

(In)sécurité juridique

Déjà passablement complexe, la loi du 20 août 2008 sur la représentativité syndicale suscite un contentieux abondant et sensible. À ce titre, elle fait l'objet d'un accompagnement très serré par la Cour de cassation. Les plus excessifs diront qu'elle réécrit la loi, les autres qu'elle lui donne tout son sens. Reste que les arrêts se succèdent, tous plus importants les uns que les autres. Et qu'il faut suivre ce rythme effréné. Mais jusque-là, rien de plus classique.

Il y a davantage et plus préoccupant. La réforme de 2008 a cherché son salut du côté de la question prioritaire de constitutionnalité (QPC). De nombreuses questions ont été transmises au Conseil constitutionnel. Sans succès jusqu'ici. Pas d'inquiétude donc à avoir du côté des Sages de la rue Montpensier, qui jouent la carte de la stabilité de la loi. Nous devrions nous réjouir mais le contrôle de conventionnalité est passé par là. À lire le Professeur Akandji-Kombé (page 13), il pourrait réserver quelques surprises... Ce n'est pas tout. La Cour européenne des droits de l'Homme commence à s'intéresser de près au sujet. Viendra-t-elle contredire l'ensemble des décisions internes? C'est possible. La loi du 20 août serait-elle suspendue à un fil? L'avenir le dira.

Françoise Champeaux

MÉDECINE DU TRAVAIL. Les décrets sur la réforme de la médecine du travail viennent de paraître. Analyse.

Une prévention des risques professionnels plus efficace

Franck Morel, Avocat associé, cabinet Barthélémy Avocats, ancien directeur adjoint de cabinet de plusieurs ministres du Travail

La réforme de la médecine du travail a finalement vu le jour. Les deux décrets du 31 janvier 2012¹ complètent la loi du 20 juillet 2011 et permettent enfin de transposer dans le droit positif des orientations qui étaient depuis longtemps promues par les pouvoirs publics et un nombre significatif d'acteurs. Ces décrets entreront en vigueur le 1^{er} juillet 2012 afin, notamment, de faciliter l'organisation nouvelle de la gouvernance des services de santé au travail.

La précédente réforme de 2004 a promu la pluridisciplinarité mais la médecine du travail n'avait pas rompu « avec une logique formelle, axée sur les moyens plutôt que les résultats »² dans un contexte d'attentes croissantes, de mise en avant de nouveaux risques (TMS, risques psychosociaux...) et d'enjeux démographiques pesant sur les conditions d'emploi.

L'appréhension de la santé au travail ne se limite pas à un examen médical périodique et à une vérification de l'aptitude. Elle suppose une réponse globale mobilisant des ressources variées et des modes d'actions diversifiés. C'est la raison pour laquelle il était nécessaire de sortir d'une approche trop centrée sur certains actes médicaux. Ce constat est fréquemment partagé par les praticiens : « Malgré certaines évolutions, le maintien d'une médecine de l'aptitude a absorbé voire détourné l'essentiel du temps médical disponible au détriment des actions du médecin du travail sur le milieu de travail, d'une surveillance plus spécifique des salariés les plus exposés, de son intervention décisive dans le domaine de l'adaptation des postes de travail, du reclassement et du maintien à l'emploi. »³ Le contexte de crise est aussi lié à la démographie. Sur les 6 681 médecins

du travail en 2010, 4 085 d'entre eux, soit 61 %, sont âgés de plus de 55 ans⁴.

Dès l'été 2008, le Ministre du Travail Xavier Bertrand saisissait donc les partenaires sociaux, dans le cadre des dispositions de l'article L. 1 du Code du travail, d'un document d'orientation sur la poursuite de la réforme de la médecine du travail. Celui-ci contenait déjà les principaux axes que la réforme traduit : privilégier des actions collectives pour tous les salariés, renforcer le développement de la pluridisciplinarité, assurer un meilleur pilotage du système en promouvant l'échelon régional. Après sept séances de négociation, les partenaires sociaux se sont quittés sur un constat de désaccord. La partie patronale souhaitait accroître l'espace-temps de la périodicité des visites et une partie des syndicats de salariés souhaitait une gouvernance strictement paritaire des services de santé au travail.

En décembre 2009, après une vaste concertation, Xavier Darcos présente les axes de la réforme au Conseil d'orientation sur les conditions de travail. Une tentative d'insertion de celle-ci par amendement gouvernemental dans la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, est censurée par le Conseil constitutionnel qui a considéré que ces dispositions n'avaient pas de lien avec le texte⁵. Le rôle de la médecine du travail dans la prévention de la pénibilité continuera cependant à être significatif en vertu d'autres dispositions de la réforme des retraites...

L'adoption à l'été 2011 est finalement effective après des débats encore passionnés sur l'indépendance de la médecine du travail, même si aucune disposition du projet ne la remettait en cause.

La réforme prend corps désormais autour de trois grands axes, cohérents les uns avec les autres.

LA PLURIDISCIPLINARITÉ

La mission du service de santé au travail est désormais définie dans la loi, comme le souhaitait le Conseil économique, social, et environnemental⁶. Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. À cette fin, ils conduisent les actions de santé au travail, conseillent les employeurs, travailleurs et leurs représentants, assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs et participent au suivi, et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles ou à la veille sanitaire⁷.

C'est particulièrement le cas dans les services interentreprises qui couvrent la majeure partie des salariés. En 2010, il existait 292 services interentreprises qui suivaient 94,5 % des salariés surveillés pour 612 services autonomes suivant les autres 5,5 %⁸. Les missions de ce service sont assurées par une équipe pluridisciplinaire comprenant des médecins du travail qui ont un rôle d'animation et de coordination, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers et, le cas échéant, des assistants de services de santé au travail⁹.

Le médecin du travail

Le médecin du travail dispose d'une garantie d'indépendance supplémentaire, la loi mentionnant désormais, suite à un amendement gouvernemental, explicitement celle-ci.

Il assure les missions qui lui sont dévolues par le Code du travail dans les conditions d'indépendance professionnelle légales (*C. trav., art. L. 4623-8*). Il s'agit de sa protection contre le licenciement qui ne peut intervenir qu'après autorisation de l'inspecteur du travail (*C. trav., art. L. 4623-5*) et des dispositions du Code de la santé publique faisant référence à l'indépendance des décisions du médecin, à l'absence de possibilité d'accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical (*C. santé pub., art. R. 4127-95*).

La loi ajoute une procédure d'autorisation de l'inspecteur du travail aux situations de rupture conventionnelle (*C. trav., art. L. 1237-15*) de rupture d'un contrat à durée déterminée avant terme (*C. trav., art. L. 4623-5-1*), de transfert partiel (*C. trav., art. L. 4623-5-3*) du médecin du travail dans le cadre de l'article L. 1224-1 du Code du travail.

Hormis ce dernier cas, la consultation du comité d'entreprise dans les services autonomes et de la commission de contrôle ainsi que du conseil d'administration, désormais strictement paritaire dans les services interentreprises est prévue (*C. trav., art. R. 4623-5-3*). L'arrivée du terme d'un CDD n'entraîne par ailleurs sa rupture qu'après constatation par l'inspecteur du travail, d'une part, qu'elle n'est pas en lien avec l'exercice des missions du médecin et, d'autre part, qu'elle n'est pas une mesure discriminatoire (*C. trav., art. L. 4623-18 et s.*).

Le recrutement du médecin du travail ou son changement d'affectation sont désormais soumis dans les services interentreprises à l'accord du conseil d'administration, en plus de celui de la commission de contrôle (*C. trav., art. R. 4623-5*; *R. 4623-12*). À défaut d'accord, l'inspecteur du travail prend une décision.

Les missions du médecin du travail restent identiques à celles antérieurement définies par le Code du travail. Cependant différents changements interviennent.

L'action du médecin du travail s'inscrit pleinement dans le cadre pluridisciplinaire alors qu'auparavant, elle était décrite de manière individualisée. Le médecin du travail conduit des actions en milieu de travail avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire (*C. trav., art. R. 4623-1*).

- Il peut déléguer des tâches et être remplacé dans certains cas.

Il peut tout d'abord confier certaines activités, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits, aux infirmiers, aux assistants de service de santé au travail ou, lorsqu'elle est mise en place, aux membres de l'équipe pluridisciplinaire. Ces activités s'exercent bien évidemment dans les limites prévues par le Code de la santé publique. Il peut également être remplacé pendant son absence par un autre médecin du travail, ou un interne en médecine du travail. Pour une absence de plus de trois mois, le remplacement est de droit par un autre médecin du travail.

- Conformément à ce que demandait le CESE, une procédure de formalisation écrite des observations du médecin du travail et de la réponse de l'employeur est désormais applicable (*C. trav., art. R. 4623-1*).

Lorsqu'il constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose alors par écrit motivé et cir-

constancié des mesures visant à la préserver. L'employeur prend en considération ces propositions et, en cas de refus, fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. Cette disposition est essentielle à la fois par le champ très large des situations qu'il couvre, que par l'exigence très détaillée qui est affirmée, le courrier devant être à la fois motivé et circonstancié. Plus encore, l'échange épistolaire est prévu dans les deux sens puisque désormais lorsque le médecin du travail est saisi par un employeur d'une question relevant des missions qui lui sont dévolues par la loi en matière de prévention des risques, il fait connaître ses préconisations par écrit. Il existe donc un droit – ou un devoir – de saisine et un devoir de réponse dans les deux cas et dans les deux sens (*C. trav., art. L. 4624-3*). Nul doute que la pratique dans un contexte d'obligation de résultat en matière de sécurité pesant sur l'employeur va se développer. C'est d'autant plus le cas que ces courriers sont tenus à la disposition du CHSCT, de l'inspecteur du travail et des agents de prévention des organismes de protection sociale.

Les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire

- Le collaborateur médecin tout d'abord est encadré par un médecin qualifié en médecine du travail et l'assiste dans ses missions. Il s'engage à suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail auprès de l'ordre des médecins (*C. trav., art. R. 4623-25*).

- L'interne en médecine du travail peut être accueilli en stage si le service de santé au travail a été agréé à cette fin dans les conditions prévues par le Code de l'éducation. Il peut être autorisé à exercer la médecine du travail en remplacement d'un médecin du travail temporairement absent ou dans l'attente de la prise de fonction d'un médecin du travail, s'il dispose du niveau d'étude minimal requis (*C. trav., R. 4623-26 et s.*).

- L'infirmier assure ses missions en coopération avec le médecin du travail. Sa mission est exclusivement préventive, à l'exception des situations d'urgence (*C. trav., art. R. 4623-36*).

Il s'agit d'une pièce maîtresse dans le développement de la pluridisciplinarité permettant de démultiplier les actions. En effet, s'il exerce ses missions propres, il accomplit aussi celles ●●●

••• que le médecin du travail lui confie sur la base d'un protocole.

Un entretien infirmier peut d'ailleurs être mis en place pour réaliser les activités confiées à l'infirmier dans le cadre de ce protocole. Il donne lieu à la délivrance d'une attestation de suivi infirmier qui ne comporte aucune mention relative à l'aptitude ou l'inaptitude. Il peut également, dans le même cadre, effectuer des examens complémentaires et participer à des actions d'information collective conçues avec le médecin du travail et validées par lui.

• L'intervenant en prévention des risques professionnels voit son action précisée puisqu'il est clairement indiqué qu'il ne peut subir de discrimination en raison de ses activités de prévention. Il assure ses missions dans des conditions garantissant son indépendance. Il n'est certes pas protégé comme le médecin du travail avec des règles spécifiques entourant conclusion et rupture du contrat de travail mais ces garanties sont nouvelles. Il appartient au service de santé au travail ou est sollicité par lui. Son activité fait l'objet d'une procédure d'enregistrement remplaçant l'habilitation antérieurement prévue. Cet enregistrement est fait auprès de la DIRECCTE avec des justificatifs de diplôme ou d'expérience professionnelle, l'autorité administrative ayant le pouvoir de mettre fin à cet enregistrement à tout moment si l'intéressé ne dispose pas des compétences nécessaires, ne peut plus assurer ses missions ou ne respecte pas la loi (*C. trav., art. D. 4644-6*).

Le recours à l'IPRP est précisément décrit par le Code du travail puisqu'en application des prescriptions communautaires¹⁰, l'employeur doit désigner un ou plusieurs salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise. Ces salariés bénéficient à leur demande d'une formation en matière de santé au travail dans les mêmes conditions que les représentants du personnel au CHSCT (*C. trav., art. L. 4644-1*). Ils disposent du temps nécessaire et des moyens requis pour exercer leurs missions et ne peuvent subir de discriminations en raison de leurs activités de prévention (*C. trav., art. R. 4644-1*). À défaut de compétences dans l'entreprise, l'employeur fait alors appel, après consultation des représentants du personnel, aux IPRP du service de santé au travail auquel il adhère ou dûment enregistrés, ou aux services de prévention des caisses de sécurité sociale.

• L'assistant de service de santé au travail intervient dans les tâches administratives mais contribue également à repérer les dangers et identifier les besoins en santé au travail, notamment dans les entreprises de moins de vingt salariés (*C. trav., art. R. 4623-40*).

LA GOUVERNANCE

Auparavant, le choix entre adhésion à un service interentreprises ou mise en place d'un service autonome était enserré dans le cadre d'un double seuil :

- mise en place obligatoire d'un service autonome au-delà de 2 200 salariés ou de 2 134 examens médicaux ;
- adhésion obligatoire à un service interentreprises en deçà de 412 salariés ou 400 examens médicaux par an ;
- libre choix entre les deux.

Les règles sont désormais plus simples avec une adhésion obligatoire à un service interentreprises en deçà de 500 salariés et un libre choix au-delà. Par ailleurs, il est désormais possible de mettre en place un service de groupe (*C. trav., art. D. 4622-5*) par accord entre tout ou partie des entreprises du groupe.

• Les instances de gouvernance

Désormais, le conseil d'administration des services interentreprises est composé à parts égales et non plus comme auparavant dans des proportions de deux tiers et d'un tiers :

- de représentants des employeurs désignés par les entreprises adhérentes après avis des organisations professionnelles d'employeurs représentatives au plan national interprofessionnel ou professionnel ; le président est élu en leur sein et dispose d'une voix prépondérante en cas de partage des voix ;
- de représentants de salariés des entreprises adhérentes, désignés par les organisations syndicales représentatives au niveau national et interprofessionnel, le trésorier est élu en leur sein (*C. trav., art. L. 4622-11 ; D. 4622-19*).

La commission de contrôle existe toujours et son président ne peut pas cumuler ses fonctions avec celle de trésorier du conseil d'administration. Elle est consultée sur l'organisation et le fonctionnement du service de santé au travail.

La commission médico-technique formule des propositions sur les priorités du service et les actions pluridisciplinaires et élabore un projet de service pluriannuel dans le cadre du contrat d'objectif et de moyens du service (*C. trav., art. L. 4622-13 ; L. 4622-14*). Elle comprend des représentants de

chaque catégorie de membres de l'équipe pluridisciplinaire (*C. trav., art. D. 4622-29*).

► Les priorités d'action

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

L'un des éléments centraux de la définition politique des priorités d'action de chacun des services de santé au travail interentreprises est le nouveau contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui va désormais être conclu entre le service, d'une part, et la DIRECCTE, et les organismes de prévention des caisses de sécurité sociale d'autre part (*C. trav., art. L. 4622-10 ; D. 4622-44*).

Ce contrat met en œuvre les priorités d'action du projet de service et vise à inscrire l'action de prévention individuelle et collective des risques du service dans un cadre organisé, concerté et coordonné, mettant en œuvre les objectifs régionaux de santé au travail définis dans le plan régional de santé au travail.

Cela permet également de mutualiser les outils et pratiques, notamment pour les plus petites entreprises, de cibler des actions sur des branches professionnelles, des publics particuliers. Ce contrat de cinq ans indique également les moyens mobilisés par chaque partie et programme les actions et modalités de coopération avec des objectifs chiffrés à atteindre, un suivi organisé et des indicateurs quantitatifs et qualitatifs (*C. trav., art. D. 4622-45*). C'est cet instrument et la dynamique qu'il va créer qui doivent permettre de sortir d'une logique de moyens et de modalités pour aller véritablement vers le résultat qui est la prévention des risques la meilleure et la plus adaptée possible.

L'agrément

L'autre instrument de cette nouvelle logique est l'agrément qui permet la prise en compte de certaines de ces priorités. Chaque service de santé au travail, interentreprises comme autonome, doit faire l'objet d'un agrément délivré par le DIRECCTE pour cinq ans. Un agrément conditionnel peut être délivré pour deux ans en cas d'absence de conformité du service aux dispositions obligatoires. À défaut de réponse dans les quatre mois, l'agrément est autorisé (*C. trav., art. R. 4622-52*).

C'est cet agrément qui fixe désormais l'effectif maximal de travailleurs suivis par le médecin du travail ou, pour les services interentreprises, par l'équipe pluridisciplinaire (*C. trav., art.*

D. 4622-48). Ce ne sont plus les plafonds antérieurs de 3 300 salariés ou de 450 entreprises ou 3 200 examens médicaux par médecin qui s'appliquent uniformément, en théorie en tout cas.

Le principe de réalité permet de prendre en compte dans la décision d'agrément, les caractéristiques réelles et possibles du service et les priorités d'action. Cet agrément permet aussi de fixer une fréquence des visites périodiques spécifiques, avec des entretiens infirmiers.

LA DIVERSIFICATION DES MODES D'ACTION

Les actions en milieu de travail sont clairement menées, dans les services autonomes, par le médecin du travail en collaboration avec les services de prévention des risques professionnels de l'entreprise et, dans les services inter-entreprises, par l'équipe pluridisciplinaire, sous la conduite du médecin et dans le cadre du projet de service pluriannuel (C. trav., art. R. 4624-2).

Le dossier médical en santé au travail qui concerne chaque salarié individuellement, établi dès la visite d'embauche par le médecin du travail (C. trav., art. D. 4624-46), et la fiche d'entreprise sont des instruments de cette action. Cette dernière est établie et mise à jour par l'équipe pluridisciplinaire dans son ensemble dans les services interentreprises et répertorie les risques professionnels et les effectifs des salariés qui y sont exposés (C. trav., art. D. 4624-37).

Les possibilités d'intervention du service compétent pour l'entreprise donneur d'ordre sont accrues en direction des salariés d'entreprises sous-traitantes puisque désormais, l'accord entre les chefs d'entreprises utilisatrice et extérieure au sens des articles R. 4511-1 et suivants du Code du travail, peut prévoir que les actions en milieu de travail sont menées par les membres de l'équipe pluridisciplinaire compétente pour les salariés de l'entreprise utilisatrice (C. trav., art. R. 4513-12).

► La visite d'embauche

Sa finalité est désormais aussi d'informer le salarié sur les risques des expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire, et de le sensibiliser sur les moyens de prévention à mettre en œuvre (C. trav., R. 4624-11), comme le souhaitait le CESE. Les conditions de dispense d'un nouvel examen d'embauche sont précisées puisque celui-ci n'est pas nécessaire si le salarié

est appelé à occuper un emploi identique mais présentant les mêmes risques d'exposition et qu'aucune inaptitude n'a été reconnue lors du dernier examen médical intervenu au cours des vingt-quatre précédents mois – au lieu de douze auparavant – lorsqu'il s'agit du même employeur ou douze derniers mois – au lieu de six auparavant – s'il change d'entreprise (C. trav., art. R. 4624-12). La possession de la fiche d'aptitude est toujours nécessaire à cette dispense. Un seul examen d'embauche peut par ailleurs être organisé en cas de pluralité d'employeurs si ceux-ci ont conclu entre eux un accord ou qu'un accord de branche le permet (C. trav., art. R. 4624-14).

► Les visites périodiques

La périodicité de vingt-quatre mois est maintenue mais désormais ces visites portent également sur l'information du salarié sur les conséquences médicales des expositions au poste de travail et au suivi médical nécessaire, et surtout elles peuvent être plus espacées si la décision d'agrément du service le prévoit.

Pour fixer une périodicité plus large que les vingt-quatre mois, l'agrément devra prévoir un suivi adéquat de la santé des salariés, des entretiens infirmiers et des actions pluridisciplinaires annuelles en prenant en compte les bonnes pratiques. Nul doute que ces dispositions feront l'objet d'une utilisation importante en lien avec les priorités d'action.

Mais la réforme recentre désormais les surveillances médicales renforcées avec la fin de l'arrêté de 1977 et des conséquences de dispositions réglementaires spécifiques, comme en matière de travail sur écran, qui aboutissaient à l'application d'une périodicité annuelle pour un nombre sans doute trop important de travaux au regard des besoins réels. L'IGAS et l'IGAENR pointaient en effet dès 2007 « les dérives de la surveillance médicale renforcée »¹¹, amoindrissant le gain de temps médical pour développer l'action en milieu de travail. La loi fait déjà tomber dans un délai de dix-huit mois après sa promulgation, donc le 24 janvier 2013, les clauses des accords collectifs comportant des obligations en matière d'examen médicaux différentes de celles prévues par le Code du travail. Les 13 accords de branche conclus et comportant une surveillance médicale renforcée au-delà de ce que le Code du travail requiert verront donc leurs stipulations caduques sur ce point. Mais la liste des situations soumises à surveillance médicale

renforcée est resserrée (C. trav., art. R. 4624-18), comportant, par exemple, les femmes enceintes, les salariés exposés à l'amiante, aux rayonnements ionisants, les travailleurs handicapés, et selon une périodicité qui désormais peut aller jusqu'à deux ans (C. trav., art. R. 4624-19).

► La visite de reprise

La visite de reprise après une absence connaît également des évolutions puisqu'elle est désormais obligatoirement organisée après une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel (C. trav., art. R. 4624-22), au lieu de huit jours ou vingt-et-un jours auparavant.

► La visite de préreprise

Afin de prévenir la désinsertion professionnelle, le rôle de la visite de préreprise est renforcé.

Cette visite devient obligatoire dès lors que l'arrêt de travail dure au moins trois mois. Elle est organisée par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin-conseil des organismes de sécurité sociale, ou du salarié. Cette possibilité était déjà ouverte à l'initiative du médecin-conseil ou du médecin traitant (CSS, art. D. 323-3), mais elle était pratiquée dans environ 1,9 % des cas, le plus souvent à la demande des salariés¹².

La visite de préreprise acquiert une portée juridique nouvelle puisque l'avis d'inaptitude médicale pourra désormais être délivrée à l'issue d'un seul examen médical au lieu de deux auparavant, espacés de quinze jours si la visite de préreprise a eu lieu dans un délai de trente jours au plus (C. trav., art. R. 4624-31).

Cette visite de préreprise permet au médecin de recommander des aménagements de poste de travail, des préconisations de reclassement, des formations professionnelles dans ce contexte, en informant, sauf opposition du salarié, l'employeur pour favoriser autant que possible son maintien dans l'emploi (C. trav., art. R. 4624-21).

Cela devrait permettre une meilleure anticipation en cas de difficultés de reclassement du salarié dans le cadre d'une déclaration d'inaptitude laissant plus de temps à chacun d'organiser la recherche de solutions. Rappelons également que, depuis le 1^{er} juillet 2010, le salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle bénéficie d'une indemnité temporaire d'inaptitude (CSS, art. L. 433-1; D. 433-2) pendant le délai d'un ●●●

●●● mois suivant l'avis d'inaptitude au-delà duquel l'employeur doit maintenir sa rémunération ou le licencier.

Les nouvelles dispositions réglementaires encadrent aussi désormais la contestation des avis médicaux d'aptitude et d'inaptitude en la rendant possible auprès de l'inspecteur du travail dans un délai maximal de deux mois, avec un recours hiérarchique possible également dans les deux mois contre la décision de l'inspecteur du travail. L'absence de délai réglementaire rendait possible des contentieux de nombreuses années après, notamment au moment d'un licenciement (*CE, 27 juin 2011, n° 334834*), ce qui n'était pas un facteur de sécurité juridique.

► Les intérimaires et les saisonniers

Enfin, les décrets assouplissent également, afin de les améliorer, les moda-

lités de suivi de la santé au travail des intérimaires et des saisonniers, en se fondant sur les pratiques observées et mises en place, notamment par les partenaires sociaux¹³.

L'examen d'embauche du travailleur temporaire pourra désormais être réalisé par le service de santé au travail autonome compétent pour les salariés de l'entreprise utilisatrice ou par un service interentreprises proche du lieu de travail du travailleur temporaire. Les durées précédentes au cours desquelles aucune inaptitude n'a été reconnue et permettant une dispense de nouvel examen d'embauche, sont portées à vingt-quatre mois – au lieu de douze – si le travailleur temporaire est mis à disposition par la même entreprise de travail temporaire, ou à douze mois – au lieu de six – en cas de changement d'entreprise de travail temporaire (*C. trav., art. R. 4625-10*).

S'agissant des saisonniers, la loi prévoit la possibilité pour l'autorité administrative d'approuver des accords adaptant les modalités de suivi de la santé au travail des salariés (*C. trav., art. L. 4625-1*). Il ne s'agit pas forcément d'accords collectifs. À défaut d'accord, l'examen médical d'embauche n'est obligatoire que pour les salariés recrutés pour au moins quarante-cinq jours de travail effectif (*C. trav., art. D. 4625-22*) sur le modèle de ce qui existe déjà concernant les saisonniers du secteur agricole.

Cette réforme connaîtra d'autres textes d'application, notamment pour les salariés du particulier employeur à l'issue d'une négociation de branche à laquelle la loi renvoie¹⁴, mais elle offre d'ores et déjà un nouveau cadre d'action qui devrait permettre de manière pragmatique de renforcer la prévention des risques et l'efficacité de l'action de chacun. ■

1. Déc. n° 2012-137, 30 janv. 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail; Déc. n° 2012-135, 30 janv. 2012, relatif à l'organisation de la médecine du travail.
2. C. Aubin, R. Pélissier, P. de Saintignon, J. Veyret, F. Conso, P. Frimat, Rapport sur le bilan de la réforme de la médecine du travail, IGAENR/IGAS, oct. 2007.
3. Un avenir pour la santé au travail sans « aptitude périodique » est possible..., S. Famoni-Quinton, G. Leclercq, P.-Y. Verkindt, P. Frimat, *La semaine juridique*, Ed. sociales n° 48, 29 nov. 2011.
4. Inspection médicale du travail et de la main-d'œuvre; bilan annuel des conditions de travail 2010.
5. Cons. const., 9 nov. 2010, n° 2010-617 DC.
6. « L'avenir de la médecine du travail », avis présenté par C. Dellacherie du 26 et 27 févr. 2008, CESE.
7. C. trav., art. L. 4622-2.
8. Inspection médicale du travail et de la main-d'œuvre; bilan annuel des conditions de travail 2010.
9. C. trav., art. L. 4622-8.
10. Art. 7 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.
11. C. Aubin, R. Pélissier, P. de Saintignon, J. Veyret, F. Conso, P. Frimat, Rapport sur le bilan de la réforme de la médecine du travail, IGAENR/IGAS, oct. 2007.
12. Inspection médicale du travail et de la main-d'œuvre; bilan annuel des conditions de travail 2010.
13. Accord du 26 sept. 2002 relatif à la santé et à la sécurité au travail dans le travail temporaire.
14. C. trav., art. L. 4625-2, et II de l'art. 10 de la loi n° 2011-867 du 20 juill. 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

EN BREF

QPC

Dans un arrêt du 1^{er} février 2012, la Cour de cassation décide de transmettre au Conseil constitutionnel une question prioritaire de constitutionnalité relative à la conformité aux droits et libertés que la Constitution garantit, et notamment au principe d'égalité devant la loi et du droit à l'emploi, de l'article L. 1235-14 1^o du Code du travail, qui interdit aux salariés ayant moins de deux ans d'ancienneté d'être réintégrés dans leur emploi en cas d'absence ou d'insuffisance d'un plan de sauvegarde de l'emploi.

► *Cass. soc.*, 1^{er} févr. 2012, n° 11-40.092 P + B

Apprentissage

• Taxe d'apprentissage

La part de la taxe d'apprentissage affectée exclusivement au

financement du dispositif, appelée quota, passera progressivement de 52 % aujourd'hui à 59 % en 2015. Son taux est fixé à 53 % pour la taxe d'apprentissage versée en 2012, 55 % pour celle versée en 2013 et 57 % pour celle versée en 2014.

► *D. n° 2011-1936, 23 déc. 2011, JO 24 déc.*

• Enregistrement des contrats

Un décret simplifie la procédure d'enregistrement des contrats d'apprentissage. Il prévoit la suppression de la validation par les DIRECCTE de l'enregistrement des contrats réalisés par les chambres consulaires. Elles restent néanmoins destinataires de copies dématérialisées à des fins d'information et de suivi statistique de ces contrats. En outre, la déclaration de l'employeur et le contrat d'apprentissage font maintenant l'objet d'une transmission unique au service

d'enregistrement qui doit, désormais, être informé de tout changement concernant les maîtres d'apprentissage (au lieu de la DIRECCTE). Les pièces annexées au contrat ne seront plus systématiquement transmises au service d'enregistrement mais devront seulement lui être communiquées à sa demande. Par ailleurs, bien que la visite médicale préalable à l'embauche du salarié reste obligatoire (elle doit être réalisée dans les deux mois suivant l'embauche), elle ne constitue plus une condition d'enregistrement du contrat. Enfin, le décret précise que le refus d'enregistrement doit être notifié aux parties, le cas échéant par voie électronique. Le contrat d'apprentissage ne peut alors recevoir ou continuer de recevoir exécution (*C. trav., art. R. 6224-4 mod.*).
► *D. n° 2011-1924, 21 déc. 2011, JO 23 déc.*