



Santé au travail : nouveau cadre réglementaire

publié le **22/07/2013**, vu **3160 fois**, Auteur : [Crozafof Jean-Luc](#)

La loi du 20 juillet 2011 et ses textes d'application modifient le rôle des médecins du travail et le fonctionnement des services de santé au travail.

Publication La Semaine Juridique-Social n° 24, 11 juin 2013,1245

La protection de la santé au travail des salariés repose sur l'organisation d'une médecine de prévention obligatoire, dont les missions sont précisément décrites par le code du travail[1].

Elle est assurée par des médecins et d'autres personnels spécialisés, organisés au sein d'un Service de santé au travail, interne à l'entreprise si les effectifs dépassent 500 salariés, ou externalisé dans un service inter-entreprises associatif.

Originalité depuis 1946 de notre système de protection sociale, le financement du dispositif repose directement sur les employeurs et non sur des cotisations sociales, ce qui explique jusqu'à présent le faible rôle des représentants des salariés.

Malgré l'échec des négociations préalables entre les partenaires sociaux, une nouvelle[2] et importante réforme est entrée en vigueur en 2012 (Loi du 20 juillet 2011, et décrets du 30 janvier 2012[3]).

Cette réforme législative apporte de nouveaux éléments de réponse à la « crise de la médecine du travail ». La mise en œuvre du nouveau cadre réglementaire dépasse cependant ses seuls aspects juridiques, car elle nécessitera une adaptation des pratiques et des organisations qui est loin d'être acquise.

Le rôle essentiel du médecin du travail -dont les avis, notamment sur l'aptitude au poste de travail, s'imposent à l'employeur- nécessite de bien comprendre les évolutions que cette réforme semble préfigurer.

1. L'augmentation des besoins de santé face à la raréfaction des ressources médicales

1. les besoins des salariés augmentent, tout comme les obligations des employeurs

La plupart des spécialistes s'accordent pour reconnaître que, malgré la stabilisation de la pénibilité physique et la diminution du temps de travail, l'intensification du travail [4] a des retentissements sur la santé physique et morale[5].

Le vieillissement de la population, conséquence de l'augmentation de l'âge de la retraite et de la baisse d'attractivité de certains territoires, affecte également -et affectera encore davantage à l'avenir- les conditions de travail.

Enfin, la crise soulève avec acuité la question de l'employabilité des salariés les plus fragiles du fait de l'âge ou du handicap, tandis que parallèlement l'aggravation des problèmes de santé publique [6] se fait sentir au sein même des entreprises.

De son côté, l'employeur a une obligation générale de sécurité[7], qui l'oblige à prendre « les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé, physique et mentale des travailleurs ». Depuis 2002, la jurisprudence en a fait une obligation de résultat[8] résultant du contrat de travail; le manquement à cette obligation constitue une faute inexcusable de l'employeur, même en cas de faute de la victime, qui est sanctionnée au civil et au pénal.

Cette obligation justifie et impose la mise en place d'une démarche de prévention des risques professionnels dans l'entreprise; depuis 2001, un document unique (DU) doit identifier les risques, les hiérarchiser et proposer des actions de prévention[9].

De même, l'avis médical d'inaptitude du salarié s'impose à l'employeur, qui doit rechercher un reclassement dans l'entreprise, sous le contrôle du juge[10].

Au delà de ces obligations générales, sont apparues des obligations spécifiques nouvelles, notamment en matière de troubles musculo-squelettiques, de risques psycho-sociaux, et plus récemment de pénibilité : la loi sur les retraites[11] de 2010 met ainsi en place une traçabilité de l'exposition à certains facteurs de pénibilité tout au long de la vie professionnelle.

1. La pénurie des ressources médicales rend plus complexe l'évolution souhaitée de la « médecine » à la « santé » au travail[12]

Les médecins du travail sont exclusivement des médecins spécialisés[13], qui cultivent d'autant plus leur indépendance éthique et professionnelle qu'ils n'exercent pas « en libéral » mais comme salariés, soit d'une entreprise, soit d'une association inter-entreprises.

La perspective d'une carrière peu valorisée a fortement diminué le nombre de candidats à la fonction. Le vieillissement de la population médicale (75% des médecins du travail ont plus de 50 ans) réduit progressivement les effectifs[14]. Au-delà des problèmes de démographie médicale, l'augmentation des populations suivies et les changements imposés dans les pratiques professionnelles conduisent aussi à une forte démobilisation de beaucoup d'entre eux.

Et pourtant, le suivi individuel des salariés nécessite aujourd'hui d'élargir le champ traditionnel de la médecine du travail. Au-delà des risques d'altération physique, la santé au travail doit prendre en compte la dimension sociale, et aussi psychologique du travailleur. Elle implique désormais un suivi de la pénibilité tout au long de la vie au travail et la mise en place d'une gestion anticipée pour favoriser le maintien dans l'emploi, malgré les aléas liés au vieillissement et à l'usure au travail.

Par ailleurs, la complexité de l'environnement et la multiplicité des acteurs dans l'entreprise impliquent de nouveaux partenariats externes et une modification des relations avec l'employeur pour développer une fonction de conseil sur la qualité de la vie et au travail, et d'expertise sur des sujets souvent très techniques[15].

Ces nouveaux besoins justifient le renforcement par la loi des missions des services de santé au travail[16], au sein desquels les médecins du travail exercent un rôle central.

2. **La double mission des médecins du travail : le contrôle de l'aptitude des salariés et la prévention des risques d'altération de la santé**

2. la mission générale des médecins du travail

Le code du travail confère une mission très large au médecin du travail, puisque celui-ci est « le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux »[\[17\]](#). Il encadre néanmoins précisément ses modalités de recrutement, de nomination et d'affectation, mais aussi ses conditions d'exercice[\[18\]](#) afin de préserver son indépendance professionnelle et fonctionnelle.

Progressivement, le législateur s'est efforcé d'étendre la mission des médecins initialement limitée au contrôle individuel de l'aptitude du salarié, en développant son rôle dans la prévention des risques d'altération de la santé, et en facilitant par conséquent son intervention sur les conditions de travail au sein de l'entreprise.

Le médecin du travail se voit ainsi confier deux missions : « il conduit des actions sur le milieu de travail (...) et procède à des examens médicaux »[\[19\]](#). Il s'agit de deux activités très différentes, et pourtant complémentaires :

La première (visites médicales) est une activité médicale personnelle et exclusive, même si la loi de 2011 prévoit dorénavant que « le médecin du travail peut confier certaines activités, sous sa responsabilité (...) aux infirmiers, aux assistants de service de santé au travail ou, lorsqu'elle est mise en place, aux membres de l'équipe pluridisciplinaire »[\[20\]](#).

La seconde (actions sur le milieu de travail) [\[21\]](#) implique au contraire des collaborations variées avec d'autres professionnels de santé ou de prévention des risques.

Suivi de l'état de santé individuel des salariés, prévention des risques collectifs et individuels, amélioration de la qualité de vie au travail ... la diversification de ces missions s'est inscrite dans un contexte de pénurie de moyens et de renforcement des services de santé, au sein desquels les médecins sont appelés à évoluer.

Pour autant, le médecin du travail conserve la plénitude de ses pouvoirs en matière de contrôle de l'aptitude des salariés.

2.2 le suivi individuel de l'état de santé des salariés et les conséquences de l'avis médical sur l'aptitude au poste

Le code du travail impose un suivi individuel de chaque salarié, sous forme d'examens médicaux périodiques[\[22\]](#). Ces visites interviennent d'abord à l'embauche, et à la reprise du travail après un long arrêt maladie. La loi impose aussi une visite à échéances régulières, obligatoire pour tous; en dehors des échéances prévues, donc à tous moments, le salarié ou son employeur peut demander un examen médical. La loi fixe enfin les modalités d'une surveillance médicale renforcée (SMR) pour certaines catégories de salariés plus fragiles ou plus exposés.

C'est à l'occasion de ces visites que le médecin du travail est notamment conduit à se prononcer sur l'aptitude du salarié à son poste de travail. Cette compétence exclusive est au cœur du dispositif de protection de la santé au travail.

En effet, l'ensemble des avis médicaux sur l'aptitude du salarié s'imposent à l'employeur, soit en application des dispositions légales et réglementaires, soit au titre de son obligation générale de sécurité; ce qui implique -ou devrait impliquer- un dialogue approfondi, voire un véritable travail en commun avec le médecin, lorsque l'avis nécessite d'aménager le poste de travail ou de rechercher un reclassement dans l'entreprise. D'autant que, en cas d'impossibilité de reclassement, la procédure de licenciement pour inaptitude est lourde et coûteuse pour

l'employeur.

En cas de problème de santé avéré, dont la nature reste couverte par le secret médical, le médecin a d'abord la possibilité de prononcer un avis d'aptitude *temporaire* (nouvelle visite à prévoir), avec *réserves* (restrictions sur certaines tâches, comme par exemple le port de charges lourdes) ou à *temps partiel* (reprise progressive pour des raisons thérapeutiques).

Dans ces derniers cas, l'employeur doit impérativement aménager le poste de travail du salarié. Cet aménagement se traduit par une modification des tâches -en supprimant les activités interdites- ou par un aménagement du temps de travail. Ces adaptations individuelles ne sont évidemment pas sans conséquence sur l'organisation de l'équipe de travail.

En principe, *l'inaptitude totale au poste* est constatée après une étude du poste et des conditions de travail, et après deux examens médicaux de l'intéressé espacés de deux semaines [23]. Mais un seul examen suffit en cas de danger immédiat ou, depuis la nouvelle loi, dans la mesure où le salarié a été vu dans le cadre d'une visite de pré-reprise.

L'avis d'inaptitude peut être énoncé formellement, ou plus souvent résulter implicitement de l'importance des réserves émises, qui rendent impossible le maintien dans le poste. En effet, les médecins hésitent à prononcer une inaptitude totale, qui signifie souvent le licenciement du salarié, et cherchent davantage à favoriser son maintien dans l'entreprise avec des aménagements. Des difficultés sont fréquemment rencontrées à ce stade et se traduisent par une forte augmentation des recours formés devant l'inspecteur du travail, qui statue après avis du médecin inspecteur du travail [24].

L'avis d'inaptitude crée pour l'employeur une obligation de chercher concrètement à reclasser le salarié dans un emploi aussi comparable que possible dans l'entreprise [25] en prenant en compte les conclusions écrites du médecin, « au besoin par la mise en œuvre de mesures telles que mutations, transformations de postes de travail ou aménagement du temps de travail ».

L'employeur dispose d'un délai d'un mois pour conduire cette recherche ; durant cette période, ainsi qu'entre les deux visites, le salarié n'est pas payé [26].

L'effectivité de ce « droit au reclassement » est vérifiée par les tribunaux et fait l'objet d'une abondante jurisprudence [27].

A l'issue de la période d'un mois, lorsque le reclassement s'avère impossible, du fait de l'absence de poste approprié ou d'un refus non abusif du salarié, l'employeur peut procéder à un licenciement pour inaptitude. La procédure est strictement encadrée, à défaut le licenciement sera sans cause réelle et sérieuse : c'est ainsi à l'employeur de motiver son refus de prendre en considération les propositions du médecin du travail ou d'apporter la preuve de l'impossibilité du reclassement.

La protection du salarié est renforcée lorsque l'inaptitude fait suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, notamment par la nécessaire consultation des délégués du personnel et le doublement de l'indemnité de licenciement, qui est en plus augmentée d'une indemnité compensatrice de préavis.

3. Le nouveau cadre réglementaire : « dé-médicalisation » ou nouvelle ambition ?

Le nouveau dispositif législatif et réglementaire qui encadre désormais l'organisation et le fonctionnement de la santé au travail était très attendu de l'ensemble des professionnels et des

entreprises[28].

La pénurie médicale conduisait en effet à des dysfonctionnements graves[29] et ne permettait plus de répondre aux seules obligations réglementaires du suivi individuel de l'aptitude. Dans ce contexte de crise aiguë, il était illusoire de développer les missions des services de santé au travail !

3.1 Le nouveau dispositif de visites périodiques « desserre » une contrainte réglementaire qui était de plus en plus difficile à assurer

Le premier apport de la réforme de 2011 est de « desserrer » les contraintes réglementaires du suivi individuel[30], en allégeant sa périodicité tout en maintenant une surveillance renforcée sur les populations les plus fragiles.

Ainsi, la fréquence des visites périodiques pourra être supérieure à 24 mois, si l'entreprise et le service de santé au travail mettent en place des entretiens infirmiers et des actions pluridisciplinaires annuelles selon des modalités précisées par l'agrément de la DIRECCTE. De même, dans le cas général, la visite de reprise est désormais imposée après une absence de 30 jours (et non plus de 21).

En revanche, les salariés qui font l'objet d'une surveillance médicale renforcée continuent d'être soumis à une périodicité imposée (tous les 24 mois, au lieu de 12 antérieurement). De même, une visite de pré-reprise devient obligatoire pour les salariés en arrêt de travail depuis plus de trois mois, pour lesquels on peut supposer que le retour à l'emploi sera de ce fait plus difficile.

Enfin, les seuils maximums qui limitaient l'activité des médecins (jusqu'à présent 3 300 salariés et 450 entreprises) ne sont plus fixés par décret mais devront être prévus par la décision d'agrément du service.

3.2 Le rôle des professionnels non-médecins de la santé au travail est reconnu pour favoriser la pluridisciplinarité

Face à l'évolution de la démographie médicale et des besoins des salariés, le législateur a souhaité élargir le nombre des intervenants et imposer une approche pluridisciplinaire de la santé au travail.

Cette orientation se heurte au mode de fonctionnement actuel des médecins du travail, dont la culture s'est construite sur l'exclusivité de leur mission, la spécialisation de leur formation, et leur indépendance professionnelle.

Sans renoncer à ces principes[31], une plus grande ouverture est recherchée par le législateur pour mieux reconnaître le rôle des autres professionnels de santé au travail (infirmier, psychologue, ergonomiste, etc.) ainsi que des techniciens de la prévention des risques (IPRP, assistants de service de santé au travail), le médecin du travail devant se positionner en « animateur et coordonnateur d'équipe »[32]. Il est aussi prévu que des médecins non spécialisés puissent intervenir s'ils s'engagent à suivre une formation en vue d'obtenir la qualification requise. Enfin, il est expressément indiqué que les services de santé doivent comprendre un service social du travail.

Ces évolutions ne pourront se concrétiser sans l'adhésion des principaux intéressés ... et celle-ci semble loin d'être acquise ! [33]. Attachés à leur pratique professionnelle[34], beaucoup de médecins acceptent mal d'être intégrés dans un dispositif plus global où ils ne seront plus les seuls intervenants.

Ils critiquent également la nouvelle gouvernance des services inter-entreprises, dont les priorités seront précisées régionalement par un « contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens » avec l'Etat et la sécurité sociale[35]. Le nouveau texte renforce aussi la présence des syndicats de salariés par le paritarisme du conseil d'administration, et élargit la composition de la commission médico-technique où les médecins risquent de perdre leur prépondérance.

3.3 Une évolution nécessaire du rôle du médecin du travail

Loin de la « dé-médicalisation » annoncée par certains, le rôle des médecins du travail est donc conduit à fortement évoluer.

Les pouvoirs donnés aux médecins du travail dans le contrôle de l'aptitude du salarié les ont essentiellement placés en situation de « contre-pouvoir » vis à vis de l'employeur, renforcée parfois par un certain « militantisme médical ». Il s'agit désormais de les intégrer dans une démarche plus globale, et dans un dispositif d'appui dont ils constitueront « le pivot », sans renoncer ni à leur indépendance professionnelle ni à leur rôle exclusif dans le contrôle de l'aptitude.

La légitimité des médecins du travail tient en effet moins à leur statut qu'aux difficultés rencontrées par les employeurs pour faire face, sans un réel appui des professionnels de santé, à leurs obligations légales.

Ainsi, le « droit au reclassement » se heurte, notamment dans les PME, à des difficultés souvent insurmontables, car les DRH ont de plus en plus de mal à convaincre les managers opérationnels d'accepter l'intégration dans leurs équipes de salariés ayant des restrictions importantes. Les salariés eux-mêmes sont souvent stigmatisés comme étant des « bras cassés », voire rejetés par leurs collègues auxquels ils imposent un surcroît de travail. Enfin, si les reclassements se font généralement des métiers techniques vers les métiers administratifs, les services administratifs ne peuvent intégrer toutes les reconversions et les ouvriers n'ont pas toujours la formation ou la capacité pour s'intégrer dans un environnement de « cols blancs ».

Dans le mouvement général qui favorise la « portabilité » des droits des salariés[36], les nouvelles dispositions concernant la pénibilité « tout au long de la carrière » donnent également une nouvelle dimension au suivi médical des salariés au-delà de ses différents employeurs et de ses contrats successifs.

Ainsi, dorénavant, le service de santé est destinataire, au titre des nouvelles dispositions sur la pénibilité[37], de la fiche de prévention des expositions aux facteurs de risques professionnels pour les travailleurs exposés « à un ou plusieurs 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 sa santé ». Une copie de cette fiche est remise au travailleur à son départ de l'établissement.

*

*

*

La problématique du maintien dans l'emploi -dans le contexte général du vieillissement de la

population au travail et de la crise-, est au centre des nouvelles dispositions concernant la santé au travail.

Conséquence du débat sur l'âge de la retraite, la nouvelle exigence du suivi de la pénibilité tout au long de la vie professionnelle du salarié a également pour objectif de limiter « l'usure au travail » et par conséquent le risque de la désinsertion professionnelle.

L'effectivité du « droit à la santé » de chacun, qui justifie déjà l'obligation de résultat qui pèse sur l'employeur, exige dorénavant que le service de santé au travail puisse davantage contribuer aux réflexions sur l'organisation du travail, à l'identification des risques professionnels, à la recherche des solutions de reclassements individuels... et être ainsi partie prenante dans l'amélioration des conditions de travail individuelles et collectives.

C'est sans doute le véritable enjeu de la mise en œuvre de cette réforme de la santé au travail.

[1] art. L 4621-1 et s. du code du travail

[2] voir les précédents textes : directive européenne du 12 juin 1989, ANI Santé au travail du 18 dec. 2000, L. de modernisation sociale du 17 janv. 2002, D. n°2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail, ...

[3] Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail

Décret n°2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail

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

Circulaire DGT/13 du 9 novembre 2012

Voir aussi les préconisations établies par les DIRECCTE (direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi) pour le renouvellement des agréments des services inter-entreprises

[4] notamment par l'augmentation des horaires atypiques, ou des mobilités professionnelles non souhaitées.

[5] ce qui justifie les actions de prévention des risques psycho-sociaux, voir pour une jurisprudence récente : cass. civ. 8 novembre 2012 n° 11-23.855 qui reconnaît la faute inexcusable de l'employeur suite à l'infarctus dont a été victime un cadre soumis à une surcharge de travail

[6] dans les années 80 le SIDA, puis l'amiante, la consommation d'alcool et aujourd'hui des autres drogues, les pathologies psychiatriques, les risques « à effets différés », etc.

[7] art. L 4121-1 c. trav.

[8] cass.soc.28 février 2002 n° 00-10.051 ; cass. ass. 24 juin 2005 n° 03-30.038

[9] art. L 4121-3 et R 4121-1 et s.

[10] voir infra

[11] art 60 de la loi du 9 novembre 2010

[12] en 2004, les « services de médecine du travail » sont devenus des « services de santé au travail (SST) »

[13] titulaires du DES correspondant

[14] dans certains services, le nombre de médecins sera divisé par deux en moins de 10 ans.

[15] voir par exemple, la complexité d'analyse du risque chimique dans certains cas comme les interactions à l'origine du dégagement de chloramides dans les piscines publiques ou la toxicité du bitume conjugué à l'exposition au soleil (cour d'appel de Lyon 13 novembre 2012).

[16] art. L 4622-2

[17] art. R 4623-1

[18] art. R 4626-9 et s.

[19] art. R 4623-1

[20] art. R 4623-14, cette disposition permettra notamment d'espacer davantage la périodicité des visites périodiques assurées par les médecins en les faisant alterner par des entretiens infirmiers.

[21] art. R 4624-1, le médecin doit personnellement consacrer à ces actions le tiers de son temps de travail ; celles-ci font nécessairement appel à des compétences pluri-disciplinaires pour réaliser des études de postes, analyser des risques et nuisances professionnels, participer au CHSCT, faire des enquêtes épidémiologiques, communiquer, former, etc.

[22] art. R 4624-10 et s.

[23] art. R 4624-31 et s.

[24] art. R 4624-34 et s.

[25] art. L 1226-2

[26] sauf accident du travail ou maladie professionnelle

[27] notamment, sur l'effectivité de la recherche d'un poste de reclassement, cass. soc. 25 mars 2009 n° 07-41708 et 07-44748 ; sur le manquement de l'employeur à l'obligation de reclassement, cass. soc. 7 mars 2012, n°11-11311 et 10-18118 ; sur l'obligation de saisir à nouveau le médecin du travail en cas de refus du poste par le salarié, cass. soc. 6 février 2008, n° 06-44413

[28] ce nouveau cadre juridique et encore évolutif, comme le montre la modification de l'article 4622-2 modifié en juillet 2012 pour prendre en compte la prévention du harcèlement sexuel ou moral et la publication récente de la circulaire DGT du 9 nov. 2012

[29] la norme de 3 300 salariés suivis par médecin était fréquemment dépassée, et certains salariés n'ayant pas bénéficié des visites réglementaires n'hésitaient pas à demander aux tribunaux de « prendre acte » de leur licenciement

[30] l'effet concret de la réforme reste cependant à mesurer car les effectifs suivis par médecin, notamment en cas de fort turn over, ne baisseront pas systématiquement.

[31] le Conseil d'état a confirmé dans un arrêt du 25 juin 2012, n°358108 que le principe de l'indépendance du médecin du travail s'impose dans le cadre des services de santé interentreprises en application de l'article L. 4623-8 du code du travail

[32] l'intervention de professionnels non soumis aux prescriptions du code de la santé publique pourrait soulever des difficultés dans le travail en commun

[33] voir par exemple « Une réforme destinée à en finir avec la médecine du travail », Alain Carré, Les cahiers SMT, mai 2012 « ... le médecin est dépossédé à double titre de son activité clinique : par espacement de la périodicité des visites et par la substitution d'une part de son activité par d'autres professionnels dans un cadre artificiel de collaboration »

[34] voir art.4127-69 c. santé publique « l'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin et responsable de ses décisions et de ses actes » ; ibid. c.trav. art R4626-13 « le médecin du travail assure personnellement l'ensemble de ses fonctions » ; pour certains, la responsabilité médicale ne se délègue pas et l'infirmier du travail ne peut donc pas réaliser d'entretiens « sous la responsabilité du médecin ».

[35] L. 4622-10 et s.

[36] la loi du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie instaure la « portabilité du DIF après la fin du contrat de travail

[37] le débat qui a accompagné la loi 2010-1330 du 9 novembre 2010 sur les retraites a conduit le législateur à définir des critères permettant de maintenir l'âge de 60 ans pour les travailleurs ayant été soumis à des travaux pénibles.