

La loi « Travail » : La santé

Vers un nouveau suivi individuel en santé au travail plus adapté et ciblé

par Céline CZUBA, Juriste et doctorante en droit social,
ISTNF – CRDP – L'EREDS Lille-2 et

Paul FRIMAT, Professeur des Universités en médecine du travail
– CRDP – L'EREDS Lille-2

PLAN

- I. Une nouvelle surveillance de l'état de santé des salariés non affectés à un risque particulier
- II. Un suivi médical plus renforcé pour les salariés affectés à un risque particulier
- III. Un remaniement de la procédure d'inaptitude médicale

La médecine du travail a été organisée de façon normative. Pendant 70 ans, elle s'est focalisée sur une approche individuelle. Notre société a souhaité, pendant de nombreuses années, que le collectif « Médecine du Travail » développe une problématique liée à l'aptitude professionnelle.

La loi du 11 octobre 1946 (1) était innovante, car elle mettait en place un dispositif de prévention primaire : « Éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail »... C'est bien le décret du 16 novembre 1946 (2) qui a perverti cette approche en instaurant le dispositif d'aptitude. Très rapidement, nous nous sommes orientés vers une problématique tendue par l'indemnisation. La médecine du travail s'est développée autour d'une approche médico-légale et de réparation.

Entre la loi de 1946 créant la médecine du travail et la loi du 20 juillet 2011 (3) précisant les missions des services de santé au travail (4), plusieurs textes ont jalonné l'évolution de notre système. Les mesures contenues dans la directive-cadre de 1989 (5) et les enjeux concernant l'évaluation des risques professionnels en entreprise ont permis d'inscrire la gestion du risque dans les priorités. Malgré tout, notre système accuse encore aujourd'hui des problèmes de fonctionnement. Les services de santé au travail étaient devenus, au fil des ans, des services de gestion de visites médicales ; ils ne peuvent prétendre, actuellement encore, à répondre aux besoins de santé des entreprises sans une réelle évolution.

De nombreux rapports l'ont souligné, comme le *Plan national santé au travail* 3 (6), en intégrant la

place importante de la prévention primaire. C'est ainsi que le dispositif législatif s'est complété en 2015 (7) et 2016 (8) pour aboutir à une nouvelle orientation en matière de suivi individuel de santé.

La loi du 8 août 2016 (9), précisément intitulée « *Loi relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels* », comporte de nombreux changements dans divers domaines (10) et en particulier celui de la santé au travail, qui a fait spécifiquement l'objet d'un décret d'application le 27 décembre 2016.

Ce décret relatif à la « modernisation de la médecine du travail » (11) est venu expliquer les nouvelles modalités réglementaires concernant le suivi individuel de l'état de santé du travailleur. Au

(1) Loi n°46-2195 du 11 octobre 1946 organisation des services médicaux du travail, JORF du 12 octobre 1946, p. 8638.

(2) Décret n°46-2603 du 16 novembre 1946 portant institution d'un contrôle général des territoires occupés, JORF du 26 novembre 1946, p. 9940.

(3) Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, JORF n°0170 du 24 juillet 2011, p. 12677.

(4) Code du travail, article L. 4622-2.

(5) Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail

(6) Plan national santé au travail 2016-2020 – PNST 3.

(7) Loi n°2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi, JORF n°0189 du 18 août 2015, p. 1434.

(8) Loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JORF n°0184 du 9 août 2016.

(9) Loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JORF n°0184 du 9 août 2016.

(10) Par exemple : la mise en place d'un nouvel ordre social avec la primauté de la négociation collective au niveau de l'entreprise pour réformer notamment la durée du travail, les repos et les congés ; la création d'un compte personnel d'activité (CPA) ; une nouvelle définition du motif économique de licenciement ; l'entrée dans le Code du travail d'un droit à la déconnexion à l'ère du travail numérique...

(11) Décret n°2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail, JORF du 29 décembre, JORF n°0302 du 29 décembre 2016.

titre de la surveillance de l'état de santé des travailleurs, il est rappelé que tout travailleur bénéficie d'un suivi individuel de son état de santé. Ce suivi est, en principe, assuré par le médecin du travail et, sous son autorité, par le collaborateur médecin, l'interne en médecine du travail et l'infirmier en santé au travail, *autrement dit* par les professionnels de santé membres de l'équipe pluridisciplinaire, nouvellement élargie (12).

Cette nouvelle surveillance médicale opère désormais un distinguo entre un suivi de type « classique », pour tous les salariés non affectés à un risque particulier (I), et un suivi en santé au travail renforcé, pour les salariés affectés sur un poste de travail présentant des risques particuliers (II). Outre la procédure d'inaptitude remodelée (III), la contestation des avis et des mesures émis par le médecin du travail est également réformée en profondeur (IV).

I. Une nouvelle surveillance de l'état de santé des salariés non affectés à un risque particulier

Pour les salariés *non soumis à des risques particuliers*, le suivi individuel en santé au travail comprend désormais, dans un premier temps, une visite d'information et de prévention, laquelle remplace l'ancienne visite médicale systématique d'embauche (13).

Elle est réalisée par l'un des professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire, c'est-à-dire soit par le médecin du travail, soit par le médecin-collaborateur, soit par l'interne en médecine du travail ou soit par l'infirmier en santé au travail. Cette visite d'information et de prévention (VIP) a lieu après l'embauche, dans un délai qui n'excède pas trois mois à compter de la prise effective du poste de travail, sauf pour les apprentis où elle doit avoir lieu deux mois après l'embauche (14). Le décret du 27 décembre 2016 prévoit une atténuation dans la mesure où la VIP devra avoir lieu préalablement à l'affectation au poste pour certains travailleurs : les travailleurs de nuit et ceux âgés de moins de 18 ans (15), les travailleurs exposés aux champs électromagnétiques (16), les travailleurs exposés aux agents biologiques catégorie n°2 (17).

Cette visite d'information et de prévention a pour objet d'interroger le salarié sur son état de santé, de l'informer sur les risques éventuels auxquels l'expose son poste de travail, de le sensibiliser sur les moyens de prévention à mettre en œuvre, d'identifier si son état de santé ou les risques auxquels il est exposé nécessitent une orientation vers le médecin du travail et, enfin, de l'informer sur les modalités de suivi de son état de santé et sur les possibilités dont il dispose à tout moment de bénéficier d'une visite à sa demande (18) avec le médecin du travail.

Dans certains cas particuliers, le professionnel de santé, autre que le médecin du travail, qui effectue

cette première visite devra orienter le travailleur, sans délai, vers le médecin, dans le respect du protocole élaboré par ce dernier, afin de bénéficier d'un suivi individuel adapté de son état de santé, dès lors que l'intéressé déclare être reconnu, par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), comme travailleur handicapé ou être titulaire d'une pension d'invalidité (19).

À l'issue de la VIP, il sera remis au salarié et à l'employeur une attestation de suivi, versée dans le dossier médical en santé au travail constitué par le professionnel de santé du service de santé au travail, sous l'autorité du médecin du travail.

Cette VIP devra être renouvelée périodiquement, dans un délai qui sera fixé par le médecin du travail, dans le cadre d'un protocole, en prenant en considération les conditions de travail, l'état de santé du salarié, son âge, ainsi que les risques auxquels il est exposé. Le décret du 27 décembre dernier précise néanmoins que cette périodicité ne pourra dépasser cinq ans, sauf pour les travailleurs handicapés, les travailleurs titulaires d'une pension d'invalidité et les travailleurs de nuit. Pour ces derniers, la périodicité maximale est fixée à trois ans (20).

Autrement dit, il est mis fin à la vérification systématique de l'aptitude de tous les salariés et en particulier de ceux n'étant pas exposés à un risque particulier. En cas de risques particuliers pour la santé ou la sécurité du salarié, ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat, le médecin du travail, informé de cette situation, devra faire bénéficier le salarié, sans délai, d'une surveillance médicale plus renforcée.

(12) Code du travail, article L.4624-1, alinéa 1.

(13) Code du travail, articles L.4624-1 et R.4624-10 à R.4624-15.

(14) Code du travail, article R.6222-40-1.

(15) Code du travail, article R.4624-18.

(16) Code du travail, article R.4453-10.

(17) Code du travail, article R.4426-7, alinéa 2.

(18) Code du travail, article R.4624-34, alinéa 2 : en outre, tout travailleur peut, notamment lorsqu'il anticipe un risque d'inaptitude, solliciter une visite médicale dans l'objectif d'engager une démarche de maintien en emploi et de bénéficier d'un accompagnement personnalisé.

(19) Code du travail, article R.4625-20.

(20) Code du travail, articles R.4624-16 et s.

II. Un suivi médical plus renforcé pour les salariés affectés à un risque particulier

La loi *Rebsamen* du 17 août 2015 (21) avait déjà institué un suivi médical dit « *spécifique* » pour les salariés affectés à des postes présentant des risques particuliers pour leur santé ou leur sécurité, celles de leurs collègues ou de tiers (ainsi que pour les salariés dont la situation personnelle justifie une surveillance médicale particulière). Néanmoins, le législateur de 2015 renvoyait vers un décret en Conseil d'État (qui n'a pas été publié...) afin de prévoir, d'une part, les modalités d'identification de ces salariés et, d'autre part, celles de la surveillance médicale spécifique (22).

Reprenant l'idée, la loi du 8 août 2016 renforce ainsi la surveillance médicale des salariés travaillant sur des postes à risques. En effet, 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, effectué par un médecin du travail, sauf si un texte spécifique (et non un décret) le confie à un autre médecin.

Ce suivi comprend désormais un examen médical d'aptitude, qui se substitue à la visite d'information et de prévention, réalisé avant l'embauche et renouvelé périodiquement (23). La périodicité sera déterminée par le médecin du travail, avec un délai maximum de quatre ans. Entre-temps, une visite intermédiaire devra avoir lieu au plus tard deux ans après la visite avec le médecin du travail, cette visite intermédiaire pouvant être réalisée par un professionnel de santé de l'équipe pluridisciplinaire : médecin collaborateur, infirmier en santé au travail, interne en médecine du travail.

Le décret du 27 décembre 2016 propose une définition de ces postes à risques qui peuvent être répertoriés en trois grandes catégories (24) :

– 1^{ère} catégorie : il s'agit des postes qui présentent des risques particuliers exposant les travailleurs à l'amiante, le plomb, les agents cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR), les agents biologiques des groupes 3 et 4, les rayon-

nements ionisants, le risque hyperbare, les risques de chute de hauteur lors des opérations de montage et de démontage d'échafaudages. Cette liste comportant sept risques est transmise au Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) pour consultation tous les trois ans pour être, le cas échéant, révisable.

– 2^{ème} catégorie : il s'agit des postes nécessitant un examen d'aptitude spécifique prévu par le Code du travail, à savoir : les jeunes de moins de 18 ans affectés sur des travaux dangereux réglementés (25) ; les travaux sous tension (26) ; les autorisations de conduite (par exemple d'un engin de levage) (27).

– 3^{ème} catégorie : il s'agit des postes listés par l'employeur sur une liste complémentaire, après avis du médecin du travail et du CHSCT (à défaut les délégués du personnel). Charge pour l'employeur de motiver par écrit l'inscription de tout poste supplémentaire sur cette liste, qui doit, a minima, être en cohérence avec son évaluation des risques au sein de son entreprise (28) et le document unique (29), ainsi qu'avec la fiche d'entreprise (30). Mise à jour annuellement, cette liste complémentaire est transmise au service de santé au travail, tenue à la disposition du directeur de la Direccte et des services de prévention de la Sécurité sociale.

En conséquence, pour les salariés affectés à un poste à risques, le suivi individuel en santé au travail continuera donc de faire l'objet d'un avis en termes d'aptitude médicale, remis en double exemplaire à l'employeur et au salarié et versé au dossier médical en santé au travail. Cet examen médical d'aptitude permettra ainsi de s'assurer, notamment, de l'aptitude 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.

Dans tous les cas, qu'un salarié soit affecté sur un poste présentant ou non des risques particuliers, si son état de santé est incompatible avec son poste de travail, alors le médecin du travail pourra conclure à son inaptitude médicale, sous certaines conditions.

(21) Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi, JORF n° 0189 du 18 août 2015, p. 1434.

(22) Code du travail, article L. 4624-4 abrogé.

(23) Code du travail, articles L. 4624-2 et R. 4624-22 à R. 4624-28.

(24) Code du travail, article R. 4624-23.

(25) Code du travail, article R. 4153-40 ; instruction interministérielle de 7 septembre 2016.

(26) Code du travail, article R. 4544-10.

(27) Code du travail, article R. 4323-56.

(28) Code du travail, article L. 4121-3.

(29) Code du travail, article R. 4121-2.

(30) Code du travail, article R. 4624-37.

III. Un remaniement de la procédure d'inaptitude médicale

Jusqu'au 31 décembre 2016, le constat de l'inaptitude médicale du salarié à son poste de travail était rigoureusement encadré (31). Le salarié était, en principe, déclaré inapte à l'issue de deux visites médicales, espacées d'un délai minimum de deux semaines. Par exception, l'inaptitude pouvait être constatée en un seul examen médical, soit en cas de danger immédiat pour la santé ou la sécurité du salarié ou celles des tiers ; soit s'il y a eu une visite de pré-reprise dans un délai de 30 jours au plus, avant la visite de reprise. Dans tous les cas, une étude du poste de travail et des conditions de travail dans l'entreprise était requise (32).

La loi du 8 août 2016 réforme en profondeur cette procédure en mettant fin au principe de la double visite médicale (33). Désormais, le médecin du travail déclare le travailleur inapte à son poste de travail en une seule visite médicale, accompagnée, le cas échéant, d'examens complémentaires, s'il constate qu'aucune mesure [individuelle] d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail occupé n'est possible et qu'il est nécessaire de proposer un changement de poste, eu égard l'état de santé de l'intéressé.

Toutefois, le décret du 27 décembre 2016 précise que le médecin du travail aura le choix de continuer à utiliser une procédure en deux examens médicaux, s'il l'estime nécessaire, mais dorénavant dans un délai maximal de quinze jours.

Si elle reste exclusivement du ressort du médecin du travail, l'inaptitude médicale du salarié à son poste de travail ne peut être rendue qu'en dernier recours après :

– d'une part, une étude de poste et des conditions de travail, réalisée soit par le médecin du travail lui-même, soit par un membre de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail ;

– et, d'autre part, un échange, par tout moyen, entre médecin du travail – salarié – employeur.

Si ces constats sont réunis, alors le médecin du travail pourra déclarer, lors d'un seul examen, le salarié « *inapte* » à occuper son poste de travail. Cet avis d'inaptitude devra être l'ultime solution et sera encore éclairé par les conclusions écrites du médecin du travail, ainsi que ses indications relatives au reclassement du salarié inapte (34).

Le législateur renforce, en effet, le rôle du médecin du travail dans le processus de reclassement. Ce dernier est tenu, dorénavant, de formuler la ou les capacité(s) du salarié à bénéficier d'une formation le préparant à occuper un poste adapté, quels que soient l'origine professionnelle ou non de l'inaptitude et l'effectif de l'entreprise (35). Par ailleurs, le praticien doit toujours énoncer les capacités du salarié à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise (36). Tout en étant précisé que l'emploi proposé doit être aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé, au besoin par la mise en œuvre de mesures telles que mutations, aménagements, adaptations ou transformations de postes existants (37).

Le médecin du travail pourra néanmoins mentionner, dans son avis d'inaptitude, que « *tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé* » ou que « *l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi* » (38).

Une interrogation demeure : avec ces nouvelles formulations expressément mentionnées par le médecin du travail dans l'avis d'inaptitude, l'employeur est-il pour autant dispensé de toute recherche de solution de reclassement ?

Selon nous, s'insérant dans les dispositions relatives à la rupture du contrat de travail suite à une impossibilité de reclassement consécutivement à une

(31) Code du travail, article R. 4624-31 abrogé.

(32) Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012.

(33) Code du travail, articles L. 4624-4 et R. 4624-42 et s.

(34) Code du travail, article L. 4624-4.

(35) Code du travail, articles L. 1226-2, alinéa 2 et L. 1226-10, alinéa 2 modifiés.

(36) Prenant en compte la réalité du terrain, le législateur réécrit certaines dispositions en vue de ne plus mentionner de manière concomitante, au sein d'un même avis, les mots « *inapte* » et « *apte* ». C'est ainsi que le médecin du travail qui conclut à l'inaptitude médicale du salarié à occuper son poste de travail devra indiquer, dans ses conclusions écrites, les « *capacités* » (et non plus les aptitudes) du salarié. Les propositions de reclassement de l'employeur devront par conséquent, prendre en compte ces capacités, appelées en pratique « *capacités*

restantes ». V. par exemple les jurisprudences récentes en ce sens : Cass. Soc. n° 15-10.006 du 30 novembre 2016 ; Cass. Soc. n° 15-20.915 et n° 15-18.887 du 23 novembre 2016 ; Cass. Soc. n° 15-24.381 du 23 novembre 2016 ; Cass. Soc. n° 15-21.711 et n° 15-21.791 du 23 novembre 2016 ...

(37) Code du travail, articles L. 1226-2, alinéa 3 et L. 1226-10, alinéa 3 modifiés.

(38) Le texte de loi du 8 août dernier ne va pas jusqu'au bout des changements de vocabulaire, pourtant évoqués lors de l'avant-projet de loi. Ce dernier prévoyait, en effet, dans le cadre du reclassement, de remplacer la notion d'« *emploi* » à la place du terme « *poste* ». Cette proposition n'a pas, *in fine*, été prise en compte par le législateur, qui continue à mentionner le mot « *emploi* », cette notion ayant été considérée par le législateur comme moins restrictive que le mot « *poste* », ce qui devrait permettre d'envisager plus largement les solutions de reclassement.

inaptitude, ces nouvelles formulations n'auraient pas pour vocation, en l'état actuel du droit, d'effacer le délai d'un mois et son devenir. Sauf position contraire des juges, ce délai devrait encore servir à l'employeur à chercher quand même une solution de reclassement.

Il est, en effet, de jurisprudence constante que l'employeur doit, malgré tout, faire des efforts de reclassement, en recherchant et en proposant des solutions adaptées qui doivent être en adéquation avec les préconisations médicales. Il s'agit ici, finalement, de transposer dans le droit ces principes édictés au fil des années par la Cour de cassation (39). Néanmoins, au regard de ces mentions, l'obligation patronale de rechercher un reclassement pourrait être considérée comme alléguée, notamment dans la justification du licenciement.

La loi du 8 août 2016 harmonise, par ailleurs, les règles en matière de reclassement, en vue d'offrir davantage de protection en matière de reclassement aux salariés inaptes, que l'inaptitude soit d'origine professionnelle ou non. Ainsi, à l'instar des inaptitudes d'origine professionnelle, *c'est-à-dire* consécu-

tives à un accident du travail ou une maladie professionnelle (40), le législateur de 2016 étend aux salariés déclarés inaptes consécutivement à un accident ou une maladie non professionnel(le) l'obligation pour l'employeur de consulter, pour avis, les délégués du personnel sur les propositions de reclassement, avant de les proposer au salarié (41).

Enfin, que l'inaptitude soit d'origine professionnelle (42) ou non, avant d'engager la procédure de licenciement (43), l'employeur est tenu de justifier, auprès du salarié inapte, et par écrit, les motifs qui s'opposent au reclassement de ce dernier (44).

Ainsi, dès lors que l'employeur a proposé un emploi répondant aux conditions légales (à savoir approprié aux capacités du salarié, après avoir recueilli l'avis des délégués du personnel et en respectant l'avis et les indications du médecin du travail), il est réputé avoir satisfait à son obligation de reclassement (45).

Si, avant d'émettre son avis, le médecin du travail peut toujours consulter le médecin-inspecteur du travail (MIRT) (46), ce dernier ne devrait néanmoins plus être appelé dans la contestation des avis médicaux...

IV. Une nouvelle contestation des avis et des mesures individuelles

Auparavant, en cas de difficulté ou de désaccord sur un avis du médecin du travail, l'employeur ou le salarié pouvait exercer un recours devant l'inspecteur du travail, en informant l'autre partie. L'inspecteur du travail prenait sa décision après avis du MIRT (47). La jurisprudence réaffirmait régulièrement la compétence de l'autorité administrative pour connaître des contestations des avis médicaux (48).

La loi du 8 août 2016 révisé en profondeur le recours permettant de contester les préconisations et avis du médecin du travail.

Le législateur rappelle, d'abord, l'obligation pour l'employeur de prendre en considération les avis, ainsi que les indications ou les propositions formulés par

le médecin du travail (49). En cas de refus de sa part, charge à l'employeur de faire connaître, désormais par écrit, non seulement au salarié, mais aussi au médecin du travail les motifs qui s'opposent à ce qu'il soit donné suite.

Et, en dernier lieu, en cas de contestation des éléments de nature médicale justifiant les avis, propositions, conclusions écrites ou indications émis par le médecin du travail, alors le salarié ou l'employeur devra saisir, dans un délai de quinze jours à compter de la notification de la décision, non plus l'inspection du travail, mais le Conseil de prud'hommes (50). Ce dernier procédera alors à une demande de désignation d'un médecin-expert inscrit sur la liste

(39) V. par exemple : Cass. Soc. n° 14-12.701 du 19 novembre 2015 ; Cass. Soc. n° 14-18.595 du 20 octobre 2015 ; Cass. Soc. n° 14-10.163 et n° 13-27.875 du 24 juin 2015 ; ...

(40) Code du travail, article L. 1226-10, alinéa 2.

(41) Code du travail, article L. 1226-2, alinéa 2 modifié.

(42) Code du travail, article L. 1226-12, alinéa 1 existant.

(43) Dans tous les cas, s'il prononce le licenciement, l'employeur devra respecter la procédure applicable au licenciement pour motif personnel (à savoir : une convocation à un entretien préalable ; un entretien préalable et la notification au salarié de son licenciement).

(44) Code du travail, article L. 1226-2-1, alinéa 1 nouveau.

(45) Code du travail, articles L. 1226-2-, alinéa 3 nouveau [pour les inaptitudes d'origine non professionnelle] et L. 1226-12, alinéa 3 modifié [pour les inaptitudes d'origine professionnelle].

(46) Code du travail, article R. 4624-43.

(47) Code du travail, article L. 4624-1, alinéa 3 abrogé.

(48) Par exemples : Cass. Soc. n° 13-21.515 du 16 septembre 2015 ; Cass. Soc. n° 13-12.277 du 17 décembre 2014...

(49) Code du travail, article L. 4624-6 nouveau.

(50) Code du travail, articles L. 4624-7 et R. 4624-45 et suivants nouveaux.

des experts près la Cour d'appel. L'affaire sera directement portée devant la formation de référé.

Le texte précise que le demandeur du recours devra en informer le médecin du travail. À noter qu'il n'est plus précisé (contrairement au dispositif antérieur) que le demandeur en informe également l'autre partie cocontractante... *quid* du principe du contradictoire, notamment si une procédure d'inaptitude est en cours ?

En cas de recours contre l'avis médical, le médecin-expert ainsi désigné par le Conseil des prud'hommes pourra demander au médecin du travail la communication du dossier médical en santé au travail du salarié, sans que puisse lui être opposé le principe du secret professionnel (réprimé à l'article 226-13 du Code pénal).

De plus, le médecin-inspecteur du travail pourra être consulté sur ladite contestation, sur demande, non pas de l'expert médical, mais de la formation de référé ou, le cas échéant, du Conseil de prud'hommes saisi au fond.

Si l'action en justice n'est pas dilatoire ou abusive, alors la formation de référé pourra décider de ne pas mettre les frais d'expertise à la charge de la partie perdante.

En tout état de cause, et sauf disposition contraire, l'avis de ce médecin-expert devrait se substituer à celui du médecin du travail.

Le décret de décembre 2016 précise que les nouvelles modalités de contestations s'appliqueront aux avis, propositions, conclusions écrites ou indications émis par le médecin du travail à compter du 1^{er} juillet 2017. Toutefois lesdits avis médicaux, propositions, conclusions... du praticien émis antérieurement seront toujours contestés auprès de l'inspecteur du travail, après avis du MIRT, conformément aux anciens articles R.4624-35 et suivants dans leur rédaction antérieure au présent décret, dès lors que cette contestation intervient avant le 1^{er} janvier 2017.

Une interrogation demeure avec cette judiciarisation des contestations des avis médicaux, puisque le recours porte sur « *les éléments de nature médicale justifiant les avis, propositions, conclusions écrites ou indications émis par le médecin du travail* ». *Quid* d'une contestation qui porterait sur des éléments qui ne sont pas de nature médicale ? Cette contestation relève-t-elle de la compétence du Conseil des prud'hommes ou reste-t-elle du ressort de l'inspection du travail ? Le décret du 27 décembre 2016 n'apporte pas de réponse précise...

Pour conclure :

Conseiller de l'employeur, des travailleurs et des représentants du personnel (51), le médecin du travail 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 du Code du travail, à savoir le collaborateur médecin, l'interne en médecine du travail et l'infirmier, qui exercent dans le cadre de protocoles et sous son autorité.

Ces nouvelles modalités de surveillance médicale sont applicables, depuis le 1^{er} janvier 2017, à tous les travailleurs à compter de la première visite ou du premier examen médical effectués au titre de leur suivi individuel. Toutefois, il est précisé, dans le décret du 27 décembre 2016, que les agréments des services de santé au travail délivrés avant le 1^{er} janvier 2017 demeurent valables jusqu'à la date de leur échéance.

Cette nouvelle approche du suivi de santé individuel, en limitant la place de l'aptitude, marque un tournant dans l'image de la médecine du travail, dans le vécu des salariés et employeurs et dans la pratique des professionnels de santé. Cette orientation nous semble heureuse, permettant de poursuivre la démarche de prévention, les actions de maintien à l'emploi sans restreindre le rôle de la santé au travail à une « délivrance d'aptitude ».

Le challenge est important. Il sera nécessaire que tous les acteurs intègrent le renforcement de la démarche de prévention, plutôt que de conforter l'aspect réparation.

Il convient, enfin, de rappeler que la loi du 8 août 2016 prévoyait un rapport du Gouvernement dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi. Ce dernier devra présenter des propositions pour renforcer l'attractivité de la carrière de médecin du travail ; améliorer, d'une part, l'information des étudiants en médecine sur le métier de médecin du travail et, d'autre part, la formation initiale des médecins du travail, ainsi que l'accès à cette profession par voie de reconversion.

Céline Czuba et Paul Frimat

(51) Code du travail, article R.4623-1 modifié.