

TITRE V : MODERNISER LA MÉDECINE DU TRAVAIL

ARTICLE 44 : REFORME DE LA MEDECINE DU TRAVAIL

1. ÉTAT DES LIEUX ET OBLIGATION DE LEGIFERER

La réforme de la médecine du travail portée par l'article 41 du présent projet de loi intervient dans la continuité d'une première série de dispositions législatives inscrites dans la loi du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi. Elle répond aux principaux enjeux pointés dans le cadre du diagnostic dressé par le rapport sur l'aptitude et la médecine du travail remis par le député Michel Issindou, Christian Ploton (membre de la direction des ressources humaines du groupe Renault), Sophie Fantoni-Quinton (professeur de médecine du travail), Anne-Carole Bensadon et Hervé Gosselin (inspecteur général des affaires sociales) en mai 2015.

Plusieurs dispositions législatives inspirées du rapport Issindou ont été adoptées à l'initiative du député dans le cadre de la loi relative au dialogue social et à l'emploi :

- les services de santé au travail (SST) et les médecins du travail ont expressément pour mission d'assurer la protection de la sécurité du salarié du fait de son travail, mais également de celle des tiers (articles L.4622-2 et L.4622-3) ;
- les salariés affectés à des postes à risques pour leur santé et leur sécurité ou celle des tiers bénéficient d'une surveillance médicale spécifique (article L.4624-1) ;
- le médecin du travail peut proposer à l'employeur l'appui de l'équipe pluridisciplinaire ou celui d'un organisme compétent en matière de maintien en emploi (article L.4624-1) ;
- l'employeur n'est pas soumis à l'obligation de reclassement du salarié inapte quand le maintien du salarié dans l'entreprise serait gravement préjudiciable à son état de santé (article L.1226-12) ;
- la partie (salarié ou employeur) à l'origine de la contestation d'un avis médical auprès de l'Inspection du travail (IT) en informe l'autre partie (article L.4624-1).

Cette réforme, qui doit être considérée dans son ensemble, s'articule autour des trois principaux axes suivants :

- les modalités de suivi individuel de l'état de santé des salariés ;
- le suivi médical des travailleurs de nuit et celui des salariés en contrat à durée déterminée (CDD) et des salariés temporaires ;
- les conséquences de l'inaptitude sur le contrat de travail et le reclassement du salarié.

1.1. Les modalités de suivi individuel de l'état de santé des salariés

1.1.1. Une mission de prévention primaire des services de santé au travail (SST) clairement affirmée

La loi de 1946 a posé les fondements de la médecine du travail et de son rôle en matière de protection de la sécurité et de la santé des salariés. Les orientations données à la médecine du travail, aux services

de santé au travail, sont désormais claires quant à la place qu'ils doivent donner à la prévention des risques professionnels. Comme le précise l'article L.4622-2 issu de la loi du 20 juillet 2011, « les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » et conduisent à cette fin des actions de santé au travail, conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants et assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques. Les fondements du modèle français ont été réaffirmés par les réformes de 2002 et de 2011, avec l'obligation pour les entreprises d'adhérer et de cotiser à un service de santé au travail offrant une prestation comprenant à la fois la surveillance médicale individuelle des salariés et des actions collectives, enrichie par la montée en compétence d'une équipe pluridisciplinaire. Les services de santé au travail constituent le premier réseau de prévention, notamment auprès des petites et moyennes entreprises (PME) et très petites entreprises (TPE).

1.1.2. Une obligation de vérifier systématiquement l'aptitude des salariés à chaque visite médicale qui pèse sur l'activité des SST et limite le temps consacré à leur mission de prévention dans un contexte de pénurie de la ressource médicale

Toutefois, le système de surveillance de l'état de santé des salariés voit son efficacité fortement limitée en raison de la baisse démographique des médecins du travail et du fait que le suivi est aujourd'hui effectué en réponse à des dispositions réglementaires, dont l'adaptation aux besoins de santé et de prévention des risques présente des lacunes.

En effet, l'évolution des effectifs de médecins du travail est préoccupante, comme le constate le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) en 2014 dans son *Atlas national de la démographie médicale*, qui met en évidence une baisse annuelle moyenne de 11,2 % des effectifs de médecins du travail au plan national sur les 7 dernières années.

Évolution des effectifs de médecins du travail (total en ETP au 1^{er} janvier de chaque année)

Année	Effectif en ETP	Évolution n/n-1 (en %)
2002	7 067	
2003	7 083	0 %
2004	7 359	4 %
2005	7 331	0 %
2006	6 573	- 10 %
2007	6 993	6 %
2008	6 993	0 %
2009	6 874	- 2 %
2010	6 435	- 6 %
2011	6 153	- 4 %
2012	5 547	- 10 %
2013*	5 320	- 4 %
2014**	5 048	- 5 %

Source : données DGT transmises par les médecins inspecteurs régionaux du travail (MIRT) à l'exception de 2014.

* Données retraitées à périmètre constant.

** Données au 31 décembre 2013 transmises par les DIRECCTE dans le cadre du bilan de la réforme de la médecine du travail.

Ces difficultés vont nécessairement s'accroître au cours des prochaines années, du fait de la pyramide des âges des médecins du travail. L'âge moyen des médecins du travail en France est de 55 ans au 1er janvier 2015 et la part de l'effectif des médecins salariés en activité de plus de 60 ans, hors salariés

hospitaliers, est de 40 %. Elle est de 75 % pour les médecins de plus de 50 ans. En outre, parmi les médecins du travail de moins de 30 ans, 6 sur 16 ont un exercice hospitalier. La filière doit par ailleurs faire face à des enjeux d'attractivité insuffisante, ce dont témoigne un taux de remplissage des postes ouverts à l'internat très inférieur à celui des autres spécialités (66,0 % de postes pourvus en médecine du travail contre 96,7 % pour l'ensemble des postes en 2014).

Ces effectifs de médecins du travail sont à mettre en rapport avec le nombre des travailleurs suivis par les SST, qui atteint 16,6 millions en 2014 et est en augmentation régulière au cours des dernières années.

L'allocation de cette ressource médicale n'est actuellement pas optimale pour assurer la réalisation des missions des SST. Compte tenu de la pénurie de médecins du travail et du nombre considérable de visites réglementaires à réaliser, le système de surveillance est en partie déconnecté des besoins de santé des salariés. Un écart substantiel s'est ainsi creusé entre les obligations réglementaires de visite médicale et le nombre de visites réellement effectuées. L'obligation de réaliser une visite d'embauche pour tout salarié, au plus tard avant l'expiration de la période d'essai et avant l'embauche pour les salariés soumis à une surveillance médicale renforcée (SMR) présente ainsi des difficultés majeures, en particulier pour les contrats courts. Enfin, le temps médical est ainsi fortement accaparé par les visites obligatoires, au détriment des actions de prévention en entreprise notamment.

En outre, les disparités départementales des effectifs en médecins du travail sont majeures. Parmi les motifs de dérogations accordées par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) pour la périodicité des visites médicales, dont la durée atteint pour certains services 60 à 72 mois, la démographie des médecins du travail au sein des SST est souvent citée comme un critère majeur.

Le contrôle systématique de l'aptitude au cours de chacune de ces visites, quel que soit leur type (embauche, périodique, reprise) apparaît également comme une obligation dont la pertinence peut être questionnée au regard de la protection effective de l'état de santé des salariés. En effet, en moyenne, plus de 95 % des visites médicales donnent lieu à un avis d'aptitude. Selon les chiffres de l'inspection médicale du travail, la répartition des visites effectuées et le dénombrement des avis d'aptitude et d'inaptitude s'établissent ainsi pour 9,5 millions de visites effectuées en 2012 comme indiqué ci-dessous.

Répartition des avis d'aptitude et d'inaptitude par type de visite

	Visite d'embauche 27,8% N=2 641 000	Visite de reprise 13,8% N=1 311 000	Visite périodique 48% N=4 560 000	Autres 10,4% N= 988 000
Apte	97,80%	68,60%	95,20%	67,40%
Apte avec réserves	2,10%	25,20%	4,62%	25,50%
Inapte	0,10%	6,20%	0,18%	7,10%

Sources : Inspection médicale du travail

Les conclusions du rapport Issindou, ainsi que d'un grand nombre d'acteurs de la santé au travail, ont mis en évidence l'obsolescence du concept de vérification systématique de l'aptitude, qui ne garantit pas la préservation de la santé des salariés et l'efficacité du dispositif en termes de prévention.

Afin d'optimiser le fonctionnement des SST en cohérence avec leurs missions, il est donc apparu nécessaire de mieux prioriser la réalisation des visites d'embauche et la vérification systématique de

l'aptitude et de conserver ce dispositif pour les salariés affectés à des postes présentant des risques particulier pour leur santé, leur sécurité, celle de leurs collègues ou des tiers évoluant dans leur environnement immédiat de travail. Pour les salariés qui ne sont pas affectés sur de tels postes, le médecin du travail continuera bien sûr, dans le cadre de la surveillance médicale individuelle, à formuler en tant que de besoin des recommandations visant à favoriser le maintien en emploi du salarié ou, si aucune solution de maintien en emploi n'est possible, à émettre des avis d'inaptitude afin de protéger la santé et la sécurité des salariés.

Le projet de loi vise ainsi à rééquilibrer le temps médical disponible en faveur de la prévention des risques professionnels et des efforts réalisés en faveur du maintien dans l'emploi des salariés.

1.1.3. Une ressource des SST accrue par la réforme de 2011, qui a instauré une pluridisciplinarité, qui peut être mise au service de l'amélioration de la surveillance médicale individuelle

La réforme de 2011 a instauré une pluridisciplinarité dans les services de santé au travail. Le médecin du travail, qui anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire, peut ainsi confier, sous sa responsabilité, certaines activités à plusieurs membres de l'équipe, notamment au collaborateur médecin ou à l'infirmier du travail. La loi du 26 janvier 2015 de modernisation de notre système de santé a en outre permis au collaborateur médecin, médecin non spécialiste en médecine du travail et engagé dans une formation en vue de l'obtention de cette qualification auprès de l'ordre des médecins, d'exercer, sous l'autorité du médecin du travail, et dans le cadre d'un protocole écrit, les fonctions dévolues au médecin du travail en matière de suivi médical individuel ou d'aptitude. La montée en charge de la pluridisciplinarité représente dans ce cadre un levier pour améliorer la prévention des atteintes à la santé des salariés dans le cadre de leur suivi individuel, dans le contexte démographique contraint rappelé ci-dessus.

Répartition des effectifs dans les services de santé au travail inter-entreprises au 31 décembre 2013

Effectifs	Nombre	ETP	Moyenne par SST
Médecin du travail	5207	4389	16,44
Collaborateur médecin	154	145,3	0,55
Interne	71	68,3	0,25
Infirmier	818	779	2,96
Assistant de service de santé au travail (ASST)	1377	1278	4,78
Intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP)	1116	1029	3,82

Source : DGT

1.1.4. Une procédure de contestation des avis médicaux peu satisfaisante

S'agissant de la procédure de contestation des avis médicaux, le rapport Issindou a notamment mis en évidence que la procédure actuelle prévue par l'article L. 4624-1 du code du travail n'était pas satisfaisante. Aux termes de cet article, 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 ». La décision de l'inspecteur du travail peut, en cas de contestation, faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès du ministre du travail, puis d'un recours contentieux devant la juridiction administrative.

Dans ce cadre, il incombe à l'inspecteur du travail de rendre une décision de nature médicale pour laquelle il ne possède aucune compétence (l'inspecteur du travail n'a en particulier pas accès au dossier médical du salarié). En outre, la pénurie récurrente de médecins inspecteurs du travail (dont l'avis est obligatoire avant la décision de l'inspecteur du travail) dans certaines régions oblige les inspecteurs du travail à faire naître des décisions implicites de rejet des contestations. Enfin, le contentieux qui en résulte devant les juridictions administratives recoupe parfois le contentieux de la rupture du contrat de travail liée à l'inaptitude qui relève de la compétence des conseils de prud'hommes.

Il est également à noter que le nombre de contestations des avis d'aptitude ou d'inaptitude des médecins du travail a sensiblement augmenté dans les dernières années, accentuant les difficultés mentionnées ci-dessus.

Contestation des avis des médecins du travail

	2005	2006	2011	2012	2013
Nombre contestations	525	416	1171	1442	1597
Pourcentage par rapport au nombre d'avis rendus par les médecins	-	-	-	0,014	0,016

Source : Inspection médicale du travail sur 20 régions en 2011, 2012, 2013

Evolution du nombre des recours hiérarchiques contre les décisions des inspecteurs du travail

Années	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nb	45	49	32	34	59	67	72	48	77	83	121	137	177	179	213

Source : Direction générale du travail

1.2. Le suivi médical des travailleurs de nuit, des salariés en CDD et des salariés temporaires

Aujourd'hui, en application de l'article L.3122-42 du code du travail, les travailleurs de nuit sont vus par le médecin du travail avant leur embauche, puis tous les 6 mois.

Le nombre de visites périodiques à réaliser est là aussi considérable. Trois millions et demi de salariés sont concernés par le travail de nuit, la périodicité des visites médicales étant fixée à six mois, ce qui conduit à sept millions de visites médicales par an.

Or, la pertinence d'effectuer des visites médicales aussi rapprochées pour renforcer la prévention est contestée sur le plan médical. La Société française de médecine du travail (SFMT), dans sa recommandation de bonnes pratiques labellisée par la Haute Autorité de santé, ne détermine pas de périodicité qui serait spécifiquement pertinente pour les visites médicales des travailleurs de nuit, mais se borne à fixer le contenu souhaitable du suivi de ces travailleurs : dépister, chez ces travailleurs, une privation chronique de sommeil et des épisodes de somnolence ; mesurer le poids et la tension de façon annuelle (Surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et/ou de nuit, SFMT,

2012). Ces tâches peuvent être effectuées par l'infirmier de l'équipe pluridisciplinaire animée et coordonnée par le médecin du travail.

C'est pourquoi la visite médicale d'embauche des travailleurs de nuit pourrait être supprimée et la périodicité semestrielle du suivi médical spécifique à ces travailleurs revue, tout en maintenant le principe d'un suivi médical spécifique.

Par ailleurs, les règles générales encadrant le suivi de l'état de santé, à l'embauche et périodique ne sont pas adaptées aux nombreux contrats des salariés en CDD et des salariés temporaires. Une disposition législative permettant d'adapter ces règles générales, tout en leur garantissant un niveau de protection équivalent à celui des autres salariés, est nécessaire.

1.3. Les conséquences de l'inaptitude sur le contrat de travail et le reclassement du salarié

Il existe deux régimes juridiques différents selon que le salarié a été déclaré inapte suite à un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (régime AT-MP) ou une maladie ou un accident non professionnels (régime non AT-MP) :

- Les articles L.1226-2 à L.1226-5 du code du travail précisent le régime juridique applicable lorsqu'un salarié a été déclaré inapte à l'issue d'une période de suspension du contrat de travail consécutive à une maladie ou un accident non professionnel (non AT-MP).
- Les articles L.1226-6 à L.1226-22 du code du travail précisent le régime applicable lorsque le contrat de travail d'un salarié a été suspendu suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle (AT-MP).

Le législateur a considéré que le salarié victime d'un AT-MP devait bénéficier de règles plus protectrices que celles prévues pour les salariés qui ne sont pas victimes d'AT-MP. Si un statut plus protecteur du salarié victime d'un AT/MP reste nécessaire, il n'en demeure pas moins important de prévoir une harmonisation des règles entre les deux régimes notamment concernant les modalités de rupture du contrat de travail, et l'obligation de reclassement.

Le droit de l'inaptitude s'est construit comme un droit protecteur du salarié et a donné lieu à la reconnaissance par le législateur, renforcée par la jurisprudence, d'une véritable obligation de recherche de reclassement par l'employeur du salarié qui subit une détérioration de son état de santé se traduisant par la nécessité d'adapter le poste de travail ou de reclasser le salarié sur un autre emploi.

C'est, dans ce dispositif, à l'occasion de la reprise du travail, ou un peu avant avec la visite de pré-reprise, consécutivement à une absence pour maladie ou accident que l'employeur doit mettre en œuvre les mesures destinées à permettre le maintien dans l'emploi du salarié.

L'employeur ne peut procéder à la rupture du contrat de travail que s'il peut faire la démonstration qu'il est dans l'impossibilité de reclasser le salarié déclaré inapte.

Toutefois, on estime que la déclaration d'inaptitude débouche dans environ 95% des cas par un licenciement. Le flux annuel des entrées en assurance-chômage à la suite d'un licenciement pour inaptitude physique s'élève en 2013 à 63 700 salariés (source : Pôle emploi).

Le projet de loi, en modifiant les modalités relatives au suivi individuel des salariés et en recentrant l'activité du médecin du travail sur ses missions et notamment son rôle de prévention de la désinsertion professionnelle, qu'il exerce notamment en proposant des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou d'aménagement du temps de travail, a vocation à permettre son intervention préventive le plus en amont possible de la déclaration d'inaptitude, qui n'intervient plus qu'en dernier ressort, quand toutes les autres possibilités ont été explorées. L'essentiel des avis d'inaptitude portant sur les risques psycho-sociaux et les troubles musculo-squelettiques, ces mesures individuelles permettent en effet de prévenir les inaptitudes, dont la seule issue est trop souvent le licenciement.

2. OBJECTIFS POURSUIVIS

Le projet repose sur trois principaux axes :

2.1. Consacrer au niveau de la loi, de manière claire, les principes ayant vocation à régir la surveillance individuelle de l'état de santé des travailleurs, dans une visée préventive et en vue de favoriser leur maintien en emploi.

Le projet de loi a pour objectif d'améliorer le suivi de l'état de santé des travailleurs, point central de la réforme.

Le diagnostic posé par le rapport Issindou, ainsi que les débats conduits avec les partenaires sociaux, notamment dans le cadre du groupe permanent d'orientation du Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT), ont fait émerger cette question comme une thématique incontournable pour l'avenir des services de santé au travail.

Il ne s'agit pas d'une réforme liée à la seule contrainte de la ressource médicale, même si celle-ci est réelle, mais d'une réforme positive et ambitieuse qui vise à conforter la médecine du travail et les services de santé au travail, à renforcer leur impact et leur efficacité en matière de protection de la santé et en matière de maintien en emploi grâce à une priorisation des visites en fonction des risques identifiés et d'une adaptation de leurs modalités d'action. Cette réforme a également pour objectif de conforter le rôle du médecin du travail dans l'exercice de sa spécialité et de sa capacité d'expertise médicale, tout en optimisant la mobilisation de l'équipe pluridisciplinaire tant dans le suivi individuel que dans l'action en milieu de travail.

2.2. Adapter le suivi médical des travailleurs de nuit et celui des salariés en contrat à durée déterminée (CDD) et des salariés temporaires.

Les travailleurs de nuit sont actuellement soumis à une surveillance médicale à la périodicité atypique (semestrielle) fixée au niveau législatif. Trop chronophage dans un contexte de forte raréfaction de ressource médicale, cette modalité de surveillance s'avère peu pertinente pour protéger ces salariés. Si le principe de ce suivi particulier est maintenu, il est proposé de revoir les modalités de ce suivi par décret.

S'agissant du suivi des travailleurs temporaires ou des salariés en contrats courts, le système actuel consistant à leur appliquer une visite d'embauche n'est pas adapté ni efficace en matière de prévention. Il crée de la complexité sans protéger les salariés. Les dispositions du projet de loi

permettent de l'adapter par décret, tout en leur garantissant, à l'échelle de leur parcours professionnel, une périodicité équivalente à celle des salariés à contrat à durée déterminée.

2.3. Préciser les conséquences de l'inaptitude sur le contrat de travail et le reclassement du salarié.

Le projet de loi prévoit d'harmoniser les dispositions portant sur les obligations de reclassement de l'employeur et sur la rupture du contrat de travail, quelle que soit l'origine de l'inaptitude (maladie professionnelle et accident du travail ou maladie et accident non professionnel) et que l'avis d'inaptitude suive ou non une période de suspension du contrat de travail.

Il prévoit également de compléter les motifs de rupture du contrat de travail du salarié inapte et de préciser la portée de l'obligation de reclassement de l'employeur, dans un objectif de sécurisation des parties.

3. OPTIONS ET DISPOSITIFS RETENUS

3.1. Les modalités de suivi individuel de l'état de santé des salariés

Le projet de loi prévoit une nouvelle architecture des visites médicales :

- Le projet loi ancre dans la loi le principe selon lequel tout salarié, quel que soit son contrat de travail bénéficie d'un suivi individuel de son état de santé. Celui-ci est réalisé par le médecin du travail et les professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire du service de santé au travail (notamment le collaborateur médecin et l'infirmier). L'effectivité de ce suivi individuel de l'état de santé des salariés sera confortée grâce à l'allocation de ces nouvelles ressources.
- Ce suivi commence par une visite d'information et de prévention réalisée après l'embauche par l'un des professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire.
- Ces visites permettent d'identifier des salariés pour lesquels le médecin du travail va proposer un suivi renforcé, que les risques particuliers résultent de leur état de santé ou des caractéristiques de leur poste.
- Les salariés affectés à des postes présentant des risques particuliers pour leur santé ou leur sécurité ou celles de leurs collègues ou de tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail, bénéficient d'une surveillance médicale renforcée de leur état de santé, qui comporte un examen d'aptitude réalisé avant l'embauche et renouvelé périodiquement. Cet examen est indispensable dans un objectif de prévention des risques graves d'atteinte à la santé ou la sécurité. Il est réalisé par le médecin du travail sauf lorsque des dispositions spécifiques le confient à un autre médecin, ce qui peut être le cas, par exemple dans le secteur des transports.
- Pour protéger la santé d'un salarié, le médecin du travail peut proposer des mesures individuelles d'aménagement de poste. Cette possibilité existe déjà. Le projet en clarifie les termes. Par ailleurs le projet de loi valorise les échanges du médecin du travail avec les salariés et l'employeur. L'aide apportée à l'employeur pour mettre en œuvre les propositions du médecin est formalisée.
- La déclaration d'inaptitude devient explicitement la solution de dernier recours. En effet, l'inaptitude n'intervient qu'après une étude de poste et des échanges avec le salarié et

l'employeur que le médecin du travail constate que l'aménagement de poste ne suffit plus ou que le changement de poste devient indispensable pour préserver la santé du salarié.

Le projet de loi conforte donc la place du médecin du travail dans ses missions, d'autant plus qu'elle oriente prioritairement son action sur les salariés exposés aux risques les plus importants, justifiant la mobilisation des compétences et du savoir-faire de cette discipline de spécialistes. Ce faisant, il est de nature à renforcer l'attractivité de la discipline, seul réel levier à même d'inverser la tendance démographique actuelle.

Ainsi, la réforme proposée fait le choix de renforcer la qualité et la pertinence de l'action du médecin du travail en direction des salariés et de l'employeur et de le renforcer dans ses missions ainsi que d'optimiser la ressource que constitue l'équipe pluridisciplinaire mise en place depuis la réforme intervenue en 2011. Cette organisation pluridisciplinaire permet, tout en préservant les compétences exclusives du médecin du travail sur les missions que lui seul peut conduire, de s'appuyer sur des compétences diverses pour accroître collectivement les capacités d'action du service de santé au travail, et ainsi améliorer la prévention des risques professionnels.

Le projet de texte réforme les modalités de contestation des avis du médecin, par le salarié ou l'employeur.

La contestation de l'avis devant l'inspecteur du travail statuant après avis du médecin inspecteur du travail est portée devant le conseil de prud'hommes statuant sur une demande de désignation d'un médecin-expert dont l'avis se substitue à celui du médecin du travail, la contestation de cet avis étant ensuite été portée devant le conseil de prud'hommes.

Il avait été envisagé de confier au médecin inspecteur du travail le traitement des contestations mais l'état des effectifs des médecins inspecteurs du travail ne permet pas de garantir une prise en charge régulière de ces contestations.

Par ailleurs, le rapport Issindou préconisait de confier ces recours à une commission régionale comprenant trois médecins du travail, dont l'un assure des consultations de pathologies professionnelles. Cette solution n'a pas été envisagée car elle ne prend en compte ni les procédures contentieuses, ni les coûts afférents à la contribution des médecins du travail intervenant dans la commission, et parce qu'elle est apparue comme trop complexe.

3.2. Le suivi médical des travailleurs de nuit et de celui des salariés en CDD et des salariés temporaires

Le projet de loi propose de :

- supprimer la visite médicale d'embauche du travailleur de nuit ainsi que la périodicité semestrielle de son suivi médical. La détermination des modalités du suivi (périodicité, professionnels de santé impliqués, etc.) sera fixée par décret. Ces salariés pourront donc, le cas échéant, faire l'objet d'un suivi renforcé de leur état de santé, adapté par exemple en fonction de leurs conditions de travail ou de leur âge ;
- modifier les règles générales encadrant le suivi de l'état de santé des salariés en CDD et des salariés temporaires tout en leur garantissant un niveau de protection équivalent, à l'échelle de leur parcours professionnel, à celui des autres salariés. Un décret en Conseil d'État définira les modalités pratiques de ce suivi.

3.3. Les conséquences de l'inaptitude sur le contrat de travail et le reclassement du salarié

Le projet de loi vise d'une part, à garantir aux salariés déclarés inaptes à la suite d'un accident ou d'une maladie non professionnelle les mêmes droits que ceux dont disposent les salariés déclarés inaptes suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle :

- le médecin doit indiquer la capacité du salarié à bénéficier d'une formation destinée à lui proposer un poste adapté ;
- les délégués du personnel doivent donner leur avis sur le poste de reclassement proposé par l'employeur au salarié déclaré inapte ;
- les motifs de rupture du contrat de travail sont les mêmes, que l'inaptitude soit d'origine professionnelle ou non ;

D'autre part, il complète les motifs de rupture du contrat de travail du salarié inapte et précise la portée de l'obligation de reclassement de l'employeur :

- deux nouveaux motifs de rupture du contrat de travail du salarié inapte, que cette inaptitude soit d'origine professionnelle ou non, sont ajoutés : le fait que le salarié est inapte à tous les postes de l'entreprise et le fait que le maintien du salarié dans l'entreprise serait gravement préjudiciable à sa santé ;
- l'obligation de reclassement incombant à l'employeur est réputée satisfaite quand celui-ci propose au salarié un poste de travail qui tient compte des indications du médecin du travail.

Enfin, le projet de loi prévoit d'élargir les obligations de reclassement imposées à l'employeur à toutes les situations même celles non consécutives à la suspension du contrat de travail.

3-bis. OPTIONS ET DISPOSITIFS RETENUS POUR LA MEDECINE DU TRAVAIL EN AGRICULTURE

Les modifications du code rural et de la pêche maritime, article L.717-2, poursuivent le même objectif, dans le respect du contexte juridique spécifique rappelé ci-dessous.

La médecine du travail en agriculture a pour base juridique le titre II du livre VI de la partie 4 du code du travail et le chapitre VII du titre I du livre VII du code rural.

Dans les secteurs de l'industrie et du commerce, c'est la loi du 11 octobre 1946 qui a mis en place la médecine du travail, en constituant une obligation pour les employeurs d'organiser celle-ci. Cette obligation était applicable aux sociétés coopérations agricoles du fait de leur nature juridique de sécurité civile (cf. jurisprudence Cass. crim 30 avril 1958 n° 369 p 652).

La loi n° 66-958 du 26 décembre 1966 relative à la médecine du travail et à la médecine préventive agricole a institué un système original en chargeant les caisses de mutualité sociale agricole (MSA) de la mise en œuvre de la médecine du travail auprès des professions agricoles par la création soit d'une section au sein des caisses, soit d'une association spécialisée (aujourd'hui, une seule association demeure en fonctionnement).

La loi n° 76-1106 du 6 décembre 1976 relative au développement de la prévention des accidents du travail rend applicable aux employeurs des professions agricoles, la quatrième partie du code du

travail, fondant la double base législative des services de santé au travail agricoles créés au sein des caisses de MSA et leur confiant l'intégralité des missions définies par le code du travail.

Les réformes engagées depuis la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale et jusqu'à la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail tendent à renforcer les moyens des services de santé au travail afin notamment de pallier la démographie défavorable des médecins du travail et de favoriser le caractère pluridisciplinaire des interventions de ces services.

Les modalités de pilotage de ces services et la coordination de ces services avec ceux des organismes de sécurité sociale en charge de la protection et de la promotion de la santé sécurité au travail demeurent spécifiques aux professions agricoles, en accord avec les propositions des partenaires sociaux, formulées dans l'avenant n° 1 du 27 novembre 2009 à l'accord national du 22 mai 2002 sur la médecine du travail et la santé au travail en agriculture.

Un service de santé au travail inter-entreprises géré paritairement : article L.717-3 du code rural et de la pêche maritime

Par exception aux dispositions de l'article L.4622-11 du code du travail, le service de santé au travail est administré paritairement selon les modalités prévues par les règles relatives au fonctionnement de l'organisme de sécurité sociale agricole. Ainsi, le conseil d'administration (composé de trois collèges électoraux : exploitants, salariés et employeurs) délibère les affaires de la caisse sur avis conforme du comité de protection sociale des salariés (composé des collèges salariés et employeurs) pour les questions intéressant les dépenses relatives aux services de santé au travail et la nomination ou le licenciement des médecins du travail.

De plus, l'article D.717-43 du CRPM confie la direction technique de ce service à un médecin du travail, chef de service. Ce dernier en fixe l'organisation du travail en se concertant avec le directeur de la caisse, il prépare le budget, son accord ou son avis est requis respectivement pour le recrutement ou le licenciement des personnels, il présente le plan d'activité du service devant la commission paritaire d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CPHSCT) et il établit le rapport d'activité du service.

Un pilotage renforcé des services de santé et de sécurité au travail en concertation avec les partenaires sociaux

Au niveau national, l'article D.717-33 du CRPM prévoit que 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 et que chaque année, cet échelon propose les priorités d'actions nationales de santé et sécurité au travail, leur programmation, les moyens mobilisés, et assure leur suivi après consultation d'une formation restreinte de la commission spécialisée du conseil d'orientation sur les conditions de travail chargée des questions relatives aux activités agricoles prévue à l'article R.4641-22 du code du travail. Cette formation restreinte du COCT s'est réunie en octobre 2012 et a défini ses modalités de fonctionnement pour l'année à venir.

Au niveau régional, l'article D.717-43-2 du CRPM, pris en application de l'article L.4622-10 du code du travail, précise que le DIRECCTE d'une part, et les services de santé au travail d'autre part, collaborent en vue de développer et de coordonner des actions transversales de santé et sécurité au travail.

Le renforcement de la pluridisciplinarité au sein du service de santé au travail inter-entreprises

Conformément aux articles L.4622-8 du code du travail et R.717-3 du CRPM, l'équipe pluridisciplinaire est constituée de médecins du travail, d'intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), d'infirmiers et d'assistants des services de santé au travail. Elle peut être complétée de professionnels, de collaborateurs médecin ou, temporairement, d'interne en médecine du travail. Le recours aux IPRP enregistrés est organisé par voie de convention dans les conditions prévues aux articles D.4644-6 à D.4644-11 du code du travail.

Le financement de la santé au travail pour les salariés agricoles est assuré par une cotisation « médecine du travail » à la charge des employeurs.

En octobre 2015, on dénombre 106 IST au sein des 35 services de Santé-Sécurité au Travail de la MSA, dont douze hommes. 88,7 % des IST sont des femmes, la MSA se situant ainsi dans les proportions de l'exercice salarié des infirmiers révélées par l'étude de la direction de la recherche des études et évaluation et statistiques (DREES). On note enfin que la moyenne d'âge des IST est de 39,2 ans ce qui contribue à dynamiser les équipes de Santé au Travail en MSA, les moyennes d'âge étant, pour les médecins du travail, de 54,9 ans, et pour les médecins chef de service SST, de 58,3 ans.

L'apport des missions de gestion et de promotion de la prévention des risques professionnels des salariés et des non-salariés agricoles

La création du service de santé et de sécurité au travail prévue à l'article D.717-34 du CRPM fixe dans l'organisation de la caisse de mutualité sociale agricole, les modalités de coordination entre les services réalisant les missions de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et ceux de prévention des risques professionnels.

Cette spécificité agricole qui réunit au sein d'une même section, les missions des services de santé au travail définie par l'article L.4622-2 du code du travail, c'est à dire d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail et celles des services de prévention des risques professionnels prévues aux articles L.751-48 et L.752-29 du CRPM, c'est à dire de gérer et promouvoir la prévention des risques professionnels des salariés et des non-salariés, permet à l'employeur un accès facilité aux conseils, diagnostics et appuis qui lui sont nécessaires pour assurer l'évaluation des risques professionnels dans son entreprise et prendre les mesures de prévention adaptées.

Les missions du conseiller en prévention ont été répertoriées à l'article R.751-157-1 du CRPM. Notamment, il met en œuvre la politique de prévention des risques professionnels des salariés, conseille les employeurs et contribue à l'amélioration des conditions de travail des salariés dans l'entreprise; il conduit une démarche de prévention visant à la réduction des risques en lien avec l'équipe pluridisciplinaire; il assure le contrôle de la prévention; il participe aux enquêtes AT/MP, il donne des avis aux comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) et à la commission sur la pénibilité.

Les actions en milieu de travail, définies à l'article R.717-3-1 du CRPM, en premier lieu desquelles la visite des lieux de travail, l'étude de poste, l'identification et l'analyse des risques professionnels, l'élaboration et la mise à jour de la fiche d'entreprise, font l'objet d'un plan d'activité en milieu de travail élaboré par le médecin du travail pour l'équipe pluridisciplinaire et en collaboration avec les conseiller en prévention (cf. l'article R.717-4). Pour rappel, le directeur de la caisse doit prendre toutes mesures pour que le médecin du travail consacre à sa mission en milieu de travail au minimum le tiers de son temps de travail.

Le renforcement de la surveillance médicale des salariés les plus exposés

Au titre des risques professionnels, le secteur agricole se caractérise notamment par le risque chimique (CMR/Phytoprotecteurs, médicaments vétérinaires), les troubles musculo-squelettiques (TMS), les risques psycho-sociaux (RPS), les risques liés aux travaux forestiers, paysagers et de cueillette arboricole, les risques liés aux animaux et les zoonoses, les risques liés aux équipements de travail agricoles et les risques dans les TPE.

Aussi, en lien avec l'évaluation des risques réalisée par l'employeur, la surveillance médicale des travailleurs les plus exposés est renforcée. La définition des postes de travail et des personnes concernés, est prévue à l'article R.717-16. Elle inclut les salariés affectés habituellement à certains travaux comportant des exigences ou des risques spéciaux listés par l'arrêté du 6 mai 2013. La liste des travaux est ordonnée selon les facteurs de risques de pénibilité déterminés par l'article L.4121-3-1 du code du travail, soit : les contraintes physiques marquées, l'environnement physique agressif ou certains rythmes de travail. En effet, les partenaires sociaux agricoles ont rappelés leurs engagements issus de l'avenant n° 2 de l'accord national du 23 décembre 2008 sur les conditions de travail en agriculture dans lequel ils soulignent la nécessité d'évaluer les facteurs de pénibilité, mais aussi de prendre en compte le vieillissement, et ont souhaité que, dès lors que des salariés sont exposés à ces facteurs de pénibilité, la fréquence des visites médicales soit la plus réduite possible.

Les salariés affectés aux travaux prévus par l'arrêté et les autres salariés bénéficient d'un examen périodique effectué au moins tous les quarante-huit mois, sous réserve de la réalisation :

- d'entretiens infirmiers intermédiaires dont la nécessité est appréciée par le médecin du travail,
- et d'actions pluridisciplinaires annuelles en milieu de travail,
- et à défaut d'entretien infirmier intermédiaires, tous les trente mois.

Les salariés bénéficiaires de la surveillance médicale renforcée, bénéficient d'un examen périodique effectué au moins tous les vingt-quatre mois, sous réserve de la réalisation d'entretiens infirmiers intermédiaires et à défaut, cet examen est effectué une fois par an.

LES DONNEES CHIFFREES 2013 DE LA MEDECINE DU TRAVAIL

Les caractéristiques de la population à surveiller :

Entre 2006 et 2013 on observe une baisse de 1,4 % de l'ensemble des salariés agricoles (toutes durées de travail confondues), avec une augmentation en 2013 de 3,5 % par rapport à 2012.

	2009	2010	2011	2012	2013
Total de salariés	1 575 145	1 541 023	1 552 891	1 530 156	1 577 546
évolution/année antérieure en %	0,2	-2,2	0,8	-1,5	3,5

En 2013, le nombre de salariés agricoles convoqués était de 359 487, contre 400 281 en 2012, soit une baisse de 10,2 % par rapport à 2012. Le nombre de salariés examinés est de 363 733, soit une baisse de 1,5 % par rapport à 2012 (369 161 salariés examinés).

On dénombre 4 488 examens réalisés au bénéfice de saisonniers pour 2013, examens hors période d'emploi, soit 13,6 % (13,4 % en 2012, 14,1 % en 2011). On décompte enfin, 3 157 bilans d'exposition de salariés de 50 ans contre 3 559 bilans en 2012.

Les taux d'exposition mis en évidence reflètent la "hiérarchie" des nuisances auxquelles sont soumis les salariés agricoles.

Trois nuisances prédominent avec plus de 20 % de salariés exposés : les postures contraignantes, les nuisances thermiques et le port ou la manutention de charges. Viennent ensuite l'exposition au bruit et la conduite de véhicules (plus de 15 % des salariés), puis l'exposition aux outils dangereux et au stress (plus de 13 % de salariés).

Les conclusions des examens médicaux sont réparties comme suit : 90,4 % reconnus aptes, 1,2 % d'inaptes temporaires, 1,3 % d'inaptes définitifs, 7,2 % sans décision d'aptitude (dans le cadre d'examens de pré-reprise ou à la demande). Ces chiffres restent relativement stables depuis les 5 dernières années.

Le pourcentage d'inaptitudes définitives s'élève à 1,3 % des conclusions d'examens mais atteint 2% pour les salariés forestiers et 1,4 % pour ceux de la culture élevage.

L'appareil locomoteur et la traumatologie sont à l'origine de plus de la moitié des causes d'inaptitude (50,5 % contre 52,5 % en 2012). Ces données confirment celles sur les fréquences d'exposition mettant en évidence le fait que les salariés agricoles sont en 2013 plus soumis à des postures contraignantes (24,2 %), au port ou à la manutention de charges lourdes (23 %) et aux gestes répétitifs (12,9 %).

La psychiatrie (19,6 % des pathologies contre 20,1% en 2012), comprend principalement des syndromes dépressifs ou des états anxieux qui peuvent être d'origine personnelle, organisationnelle ou professionnelle (harcèlement, épuisement professionnel, etc.).

4. IMPACTS DE LA LOI

4.1. Prise en compte du handicap

Les dispositions du projet de loi prévoient que les modalités et la périodicité du suivi de l'état de santé des travailleurs prennent en compte les conditions de travail, l'état de santé et l'âge de ces derniers ainsi que les risques professionnels auxquels ils sont exposés. Dans ces conditions, les travailleurs handicapés bénéficieront d'un suivi particulier, dont la périodicité et les modalités seront déterminées par le médecin du travail.

Le recentrage des activités du médecin du travail sur les risques et les publics les plus prioritaires et la possibilité qui lui sera offerte de consacrer une part plus importante de son temps de travail à ses missions en matière de préconisations d'adaptation des postes et de prévention de la désinsertion professionnelles, missions par ailleurs réaffirmées et renforcées, toutes ces évolutions contribueront à la qualité du suivi et de l'accompagnement des travailleurs handicapés.

4.2. Impacts juridiques

Le dispositif proposé est conforme à la directive du Conseil n° 89/391/CEE du 12 juin 1989, qui détermine les principes fondamentaux de la protection de la santé et de la sécurité des salariés. Si elle impose aux États membres de l'Union européenne d'instaurer une surveillance de l'état de santé des travailleurs, elle laisse néanmoins chaque État membre libre de définir les modalités concrètes de cette

surveillance (médecine du travail, régime d'aptitude, etc.). Plusieurs directives européennes prévoient par ailleurs des modalités de suivi renforcé de certains travailleurs exposés à des risques particuliers. Or le dispositif retenu permet d'organiser des telles modalités de suivi spécifiques.

Le dispositif rend par ailleurs plus lisibles, plus accessibles et plus simples les dispositions du livre 1er relatives aux impacts sur le contrat de travail des avis d'inaptitude. L'harmonisation entre les deux régimes, accident du travail et maladie professionnelle et accident et maladie non professionnels permet ainsi de sécuriser juridiquement tant l'employeur que le salarié et de limiter le risque contentieux.

Le projet de loi vise à clarifier l'obligation de reclassement incombant à l'employeur à la suite d'une inaptitude constatée par le médecin du travail. Il précise notamment les motifs qui peuvent justifier la rupture du contrat de travail (impossibilité de proposer un poste dans les conditions prévues à l'article L. 1226-2, refus par le salarié du poste proposé dans ces conditions, mention expresse dans l'avis du médecin du travail que tout maintien du salarié dans l'entreprise serait gravement préjudiciable à sa santé), permettant ainsi de limiter les situations de blocage et les contentieux.

4.3. Impacts sociaux

Impacts pour les salariés

Le projet de loi cherche à renforcer le rôle de prévention et de conseil du médecin du travail et, au-delà, de l'équipe pluridisciplinaire, et ainsi à améliorer la qualité et l'effectivité du suivi individuel de l'état de santé des travailleurs assuré par les différents acteurs concernés, ainsi qu'à renforcer les actions de prévention en entreprise. Si l'impact de ce dispositif sur la survenance d'accidents du travail et de maladies professionnelles ne peut être estimé quantitativement, le recentrage de l'activité des services de santé au travail et l'optimisation de la mobilisation de leurs ressources aura nécessairement pour conséquence une amélioration des conditions de travail et, partant, de l'état de santé et de la sécurité des travailleurs.

Impacts pour le climat social dans l'entreprise

Dans le cadre de la délivrance des avis d'inaptitude, la mise en place pour le salarié ainsi que l'employeur de la possibilité de présenter leurs observations au cours d'un échange avec le médecin du travail avant la délivrance de l'avis définitif devrait exercer un effet favorable sur le bon déroulement de ces procédures et, partant, sur la qualité du dialogue dans l'entreprise.

De même, la clarification des conséquences de l'inaptitude sur le contrat de travail permettra la résolution de situations dont la pérennisation pouvait être préjudiciable tant pour la santé du travailleur que pour la qualité des relations de travail.

Impacts pour les personnels des services de santé au travail

Le projet de loi, qui vise à renforcer l'efficacité préventive de l'action des médecins du travail et des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, permettra aux services de santé au travail de répondre à leurs obligations réglementaires en assurant de manière effective les visites médicales qui ne pouvaient aujourd'hui plus être réalisées dans un grand nombre de SST. Ce redéploiement des ressources au sein des SST permettra notamment au médecin du travail de se consacrer davantage aux situations prioritaires, exposées à des risques particuliers et à son action en milieu de travail de manière à améliorer la prévention primaire.

De plus, les nécessaires échanges entre le médecin du travail et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, notamment l'infirmier qui sera amené à réaliser des visites d'information et de prévention, renforceront de développement d'une culture pluridisciplinaire et d'une communauté d'objectifs partagée entre les professionnels travaillant dans les SST, au-delà d'une juxtaposition des compétences.

4.4. Impacts économiques et financiers

Tous les employeurs ont l'obligation d'adhérer à un service de santé au travail. En matière de coût, la réforme n'aura pas d'incidence sur le montant des cotisations versées par les employeurs qui sont déjà assujettis à l'adhésion à un service de santé au travail. En effet, la cotisation versée au service de santé au travail est forfaitaire et calculée per capita en application de l'article L.4622-6. On estime à 1,3 Md€ le montant total de ces cotisations en 2013 (source : rapport Issindou).

Il faut noter que la comparaison, souvent établie, entre le coût d'une consultation chez le médecin de ville et le coût annuel de la cotisation, en moyenne de l'ordre de 80 €, est d'autant moins justifiée que le nouveau dispositif renforcera la qualité de la prestation globale fournie par le SST, comprenant des examens médicaux, y compris les examens complémentaires, et l'analyse des risques en milieu de travail et le conseil en prévention, assurés tant par les médecins du travail que par des intervenants en prévention des risques professionnels disposant de compétences dans les domaines technique ou organisationnel. De ce fait, la cotisation n'est pas fixée en fonction du nombre d'examens cliniques, car ces derniers ne représentent qu'une partie de l'activité du service de santé au travail.

Pour l'employeur, les sommes consacrées au service de santé au travail demeureront ainsi inchangées mais donneront droit à une prestation de meilleure qualité grâce notamment à la meilleure allocation de la ressource et la pleine mobilisation de l'équipe pluridisciplinaire.

4.5. Impacts sur l'emploi

Les déclarations d'inaptitude se soldent quasi-systématiquement par un licenciement (95% de licenciements après avis d'inaptitude), le reclassement des salariés s'avérant impossible car envisagé trop tardivement, sans implication du salarié et de l'employeur dans ce processus. Ainsi, le flux annuel des entrées en assurance-chômage à la suite d'un licenciement pour inaptitude physique s'élève en 2013 à 63 700 salariés et la populations de demandeurs d'emploi dont le motif d'entrée est le licenciement pour inaptitude physique au 31 décembre 2014 comprend 101 834 demandeurs d'emploi (source : Pôle emploi).

En mettant l'accent sur la prévention le plus en amont possible et en privilégiant l'anticipation des propositions d'aménagement de poste et de reclassement dans l'entreprise, et en délivrant l'avis d'inaptitude en dernier recours, le projet de loi aura des effets positifs sur le maintien dans l'emploi des salariés.

4.6. Impacts administratifs

Pour les services du ministère du travail

Le transfert de la contestation des avis médicaux (près de 1 600 contestations en 2014) à la juridiction judiciaire va alléger la charge de travail des services déconcentrés du ministère chargé du travail, qui pourront davantage concentrer leur action sur la prévention des risques professionnels.

La suppression des recours hiérarchiques permettra d'alléger les missions des services juridiques des DIRECCTE et de la DGT et de réorganiser les missions des agents concernés.

Pour les services des juridictions administratives

De même, le transfert des contestations au Conseil de prud'hommes (CPH) aura pour conséquence de diminuer l'activité contentieuse.

Pour les services des juridictions judiciaires

Le transfert des contestations au CPH accroîtra son activité contentieuse. Toutefois, cette augmentation sera maîtrisée par plusieurs dispositions du projet de loi, qui permettent de sécuriser juridiquement les procédures, et, partant, de réduire le volume global des contentieux.

En premier lieu, le projet de loi prévoit qu'en cas de contestation de la part du travailleur ou de l'employeur, des propositions, des conclusions écrites, des indications et des avis d'aptitude ou d'inaptitude émis par le médecin du travail, ils pourront saisir le CPH, statuant en la forme des référés, afin qu'il désigne un médecin-expert, qui délivre un second avis médical. Cette disposition, qui offre aux parties la possibilité d'obtenir un second avis médical, délivrée par un médecin-expert pleinement légitime à se prononcer sur ces questions, devrait contribuer à réduire le volume des contentieux.

En second lieu, en clarifiant et en sécurisant le régime juridique de la rupture du contrat de travail consécutive à la constatation de l'inaptitude, notamment en sécurisant le champ des obligations de reclassement, le projet de loi induira une diminution du volume des contentieux.

Par ailleurs, le transfert des contestations au CPH permet d'unifier les procédures contentieuses, le conseil de prud'hommes pouvant statuer, d'une part, sur le licenciement du salarié et, d'autre part, sur l'aptitude du salarié à son poste de travail.

Il convient toutefois de noter que ce transfert de compétence de l'ordre administratif vers l'ordre judiciaire s'inscrit dans un contexte plus global de transferts juridictionnels dans le domaine du travail et de l'emploi, comme cela a été le cas lors du transfert de l'homologation des plans de sauvegardes pour l'emploi (PSE) du juge judiciaire vers le juge administratif.

5. MODALITES D'APPLICATION DE LA REFORME

5.1. Application dans le temps

L'entrée en vigueur des dispositions concernant le suivi individuel de l'état de santé des salariés nécessite l'adoption préalable de plusieurs textes réglementaires précisant par exemple les modalités de détermination des postes à risques ou des bénéficiaires du suivi médical renforcé.

5.2. Application dans l'espace

Les mesures proposées s'appliquent en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy, Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon, collectivités soumises au principe de l'identité législative. Ces collectivités bénéficieront dès lors de l'application de ces mesures dans les mêmes conditions qu'en métropole.

En l'état actuel du droit, ces mesures ne sont pas applicables à Mayotte qui est régi par un code du travail spécifique. Elles trouveront effet sur le territoire de cette collectivité à compter du 1er janvier 2018, comme l'ensemble des autres dispositions du code du travail à l'issue du processus engagé pour l'application de ce code à Mayotte, conformément aux engagements pris par le Premier ministre dans le document stratégie « Mayotte 2025 ».

Enfin, ces mesures ne s'appliquent pas en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française, à Wallis-et-Futuna, ainsi qu'aux Terres australes et antarctiques françaises qui sont régies par le principe de la spécialité législative et où le code du travail n'est pas applicable. Les relations du travail y sont organisées par d'autres textes.

5.3. Textes d'application

Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi, plusieurs décrets d'application seront pris :

- décret en Conseil d'État précisant les modalités d'actions de personnels concourant aux services de santé au travail ainsi que les conditions d'application au chapitre IV du titre II du livre VI de la quatrième partie du code du travail ;
- décret en Conseil d'État précisant les modalités d'identification des postes à risques ;
- décret en Conseil d'État visant à adapter le suivi des travailleurs temporaires ou des salariés en contrats à durée déterminée pour que la périodicité de leur suivi soit équivalente à l'échelle de leur parcours professionnelle, à celle des autres salariés ;
- décret en Conseil d'État précisant les conditions d'application de la surveillance médicale particulière pour les travailleurs de nuit.

6. CONSULTATIONS

Le présent article a été soumis au Conseil supérieur de la prud'homie, à la Commission nationale de la négociation collective et au Conseil d'orientation des conditions de travail.