une sur-responsabilisation en lien avec l'apparition de nouveaux risques professionnels..... 78

3) L'absence de prise en compte de la santé au travail du dirigeant 84

SECTION 2 : LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES SST 87

I. Les SST face à la complexité du droit de la santé au travail..... 87

A- Les SST face à l'instabilité du droit 88

1) L'enchainement des réformes et l'élargissement des missions des SST 88

2) Le phénomène d'inflation législative et de complexité croissante, un phénomène exclusif de la santé au travail ? 94

3) Les conséquences de l'instabilité juridique dans les rapports entre SST et entreprises..... 96

B- Un temps médical insuffisant face aux exigences légales..... 98

1) Une démographie médicale faisant obstacle à la mise en œuvre des prescriptions légales 99

2) L'impossibilité de répondre aux demandes de visites dans les temps impartis 101

3) L'action en milieu de travail, une mission en cours de déploiement 105

II. Des difficultés de coopération entre les acteurs de la santé au travail 108

A- Les manquements à l'exécution du contrat d'adhésion 108

1) Des difficultés d'adéquations administratives en matière de santé au travail 109

2) Des difficultés de collaboration avec les entreprises observées au niveau de l'AMT..... 113

3) Le défaut d'information concernant les postes de travail 116

B- Un manque de confiance général lié au statut particulier du médecin du travail 120

1) Un climat de méfiance entre médecine curative et médecine de prévention 120

2) Une confusion des rôles respectifs du médecin conseil, médecin traitant et médecin du travail 124

3) Un manque de confiance des salariés envers le médecin du travail..... 128

CHAPITRE 2 : LES SOURCES JURIDIQUES DES DIFFICULTES RENCONTREES DANS LES RAPPORTS ENTRE ENTREPRISES ET SST 133

SECTION 1 : UNE REPARTITION IMPRECISE DES COMPETENCES ET DES RESPONSABILITES DE CHACUN..... 133

I. Une illisibilité structurelle des obligations légales de chacun..... 134

A- Des choix rédactionnels complexes participant à une certaine illisibilité structurelle 134

1) Une architecture surchargée conduisant à son opacité..... 134

2) La coexistence d'idéologies juridiques différentes, source de complexité normative..... 138

3) Une jurisprudence foisonnante en réponse à la complexité des textes 142

B- Une impuissance implicite du législateur à encadrer les obligations de chacun 145

1) L'impuissance du législateur dans l'encadrement des risques professionnels 145

2) Le renvoi trop récurrent et parfois inadapté aux décrets d'application..... 149

3) Le renvoi récurrent vers d'autres Codes 152

II. Des champs de compétences et des missions difficiles à cerner..... 156

A- Les sources de l'imprécision des missions de l'employeur 156

1) Des principes généraux de prévention affaiblis par la répétition 156

2) Une politique de prévention sous-tendue par une logique de réparation..... 162

3) L'interférence du concept de moralité dans la prévention de la santé au travail 165

B- Les sources des confusions existantes autour du champ d'intervention des SST 169

1) L'élargissement des missions du médecin du travail 169

2) Le champ d'intervention de l'équipe pluridisciplinaire parfois confus et conflictuel 173

3) Des objectifs de santé au travail difficiles à suivre 176

SECTION 2 : LE DECALAGE ENTRE L'EFFECTIVITE DU DROIT ET LA PRATIQUE 180

I. Des prescriptions légales et réglementaires déconnectées de la réalité 180

A- Un cadre insuffisant face aux problématiques pratiques 180

1) Une définition juridique de l'aptitude inexistante 181

2) La confusion juridique des termes poste et emploi 185

3) La confusion des notions d'inaptitude et d'invalidité initiée par les textes 188

B- Des prescriptions légales et réglementaires difficilement applicables 193

1) Des délais très difficiles à respecter 194

2) Un nécessaire assouplissement du cadre juridique de la périodicité 198

3) Le choix contestable du maintien partiel de la notion d'aptitude 200

II. Un décalage entre le Code du travail et la pratique mis en exergue par la jurisprudence 203

A- Des exemples jurisprudentiels significatifs du décalage 203

1) Une interprétation stricte des juges poussant le législateur à légiférer 203

2) Une appréciation jurisprudentielle élargie de l'obligation de reclassement de l'employeur 207

3) Une appréciation plus réaliste des juges dans la reconnaissance de la validité de la prise d'acte 211

B- L'évolution jurisprudentielle des fondements de la responsabilité de l'employeur 214

1) L'évolution de l'obligation de sécurité de l'employeur 215

2) L'obligation de sécurité au regard de l'émergence de nouveaux risques .. 218

3) L'évolution jurisprudentielle de l'appréciation de la faute inexcusable de l'employeur 221

SECONDE PARTIE : VERS LA CREATION DE NOUVEAUX RAPPORTS ENTRE ENTREPRISES ET SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL 225

CHAPITRE 1 : LES VECTEURS D'UNE MEILLEURE COOPERATION ENTRE ENTREPRISES ET SST 227

SECTION 1 : DE NOUVEAUX RAPPORTS FONDES EXCLUSIVEMENT SUR LA PREVENTION EN SANTE AU TRAVAIL 227

I. La prévention réaffirmée comme clé de voûte de la gestion de la santé au travail 227

A- Une définition universelle de la prévention (Principe I) 228

1) Une approche globalisée de la prévention 228

2) La revalorisation du caractère primaire de la prévention 232

3) Une définition de la prévention plus proche d'une réalité mouvante 236

B- Une extension du devoir de sensibilisation à la prévention (Principe II) 239

1) L'éducation à la prévention dès la formation professionnelle 239

2) Rassembler les acteurs chargés de la sensibilisation à la prévention grâce aux SSTI 243

3) L'implication étatique indispensable à la consécration de la prévention en santé au travail 246

II. Une modernisation de l'organisation des actions de prévention dans les entreprises 249

A- Faciliter la mise en place des actions de prévention (Principe III) 249

1) Le médecin et l'équipe pluridisciplinaire : une collaboration à renforcer . 250

2) Une meilleure identification des risques nécessaire notamment au sein des PME/TPE 254

3) Le SST, principal interlocuteur en matière de conseil de prévention 257

B- Rendre compte des atouts de la prévention (Principe IV) 259

1) Une meilleure intégration de la notion de prévention collective en santé travail 260

2) La valorisation d'indicateurs permettant de mesurer l'efficacité de la prévention 264

3) Convaincre les TPE PME de l'intérêt de la prévention 267

SECTION 2 : LA CLARIFICATION DES MISSIONS DE CHAQUE ACTEUR DE LA SANTE AU TRAVAIL 270

I. Une simplification juridique nécessaire au service de la prévention 270

A- La simplification des règles juridiques et administratives (Principe V) 271

1) Une meilleure fluidité dans la transmission des données nécessaires à l'organisation des visites 271

2) La suppression de l'aptitude en santé au travail 275

3) Vers le déploiement du temps médical 278

B- Vers le décloisonnement de la santé publique et de la santé au travail (Principe VI) 281

1) La possibilité pour le médecin du travail d'alimenter le DMP du salarié .. 282

2) Le libre accès aux données de santé par le médecin du travail : analyse comparée avec le Québec. 285

3) Vers la naissance d'une nouvelle collaboration entre médecine préventive et curative 289

II. Une mission collective de prévention 291

A- La consécration d'une obligation de prévention (Principe VII) 292

1) La promotion de l'obligation de prévention plutôt que de l'obligation de sécurité 292

2) Le renforcement des préconisations du médecin du travail 297

3) Vers une véritable obligation collective de prévention 299

B- Vers la reconnaissance d'un partage de responsabilité en matière de prévention en santé au travail (Principe VIII) 302

1) La responsabilité du SST dans son obligation de conseil en matière de prévention 302

2) Le secret médical à concilier avec l'obligation collective de prévention .. 306

3) Vers la consécration jurisprudentielle d'un partage de responsabilité équitable entre l'ensemble des acteurs de la santé au travail 308

CHAPITRE 2 : LES EFFETS POSITIFS D'UNE RECONSTRUCTION SIMPLIFIEE DES RAPPORTS ENTRE ENTREPRISES ET SST 315

SECTION 1 : LA MODERNISATION DE LA SANTE AU TRAVAIL 315

I. Une refondation des relations entre entreprises et SST 315

A- De nouveaux rapports de santé au travail avec les salariés 316

1) De nouveaux principes au service la proximité avec les salariés 316

2) Le décloisonnement santé travail/santé publique : une approche globale et modernisée de la santé 318

3) Vers la remise en cause de l'inaptitude au profit de la responsabilisation du salarié 321

B- Vers une nouvelle perception de la santé au travail par l'entreprise 327

1) Un renforcement de la proximité entre les entreprises et les SST 327

2) Le maintien dans l'emploi, un objectif commun aux acteurs de la santé au travail 330

3) Une obligation collective de la prévention incluant la participation du CSE 333

II. Vers une nouvelle vision transversale de la santé au travail 337

A- Le déploiement des partenaires de la santé au travail 337

1) L'interaction des SST dans leur aspect pluridisciplinaire avec la médecine curative 338

2) Les accords collectifs, nouveau mode de gestion de la santé au travail dans l'entreprise 341

3) La santé au travail, un domaine trans-partenarial 344

B- Vers la valorisation du domaine d'expertise de la santé au travail 346

1) Un parcours universitaire à moderniser 347

2) Développer l'attractivité de la santé au travail 349

3) Poursuivre et valoriser la recherche en santé travail 352

SECTION 2 : UNE CONCEPTION IDEALE DE LA SANTE AU TRAVAIL 355

I. Les rapports idéaux entre entreprises et SST 355

A- La construction d'un droit simplifié 355

1) Les difficultés de codification d'un droit simplifié 355

2) La codification des principes rénovateurs des rapports entre SST et entreprises 359

3) L'après codification : L'harmonisation des pratiques par le « soft-law ».. 364

B- Une politique managériale autour du bien-être au travail 368

1) Les définitions des notions de QVT et bien-être au travail..... 368

2) La consécration du bien-être au travail en tant qu'objectif de santé publique 373

3) Des conceptions managériales innovantes 377

II. Vers une nouvelle conception européenne de la santé au travail 380

A- L'analyse des pratiques étrangères..... 381

1) Les pays européens pionniers en matière de santé au travail..... 381

2) La santé au travail aux Etats-Unis..... 383

3) Vers un cadre stratégique commun au sein des pays de l'UE..... 385

B- La construction d'un idéal européen de la santé au travail 387

1) Développer la base de données européenne en matière de santé au travail388

2) Vers une mobilité européenne simplifiée..... 391

3) La mise en commun des actions et expérimentations à l'échelle européenne 395

CONCLUSION GENERALE.....399

BIBLIOGRAPHIE 401

I.- OUVRAGES GENERAUX 401

A.- TRAITES ET MANUELS 401

B – DICTIONNAIRES, ENCYCLOPEDIES ET REPERTOIRES 401

1. DICTIONNAIRES ET ENCYCLOPEDIES..... 401

2. REPERTOIRES 402

II.- OUVRAGES SPECIAUX 403

A – MONOGRAPHIES ET THESES 403

B – NUMEROS SPECIAUX DE REVUE 405

III.- ARTICLES, ETUDES ET CHRONIQUES 405

IV.- NOTES, OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES DE JURISPRUDENCE.....411

V.- AVIS, RAPPORTS ET CONCLUSIONS 419

VI.- COMMUNIQUES DE PRESSE.....423

VII.- DOCUMENTS PRATIQUES.....424

TABLE DE JURISPRUDENCE **427**

I.- COUR DE JUSTICE DE L'UNION EUROPEENNE **427**
II.- JURIDICTIONS JUDICIAIRES **427**
A.- JURISPRUDENCE DES JURIDICTIONS DU FOND 427
1.- JURIDICTIONS DE PREMIERE INSTANCE 427
2.- JURIDICTIONS D'APPEL 427
B.- COUR DE CASSATION 428
1.- FORMATIONS SOLENNELLES DE LA COUR DE CASSATION 428
2.- PREMIERE CHAMBRE CIVILE DE LA COUR DE CASSATION 429
3.- JURISPRUDENCE DE LA CHAMBRE SOCIALE 429
4.- CHAMBRE CRIMINELLE DE LA COUR DE CASSATION 438
III.- JURIDICTIONS ADMINISTRATIVES **438**
A.- COURS ADMINISTRATIVES D'APPEL 438
B.- CONSEIL D'ETAT 439

INDEX **441**

ANNEXES **447**

ANNEXE 1 : EXTRAITS DU CARNET DE BORD **448**
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE SUR LA PERCEPTION DES SST TRANSMIS AUX EMPLOYEURS **449**
ANNEXE 3 : RESULTATS DU SONDAGE MIS EN LIGNE LE 26 JANV. 2017 ET REALISE AUPRES DE 188 ENTREPRISES **450**
ANNEXE 4 : MODELES DE FICHES D'APTITUDE MEDICALE AVANT ET APRES 2017 ..... **457**
ANNEXE 5 : TABLEAU DE L'EVOLUTION DES MISSIONS DES SST AU FUR ET A MESURE DES REFORMES **459**
ANNEXE 6 : TABLEAU COMPARATIF AVANT ET APRES LA REFORME DE 2016 ..... **462**
ANNEXE 7 : PROPOSITION D'UNE AUTORISATION RELATIVE AU DROIT A L'IMAGE **463**
ANNEXE 8 : LISTE DETAILLEE ET SIMPLIFIEE DES POSTES A RISQUE ENONCES A L'ARTICLE R. 4624-23 DU CODE DU TRAVAIL. (*POWERPOINT PRESENTE AUX ENTREPRISES LORS DE CONFERENCES ET DE FORMATIONS*) **464**
ANNEXE 9 : RETRANSCRIPTION DE L'INTERVIEW DU PROFESSEUR FRANCK HEAS, LE 5 FÉV. 2017 ..... **465**
ANNEXE 10 : LES HUIT PRINCIPES TENDANT A RENOVER LES RAPPORTS ENTRE ENTREPRISES ET SST **469**

TABLE DES MATIERES **473**

RESUME **484**

Résumé

« *Vous aboutirez parce que vous n'êtes pas seulement des théoriciens, parce que vous n'envisagez pas seulement les problèmes qui se dressent devant vous sous leur aspect purement théorique, mais parce que vous êtes profondément pénétrés de cette vérité* ». Tels étaient les propos du Ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et des Télégraphes, à l'occasion du Congrès International pour la protection légale de travailleurs, le 25 juillet 1900. Dans ce même esprit, ce travail de thèse porte sur les différents moyens juridiques permettant d'améliorer les rapports entre les entreprises et les services de santé au travail (SST) sous plusieurs aspects. Nos recherches se sont fondées sur l'observation d'un constat général, celui d'une insatisfaction réciproque et avérée entre les différents acteurs de la santé au travail. L'analyse des difficultés évoquées par ces multiples protagonistes a fait ressortir plusieurs failles juridiques dont, notamment, la répartition imprécise des compétences et des responsabilités de chacun des acteurs de la santé au travail. Nos recherches nous ont également amenées à affirmer l'existence d'un décalage significatif entre l'effectivité du droit et la pratique. Notre expérience professionnelle, quant à elle, nous a conduit à vouloir proposer et rassembler de nouveaux principes juridiques rénovateurs adaptés à la réalité du terrain observé, de manière à en faciliter l'applicabilité. La logique de prévention a représenté le fil conducteur de l'ensemble de nos développements. Au total, huit principes rénovateurs ont été énumérés. L'objectif recherché a été de tendre vers un modèle de santé au travail plus moderne permettant d'instaurer un certain climat de confiance entre entreprises, services de santé au travail et salariés. La transversalité de la matière nous a permis d'envisager la santé au travail comme pouvant pleinement participer à un objectif de santé publique. En ce sens, une conception idéale de la santé au travail a pu être imaginée en vue d'une uniformisation européenne des rapports entre les entreprises et les services de santé au travail.

Mots clefs : *Santé au travail, rapports juridiques, entreprises, services de santé au travail.*

"*You will succeed because you are not only theorists, because you do not only view the problems that arise in front of you in their purely theoretical aspect, but because you are deeply imbued with this truth."* These were the words of the Minister of Commerce, Industry, Posts and Telegraphs, on the occasion of the International Congress for the legal protection of workers on July 25, 1900. In the same spirit, this thesis focuses on different legal means to improve relations between companies and occupational health services (OSH) in several aspects. Our research was based on the observation of a general finding, that of reciprocal and proven dissatisfaction between the various players in occupational health. Analysis of the difficulties mentioned by these various protagonists revealed several legal flaws, including, in particular, the imprecise distribution of the skills and responsibilities of each of the players in occupational health. Our research has also led us to affirm the existence of a significant gap between the effectiveness of law and practice. Our professional experience, for its part, has led us to want to propose and bring together new renovating legal principles adapted to the reality of the field observed, so as to facilitate their applicability. The logic of prevention has been the common thread of all of our developments. In total, eight renovating principles have been listed. The objective sought was to move towards a more modern occupational health model that would allow a certain climate of trust to be established between companies, occupational health services and employees. The transversality of the subject has enabled us to consider health at work as being able to fully participate in a public health goal. In this sense, an ideal conception of occupational health has been imagined with a view to European standardization of relations between businesses and occupational health services.

Keywords: *Occupational health, legal reports, companies, occupational health services.*

Unité de recherche/Research unit : *Université de Lille, ULR 4487 – CRDP – Centre de recherche Droits et perspectives du droit, F-59000 Lille, France, http:// https://crdp.univ-lille.fr/*

Ecole doctorale/Doctoral school : *Ecole doctorale des sciences juridiques, politiques et de gestion, n° 74, 1 place Déliot, 59000 Lille, http://edoctorale74.univ-lille2.fr,*

Université/University : *Université de Lille, Droit et Santé, 42 rue Paul Duez, 59000 Lille, http://www.univ-lille2.fr*