



Thèse

En vue de l'obtention du grade de docteur en droit

L'arrêt maladie

Étude du régime à l'aune des enjeux de santé mentale

Mathilde DE SLOOVERE

Thèse dirigée par

Grégoire LOISEAU, Professeur à l'Université Paris I - Panthéon-Sorbonne

Présentée et soutenue publiquement le 14 décembre 2023

Jury :

Cécile Gueit-Rouaud, Médecin du travail

Emeric Jeansen, Maître de conférences HDR, Université Paris II Panthéon-Assas (Rapporteur)

Pascal Lokiec, Professeur d'Université, Université Paris I Panthéon-Sorbonne (Président)

Yannick Pagnerre, Professeur d'Université, Université d'Évry-Val d'Essonne (Rapporteur)

Magali Roussel, Maître de conférences, Université Paris XIII Sorbonne Paris Nord

Avertissement

Le présent travail constitue une version révisée de la thèse soutenue le 14 décembre 2023. Depuis cette date, l'évolution particulièrement dynamique du droit applicable à l'arrêt maladie a rendu indispensable une réévaluation de plusieurs analyses qui structuraient le manuscrit initial.

Sur le terrain jurisprudentiel, la Cour de cassation, qui venait tout juste de s'aligner sur la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne en matière d'acquisition des congés payés durant l'arrêt maladie, est intervenue de nouveau en septembre 2025 afin de préciser, avec un certain décalage, l'articulation entre congés payés et arrêt de travail (Cass. soc., 10 sept. 2025, n° 23-22.732). Ce mouvement prétorien, s'inscrivant dans un cycle de redéfinition plus large du régime de l'incapacité de travail, a conduit à revisiter plusieurs développements du texte soutenu. D'autres précisions apportées récemment par la Haute juridiction ont également justifié une actualisation approfondie.

Au plan normatif, le droit positif a connu des transformations non moins significatives. La loi n° 2024-364 du 22 avril 2024, qui adapte le Code du travail aux exigences européennes relatives aux congés payés en période d'arrêt maladie, la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale, abaissant notamment le plafond des indemnités journalières, ainsi que le décret n° 2024-692 du 5 juillet 2024, venu préciser pour la première fois les modalités de la contre-visite prévue à l'article L. 1226-1 du Code du travail, ont modifié les équilibres du système de protection en cas d'arrêt de travail pour maladie. Ces évolutions ont exigé une réévaluation des articulations internes du régime étudié.

Remerciements

La présente thèse est l'aboutissement d'un cheminement intellectuel et personnel que je n'aurais pu mener sans le concours de nombreuses personnes, que je souhaite ici remercier avec gratitude.

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde reconnaissance à mon directeur de thèse, Monsieur Grégoire LOISEAU, dont l'exigence bienveillante, la rigueur scientifique et la disponibilité ont été déterminantes dans la construction de ce travail. Ses conseils avisés, son regard critique et sa confiance m'ont guidé tout au long de ces années de recherche.

Je remercie également les membres du jury pour l'honneur qu'ils m'ont fait en acceptant d'évaluer ce travail, ainsi que pour l'attention et la rigueur avec lesquelles ils en ont assuré la lecture.

Je souhaite remercier les équipes pédagogiques et administratives de l'Institut de Recherche Juridique de la Sorbonne (IRJS), de l'Université d'Oxford et de l'école de droit de Columbia pour leur accueil et leur soutien durant ces années. Mon parcours a également bénéficié du cadre stimulant de la formation doctorale, propice aux échanges scientifiques et aux collaborations fécondes.

Je tiens à souligner l'importance de l'expérience professionnelle vécue en parallèle de mes recherches qui m'a permis de nourrir ma réflexion théorique d'une approche concrète et pragmatique du droit. Je remercie celles et ceux qui m'y ont accompagné, tant pour leur exigence que pour leur confiance.

Je suis redevable à mes collègues, compagnons de thèse et amis, pour les échanges intellectuels, les relectures généreuses et le soutien quotidien. Leur présence a rendu ce parcours plus riche et plus humain.

Enfin, je souhaite exprimer mon affection et ma reconnaissance à ma famille et à mes proches, pour leur indéfectible soutien, leur patience et leur confiance inébranlable.

Sigles et abréviations

ALD	Affection de longue durée
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANI	Accord national interprofessionnel
ARACT	Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ARS	Agence régionale de santé
Art.	Article
Ass. plén.	Assemblée plénière
AT/MP	Accident du travail / maladie professionnelle
BIT	Bureau international du travail
<i>BJT</i>	Bulletin Joly Travail
Bull. civ.	Bulletin civil des arrêts de la Cour de cassation
Bull. crim.	Bulletin criminel des arrêts de la Cour de cassation
C. Civ.	Code civil
C. Pen.	Code pénal
CPC	Code de procédure civile
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
C. Trav.	Code du travail
CA	Cour d'appel
<i>Cah. soc.</i>	Cahiers sociaux du Barreau de Paris
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail
Cass. Soc.	Chambre sociale de la Cour de cassation
Cass. Crim.	Chambre criminelle de la Cour de cassation
Cass. Civ. 2 ^e	Deuxième chambre civile de la Cour de cassation
Cass. Com.	Chambre commerciale de la Cour de cassation
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CE	Conseil d'État
CEDH	Cour européenne des droits de l'Homme

CEDS	Comité européen des droits sociaux
CET	Compte épargne temps
CFDT	Confédération française démocratique du travail
CFE-CGC	Confédération française de l'encadrement – confédération générale des cadres
CGT	Confédération générale du travail
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CJUE	Cour de justice de l'Union européenne
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CRRMP	Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
CSSCT	Commission santé sécurité et conditions de travail
Cons. Const.	Conseil constitutionnel
CPH	Conseil de prud'hommes
Conv. EDH	Convention européenne des droits de l'homme
<i>D.</i>	<i>Recueil Dalloz</i>
<i>D. actu.</i>	<i>Dalloz actualité</i>
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DGT	Direction générale du travail
DREETS	Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DUERP	Document unique d'évaluation des risques professionnels
<i>Gaz. Pal.</i>	<i>Gazette du palais</i>
HAS	Haute autorité de santé
<i>Ibid.</i>	<i>Ibidem</i>
IJ	Indemnités journalières
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut national de veille sanitaire
IRP	Institutions représentatives du personnel
ISO	Organisation internationale de normalisation ; norme technique de l'ISO
<i>JO</i>	<i>Journal officiel de la République française</i>

<i>JCP</i>	<i>Semaine juridique</i>
<i>JCP E</i>	<i>Semaine juridique, édition entreprise</i>
<i>JCP G</i>	<i>Semaine juridique – édition générale</i>
<i>JCP S</i>	<i>Semaine juridique – édition sociale</i>
<i>JSL</i>	<i>Jurisprudence sociale Lamy</i>
<i>Liaisons soc.</i>	<i>Liaisons sociales</i>
MEDEF	Mouvement des entreprises de France
NF	Norme technique AFNOR
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONM	Ordre national des médecins
ONU	Organisation des Nations Unies
<i>op. cit.</i>	<i>Opus citatum</i>
p.	Page
<i>PISTES</i>	<i>Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé</i>
<i>préc.</i>	Précité(s)
QVT	Qualité de vie au travail
QVCT	Qualité de vie et des conditions de travail
<i>RDSS</i>	<i>Revue de droit sanitaire et social</i>
<i>RDT</i>	<i>Revue de droit du travail</i>
<i>RGDM</i>	<i>Revue générale de droit médical</i>
<i>RJS</i>	<i>Revue de jurisprudence sociale</i>
RPS	Risques psycho-sociaux
RSE	Responsabilité sociale des entreprises
SMG	Syndicat de la Médecine Générale
SSTI	Service de santé au travail interentreprises
s.	Suivant
TCE	Traité de Rome du 25 mars 1957
TFUE	Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne
TIC	Technologies de l'information et de la communication
TMS	Troubles musculosquelettiques
UE	Union européenne
Vol.	Volume

Sommaire

Introduction générale

Première partie. L'accès au droit à l'arrêt maladie

Titre I. Un droit justifié

Chapitre I. L'intensification des atteintes psychiques liées au travail

Chapitre II. Les limites structurelles de la prévention primaire

Titre II. Un droit conditionné

Chapitre I. La prescription médicale

Chapitre II. Les obligations déclaratives du salarié

Seconde partie. Les effets de l'arrêt maladie

Titre I. Un régime en quête d'équilibre

Chapitre I. Le maintien du lien contractuel

Chapitre II. La compensation de la perte de salaire

Titre II. Un régime fragilisé par les mutations contemporaines

Chapitre I. La redéfinition nécessaire des contrôles

Chapitre II. Le besoin d'accompagnement intégré du salarié

Conclusion générale

Résumé

L'arrêt maladie occupe une place paradoxale dans l'architecture juridique contemporaine : conçu comme un temps de protection du salarié vulnérable, il devient de plus en plus le lieu d'un soupçon. Cette thèse interroge les tensions que cristallise ce régime à l'intersection du droit du travail, du droit de la sécurité sociale et du droit de la santé. Elle révèle un droit inachevé, à la fois trop normatif et insuffisamment opérant, oscillant entre défiance et désengagement.

Loin de l'image d'un système protecteur, le droit de l'arrêt maladie se caractérise par un déficit de prévention, une méconnaissance des dispositifs existants, et une faible effectivité des mécanismes d'accompagnement. Les outils pourtant prévus par les textes – comme l'essai encadré, les visites de préreprise ou le temps partiel thérapeutique – sont rarement mobilisés, soit faute de culture juridique partagée, soit en raison d'une logique managériale peu encline à la réintégration progressive. Cette sous-utilisation alimente un cercle vicieux : la suspicion envers les salariés en arrêt renforce leur mise à l'écart, tandis que l'absence d'appui juridique ou institutionnel fragilise leur retour.

À travers une analyse critique de la norme et de sa mise en œuvre, la recherche met en évidence l'incapacité du régime actuel à répondre aux enjeux contemporains de santé mentale au travail. Elle souligne la nécessité de repenser le régime de l'arrêt maladie non comme une suspension isolée du contrat de travail, mais comme un *continuum* d'accompagnement, fondé sur la prévention, la coordination des acteurs, et la reconnaissance d'un droit effectif à la santé au travail.

Abstract

Sick leave occupies a paradoxical position in contemporary legal architecture: originally conceived as a period of protection for vulnerable employees, it is increasingly marked by suspicion. This dissertation explores the tensions inherent in the sick leave regime, situated at the intersection of labor law, social security law, and health law. It reveals an unfinished legal framework—at once overly normative and insufficiently effective—characterized by mistrust and disengagement.

Far from the image of a protective system, the law governing sick leave suffers from a lack of prevention, a widespread ignorance of existing mechanisms, and a weak implementation of support measures. Legal tools provided by legislation—such as trial reintegration periods, pre-return medical visits, or therapeutic part-time work—are seldom used, either due to a lack of shared legal culture or because managerial logic resists gradual reintegration. This underutilization fuels a vicious cycle: suspicion toward employees on leave exacerbates their marginalization, while the absence of legal or institutional support undermines their return to work.

Through a critical analysis of both legal norms and their practical application, this research highlights the current regime's failure to address the contemporary challenges of mental health in the workplace. It calls for a rethinking of sick leave not as a mere suspension of the employment contract, but as a continuum of support based on prevention, coordination among stakeholders, and the effective recognition of a right to health at work

Introduction générale

« La Sécurité sociale est la garantie donnée à chacun, qu'en toutes circonstances, il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. »

1. Cette affirmation, issue de l'exposé des motifs de l'Ordonnance du 4 octobre 1945 portant création de la Sécurité sociale¹, illustre l'ambition fondamentale de ce système : offrir une protection universelle face aux aléas de l'existence². Parmi ces aléas, la maladie occupe une place singulière : elle interrompt, fragilise, isole, et appelle la solidarité nationale³.

2. Pourtant, l'arrêt maladie, qui constitue l'une des traductions les plus immédiates et les plus quotidiennes de cette solidarité⁴, alimente autant les discussions de comptoir que les débats de dîner. Il suscite, chez chacun d'entre nous – actif ou non –, des réactions vives, souvent contrastées. On se plaît à raconter des arrêts « de complaisance », anecdotes plus ou moins vraisemblables qui, sous couvert d'humour ou de suspicion, contribuent à occulter l'importance réelle de ce dispositif⁵. Réduit à ce folklore social⁶, l'arrêt maladie perd de vue sa véritable

¹ Ordonnance n° 45-2259 du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité sociale, exposé des motifs.

² N. DA SILVA, *La bataille de la Sécu. Une histoire du système de santé*, La fabrique, 2022.

³ P. BLÉMONT, P. OLEJNICZAK, *Assurance maladie et système d'offre de soins*, Ellipses, Transversales Debats, 2007, p. 29-40.

⁴ G. HUTEAU, *Le droit de la sécurité sociale. Systèmes et finalités*, EHESP, 2^e éd., 2021.

⁵ N. ROCHE, J. PASCAUD, « Arrêt de travail : une problématique de santé publique », *Regards*, 2014/2, n° 46, p. 235-246.

⁶ De nombreux cas ont été médiatisés. En 2022, une salariée a participé à une émission de téléréalité au cours d'un arrêt maladie (« « L'amour est dans le pré » : l'arrêt maladie d'une candidate pour le tournage agace son employeur », *europe1.fr*, 18 octobre 2022) ; de même en 2019, pour une candidate de l'émission Koh-Lanta (« Une fonctionnaire participe à Koh-Lanta pendant son arrêt maladie », *lepoint.fr*, 31 oct. 2019).

portée : il demeure un objet juridique complexe⁷, dont les régimes, les conditions et les effets sont encore trop peu connus et maîtrisés dans la société contemporaine, ce qui limite souvent sa compréhension et sa mise en œuvre correcte.

3. Les données statistiques permettent de replacer ces différentes perceptions dans leur contexte⁸. Environ 40 % des salariés ont eu recours à au moins un arrêt de travail pour maladie au cours des douze derniers mois⁹, une proportion relativement stable depuis les dix dernières années¹⁰. La majorité d'entre eux (59 %) n'ont bénéficié que d'un seul arrêt dans l'année, tandis que 9 % ont eu recours à plus de trois arrêts sur la même période¹¹. La durée moyenne d'un arrêt de travail s'élève à vingt jours calendaires¹². Pourtant, 44 % des employeurs estiment que l'absentéisme dans leur entreprise est « moyen » ou « élevé »¹³. Ces premiers éléments permettent dès lors de nuancer le sentiment d'un absentéisme important et de relativiser l'idée d'une progression continue de l'absentéisme.

4. Un phénomène mérite toutefois une attention particulière : la progression continue des arrêts maladie liés à des troubles psychiques. Hors épisodes directement liés à la Covid-19¹⁴, ces derniers représentaient 20 % des arrêts de travail en 2022, contre 17 % en 2021 et 15 % en 2020¹⁵. Entre 2020 et 2022, ces pathologies psychologiques se sont imposées comme la première cause d'arrêt de longue durée. Chez les salariés de moins de trente ans, elles

⁷ J-L. BERARD, S. OUSTRIC, S. SEILLER, *Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail : neuf constats, vingt propositions*, Rapport, Inspection générale des affaires sociales, janvier 2019.

⁸ De nombreuses études sur l'absentéisme sont réalisées par différents groupes assurantiels ou organismes privés chaque année. Les chiffres peuvent varier légèrement d'une étude à l'autre, selon la méthodologie retenue et la population étudiée. Il convient donc de les interpréter avec prudence, en tenant compte du prisme spécifique de chaque organisme et de l'éventuel intérêt sectoriel de l'étude.

⁹ Malakoff Humanis, *Baromètre annuel Absentéisme 2022 : Regards croisés salariés-dirigeants face à l'arrêt maladie*, étude, 8 septembre 2022, consultable en ligne.

¹⁰ Cette stabilité est également observable sur le plan global du taux d'absentéisme : 5 % en 2020, 4,8 % en 2021, 5,2 % en 2022 et 4,8 % en 2023 (Mercer, *L'absentéisme en France en 2022 – Baromètre 2023*, juillet 2023 ; *L'absentéisme en France en 2023 – Baromètre 2024*, juillet 2024).

¹¹ *Ibid.*

¹² Cette donnée est à prendre avec recul. En effet, sont compris dans la moyenne les arrêts de travail pour affection de longue durée.

¹³ *Ibid.*

¹⁴ Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Nous médecins, face à la crise. Le récit d'une année d'engagement contre la Covid-19*, Rapport d'activité 2020, 31 pages.

¹⁵ Ces arrêts représentent la deuxième cause d'arrêt maladie après les affections bénignes de type grippe, rhume ou angine (approximativement 40%), et précèdent d'autres motifs fréquents tels que les troubles musculosquelettiques (approximativement 14%), les accidents du travail ou les interventions chirurgicales. Les chiffres mentionnés sont issus du *Baromètre annuel Absentéisme 2022 : Regards croisés salariés-dirigeants face à l'arrêt maladie*, Malakoff Humanis, étude, 8 septembre 2022.

représentent 35 % des arrêts, devant les troubles musculo-squelettiques (TMS) (29 %). Chez les salariés de plus de trente ans, les affections psychiques approchent 40 % des dossiers, suivies par les TMS qui concernent 35 % des arrêts de longue durée¹⁶.

5. Au vu de leur importance croissante, les arrêts pour troubles psychiques doivent être considérés comme un sujet de santé publique¹⁷. Si leurs causes sont plurifactorielles, un nombre significatif d'entre eux trouve son origine dans les conditions et l'organisation du travail¹⁸, comme il sera analysé plus loin. Ces pathologies présentent une caractéristique particulière : leur invisibilité, qui les rend moins facilement identifiables et davantage exposées aux soupçons ou critiques, tant de la part des employeurs que parfois des collègues ou de l'entourage institutionnel¹⁹. Cette double singularité – importance quantitative et vulnérabilité à la suspicion – justifie que la présente étude accorde une attention spécifique aux arrêts maladie liés aux troubles psychiques, et en particulier à ceux dont l'étiologie renvoie directement au contexte professionnel.

6. La présente étude se propose d'examiner l'arrêt maladie non seulement comme un instrument de protection sociale, mais également comme un mécanisme dont l'usage peut révéler des tensions entre droits des salariés et exigences de l'organisation du travail. Pour appréhender cette dualité, il est nécessaire, en premier lieu, de définir et situer juridiquement l'arrêt maladie : quelles sont ses bases, ses régimes et son encadrement en droit français et européen (I) ? Ensuite, il convient de mesurer l'écart entre le dispositif théorique et sa perception dans la société, afin de dégager les véritables enjeux juridiques, sociaux et politiques que recouvre ce mécanisme. Cette approche permet de dépasser les représentations médiatiques et anecdotiques et de cerner l'arrêt maladie dans sa complexité normative et sociale, et notamment lorsqu'il traduit des troubles psychiques en lien – au moins partiellement - avec l'exercice du travail (II).

¹⁶ Groupe APICIL, *Observatoire des arrêts de travail 2023*, étude, 2023.

¹⁷ N. TARHOUNY, *Les risques psychosociaux au travail : Droit et prévention d'une problématique de santé publique*, Thèse, Sorbonne Paris cité, 2018.

¹⁸ L. JUBERT, *L'organisation du travail et la prévention des risques professionnels*, Thèse, Paris Nanterre, 2019.

¹⁹ Ch. DEJOURS, « Travail, précarisation et subjectivité », *Travailler*, novembre 2020, n°44.

I. L'arrêt maladie : notion, fondements, régimes juridiques

7. L'arrêt de travail pour raison médicale, parfois qualifié de *congé maladie*, constitue une institution majeure du droit social français²⁰. Il incarne la solidarité nationale face à l'imprévisibilité de la santé, tout en assurant la continuité du lien contractuel dans le temps de l'incapacité. Sa mise en œuvre mobilise un ensemble de règles éparées, relevant tant du droit du travail que du droit de la sécurité sociale, et se trouve à l'intersection de logiques juridiques hétérogènes²¹. En ce sens, l'arrêt maladie ne peut être saisi adéquatement sans une analyse interdisciplinaire de ses fondements, de ses fonctions et de son régime juridique (A).

8. Mais l'étude ne saurait s'arrêter aux seules frontières nationales. Dans un contexte de mobilité croissante des travailleurs, la pluralité des systèmes étrangers invite à la comparaison²². Certains modèles privilégient la protection, d'autres la responsabilisation, révélant des conceptions contrastées du rapport entre travail, santé et solidarité (B).

9. Surtout, le droit de l'Union européenne – et récemment la jurisprudence de la CJUE – occupent une place structurante dans l'évolution du régime français. Sans édicter de régime uniforme de l'arrêt maladie, le droit de l'Union européenne impose aux États membres des exigences croissantes en matière de santé au travail²³, de non-discrimination²⁴, d'égalité de traitement et d'organisation du temps de travail. La France ne peut s'en affranchir : la Cour de justice intervient régulièrement pour corriger, réorienter ou invalider les solutions nationales, qu'il s'agisse de la définition du handicap, de la protection contre la discrimination liée à l'état de santé²⁵, ou encore des droits du salarié absent pour maladie en matière de congé payé. L'analyse de ces apports — mais aussi de leurs limites et des tensions qu'ils suscitent — permet

²⁰ Souvent plébiscité, le mécanisme serait l'un des plus efficaces au monde. « Paid sick leave: Which countries in Europe have the most generous benefits for ill workers? », 27 sept. 2023, euronews.com ; « How does sick pay in the UK compare to the rest of the world? », 6 avr. 2023, bigissue.com ; « How 4 weeks of U.S. paid leave would compare with the rest of the World », publié le 25 oct. 2021, mis à jour le 22 juin 2023, nytimes.com ; « An overview of the French healthcare system in 2021 », 9 déc. 2021, connexionfrance.com.

²¹ L. LEROUGE, « La question des rapports entre le droit de la santé au travail et le droit de la santé publique : la nouvelle donne de la reconnaissance de la protection de la santé mentale au travail », *RGDM*, 2006, n°18, p. 199.

²² L. LEROUGE, *Contribution à l'étude juridique des risques psychosociaux au travail. Aspects de droit national, de droit comparé, d'interdisciplinarité*, HDR, Bordeaux, 2014.

²³ D. NAZET-ALLOUCHE, « L'Union européenne face à la santé et à la sécurité au travail », *Les notes du Pôle*, mars 2015.

²⁴ J-Ph. LHERNOULD, « L'âge en droit du travail. La politique anti discrimination du droit de l'union européenne », in *Discrimination et égalité de traitement en droit du travail*, Helinia, 2013, p. 135.

²⁵ S. BOUQUET, J. GRUBER, D. CAILLEUX, *La réglementation européenne relative à la discrimination fondée sur l'âge : conséquences sur le droit du travail français*, Peter Lang, 2012.

ainsi de replacer l'arrêt maladie dans une dynamique juridique plus large, faite d'harmonisations imposées, de résistances jurisprudentielles et de silences normatifs, qui façonnent de plus en plus la logique interne du dispositif français (C).

A. Une institution à la croisée des disciplines

10. L'arrêt maladie, tel qu'il se conçoit aujourd'hui, s'est historiquement construit à l'intersection de deux régimes juridiques principaux, chacun autonome : le droit de la sécurité sociale, fondé sur la solidarité²⁶, et le droit du travail, résultat d'un encadrement progressif de la relation salariale²⁷. Cette dualité n'est pas récente : elle est inscrite dans l'histoire même du dispositif²⁸.

11. La Constitution du 27 octobre 1946 consacre cette double orientation en affirmant l'engagement de l'État à la fois préventif, pour protéger la santé des travailleurs, et indemnitaire, pour garantir des moyens d'existence en cas d'incapacité²⁹. Elle fixe ainsi les deux finalités qui structurent encore aujourd'hui l'arrêt maladie : une finalité professionnelle, centrée sur la préservation du contrat de travail, et une finalité assurantielle, attachée à la compensation de la perte de revenus. Fait marquant, le Constituant place d'emblée la santé mentale au même rang que la santé physique, anticipant une évolution contemporaine du contentieux. La Constitution de 1958, en conférant une valeur constitutionnelle au préambule de 1946, a renforcé la portée de ces principes, lesquels s'imposent désormais à l'ensemble des pouvoirs publics³⁰.

12. C'est cette dualité structurelle qui confère à l'arrêt maladie son caractère singulier : il ne constitue pas un régime unifié, mais la jonction de deux systèmes juridiques distincts, sourcés, gouvernés et interprétés selon des logiques différentes. À cette binarité s'ajoutent des influences ponctuelles du droit des assurances, du droit de la santé et du droit du sport, qui renforcent la dimension interdisciplinaire du régime. Pour comprendre pleinement ce système hybride, il convient d'examiner séparément — mais en dialogue constant — la place du droit

²⁶ G. HUTEAU, « Les cercles de la solidarité dans la protection sociale », *Regards*, 2023, n° 62, p. 47.

²⁷ J-E. RAY, *Droit du travail, droit vivant*, Liaisons, 30^e éd., 2022.

²⁸ N. DA SILVA, *op. cit.*

²⁹ « « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. » (Constitution du 27 octobre 1946, Al. 10 et 11).

³⁰ CC, 16 juill. 1971 n°71-44.

du travail (1), celle du droit de la sécurité sociale (2), puis les zones d'interférences qui en révèlent les tensions et les complémentarités (3).

1. Le droit du travail

13. Une construction prétorienne. En droit du travail, l'arrêt de travail pour cause de maladie a longtemps été appréhendée non par la loi, mais par la construction prétorienne. Avant toute intervention législative, la Cour de cassation interprète l'arrêt maladie à travers les catégories civilistes de l'empêchement contractuel : en 1934, elle affirme que la maladie suspend le contrat sans le rompre³¹ ; en 1960, elle mobilise la force majeure pour admettre qu'une maladie longue puisse entraîner la rupture du contrat³². Cette logique atteint son apogée en 1973 avec l'arrêt *Manuvire*, qui accepte qu'une rupture soit imputable à la maladie elle-même, confirmant l'emprise du raisonnement civiliste³³.

14. Un tournant décisif est amorcé en 1977, lorsque la Cour de cassation distingue les effets de la rupture selon qu'elle provient du salarié ou de l'employeur. La maladie cesse d'être seulement un empêchement civiliste pour devenir un fait générateur appréhendé dans la relation de travail³⁴. La transformation est achevée en 1988, avec les arrêts *Mosnier et Borghèse*, qui qualifient expressément de licenciement la rupture motivée par l'état de santé du salarié³⁵. La maladie sort alors définitivement du droit commun des obligations : elle devient un événement relevant d'un régime protecteur autonome, propre au droit du travail.

15. Le rôle structurant du droit du travail. Le droit du travail constitue le premier cadre d'intelligibilité juridique de l'arrêt maladie. Parce qu'il régit la relation de travail dans ses dimensions tant organisationnelles que protectrices³⁶, il détermine la manière dont l'absence pour raison de santé est juridiquement pensée, qualifiée et intégrée dans l'équilibre contractuel³⁷. Sous cet angle, l'arrêt de travail n'est pas seulement une donnée médicale ; il est un fait juridique dont la portée est immédiatement captée par le droit du travail, qui lui attribue une fonction et des effets spécifiques. La discipline fixe un principe cardinal : l'état de santé,

³¹ Cass. Civ., 3 déc. 1934, *Hotel Terminus PLM c. Dame Spagnoli*.

³² Cass. Soc., 14 déc. 1960, *Bull.civ.*, n°1181.

³³ Cass. Soc., 28 févr. 1973, n°72-40.123.

³⁴ Cass. Soc., 29 juin 1977, n°76-41.025.

³⁵ Cass. Soc., 21 avril 1988, n°85-42.177, publié.

³⁶ J-E. RAY, *op. cit.*

³⁷ C. NOEL-LEMAITRE, N. LEMAITRE, *L'essentiel du droit du travail*, Ellipses, 2016, p. 5-7.

lorsqu'il fait obstacle à l'exécution de la prestation, justifie la suspension du contrat³⁸, neutralisant temporairement les obligations professionnelles du salarié. Cette suspension, loin d'être une simple mise entre parenthèses du contrat, révèle la vocation première du droit du travail : organiser la protection de la santé du travailleur, y compris par l'éloignement nécessaire de l'activité. L'arrêt maladie est ainsi l'expression d'un droit subjectif à la préservation de l'intégrité physique et mentale³⁹, droit que le droit du travail reconnaît et articule à la continuité du lien contractuel.

16. Une stratification normative de la maladie. Ce cadre protecteur, néanmoins, ne doit pas être appréhendé comme un bloc homogène. Le droit du travail se caractérise par une stratification normative profonde — loi, conventions collectives, accords d'entreprise, usages⁴⁰ — qui produit, en matière de maladie, des régimes de protection très contrastés. Si le socle légal consacre des principes transversaux (suspension du contrat, maintien de certains droits, interdiction des ruptures discriminatoires...) ⁴¹, l'effectivité de la protection dépend largement des strates conventionnelles applicables. D'un secteur à l'autre, les règles relatives au maintien de salaire, à la durée de garantie d'emploi, aux modalités d'accompagnement du salarié ou encore à l'articulation avec la médecine du travail varient substantiellement. Le droit du travail apparaît ainsi comme un droit inégal⁴², dans lequel l'arrêt maladie ne reçoit pas une appréhension uniforme mais une déclinaison pluralisée, parfois protectrice, parfois lacunaire. À protection identique en apparence, les salariés ne bénéficient pas tous d'un même « droit de la maladie ».

17. Un biais conflictuel. À cette première observation s'ajoute une autre constante : le droit du travail aborde fréquemment l'arrêt maladie sous l'angle des situations conflictuelles — discriminations, ruptures irrégulières, déclarations d'inaptitude contestées — au risque de réduire l'analyse à sa dimension contentieuse. Une telle focale tend à occulter que l'arrêt de travail s'inscrit dans un régime plus large, où interviennent des acteurs et des mécanismes destinés à accompagner le salarié temporairement fragilisé. Moment d'affaiblissement du lien d'emploi, l'arrêt maladie ne fait disparaître ni la relation juridique ni les exigences qu'elle comporte ; il appelle une articulation particulière entre protection de la santé, maintien du lien

³⁸ A. GARDIN, « Suspension du contrat de travail et protection de l'emploi du salarié », *Revue de droit du travail*, 2008, n°2, p. 96.

³⁹ F. RASERA, « Le corps en jeu », *Sociologie du travail*, 2012, Vol. 54, n°3, p. 338-355.

⁴⁰ N. CLAUDE, *La variabilité du droit du travail*, Thèse, Angers, 2010.

⁴¹ A. LYON-CAEN, « L'égalité et la loi en droit du travail », *Droit social*, 1990, n°1, p. 68.

⁴² G. AUZERO, E. DOCKES, D. BAUGARD, *Droit du travail 2023*, Dalloz, Précis, 36^e éd., 2022.

contractuel et préparation de la reprise. Sans développer ici ces éléments, sur lesquels la thèse reviendra, il importe simplement de souligner que l'approche strictement conflictuelle ne suffit pas à rendre compte de la complexité d'un droit dont la finalité demeure la protection de la santé du salarié et la continuité de son parcours professionnel⁴³.

2. Le droit de la sécurité sociale

18. Un régime autonome de protection. Alors que le droit du travail organise la suspension du contrat en cas d'arrêt maladie, le droit de la sécurité sociale intervient sur un autre terrain : celui de la compensation économique de l'incapacité. Il institue, au profit de l'assuré, un régime autonome de prestations et d'obligations à l'égard de la caisse primaire⁴⁴, indépendant de la relation de travail⁴⁵. L'arrêt maladie y apparaît moins comme un événement contractuel que comme un risque social⁴⁶, relevant de la logique de solidarité nationale consacrée à l'article L.111-1 du Code de la sécurité sociale.

19. L'idée d'une prise en charge publique de l'incapacité de travail s'inscrit dans une longue construction. Dès 1793, la Nation se voit reconnaître le devoir d'assister les citoyens « hors d'état de travailler »⁴⁷. Après une parenthèse durant laquelle la II^e République renvoie cette protection à la famille⁴⁸, il faut attendre les années 1920 pour qu'émerge un véritable droit à indemnisation. La loi de 1928 introduit pour la première fois un régime assurantiel structuré du risque maladie, conçu pour garantir au travailleur des moyens d'existence lorsqu'il ne peut plus exercer son activité⁴⁹.

⁴³ J. MALINE, É. PELTIER, H. THIERRY, *Processus de désinsertion professionnelle : des outils et des exemples pour situer son entreprise*, document de travail, ARACT Basse-Normandie, 17 déc. 2013.

⁴⁴ V. LACOSTE-MARY, « Sur les obligations incombant aux assurés sociaux en cas de versement de prestations en espèces », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°2, p. 312.

⁴⁵ J-Y. KERBOURC'H, J-P. CHAUCHARD, Ch. WILLMANN, *Droit de la sécurité sociale*, LGDJ, 2018.

⁴⁶ S. MAILLIOT, « Assurance maladie et redistribution : le cas de l'arrêt maladie », *Recherches économiques de Louvain*, 2005, n°71.

⁴⁷ L'article 21 de la Déclaration des Droits de la Constitution montagnarde énonçait : « *La société doit subsistance aux citoyens malheureux, soit en lui procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler.* ». La Constitution montagnarde n'a cependant jamais été appliquée. Elle n'a donc jamais eu de force juridique.

⁴⁸ C'est uniquement en l'absence de famille que la République lui assurait un secours. Constitution 4 nov. 1848, Art. VIII : « *La République (...) doit, par une assistance fraternelle, assurer l'existence des citoyens nécessiteux, soit en leur procurant du travail dans la limite de ses ressources, soit en donnant, à défaut de famille, des secours à ceux qui sont hors d'état de travailler.* ».

⁴⁹ En cas d'incapacité de travail, chaque assuré malade pouvait prétendre à une indemnité d'un demi-salaire quotidien par jour ouvrable. Un délai de carence s'appliquait et l'indemnisation ne pouvait dépasser six mois (Loi 5 avril 1928 sur les assurances sociales, Art. 5).

20. L'accès aux indemnités journalières obéit aujourd'hui à des conditions strictement encadrées⁵⁰, fondées sur une appréciation biomédicale de l'incapacité⁵¹. Sans détailler ces règles, il importe de souligner dès à présent qu'elles déterminent seules l'ouverture du droit à la prise en charge, en dehors de toute considération tenant à l'organisation du travail ou aux besoins de l'entreprise⁵². La sécurité sociale impose en contrepartie certaines obligations au salarié, traduisant le souci d'équilibrer protection et contrôle⁵³.

21. Un régime technique en mouvement. Ces principes, bien que classiques, demeurent souvent mal compris et constituent une source récurrente de tensions pratiques⁵⁴ : erreurs d'interprétation quant aux obligations s'imposant aux salariés, refus d'indemnisation, incertitudes quant au maintien du revenu... En pratique, il n'est pas rare que les salariés confondent les obligations relevant de la Caisse primaire d'assurance maladie et celles pesant sur eux au titre du contrat de travail. Cette confusion n'est pas anodine : elle révèle la superposition, parfois contradictoire, de normes et de logiques distinctes — légales, réglementaires, conventionnelles et contractuelles — qui régissent simultanément l'arrêt maladie. La coexistence de ces sources multiples engendre un véritable flou juridique, qui complexifie l'exercice des droits et la compréhension des devoirs.

22. L'instabilité normative renforce ces tensions. Les réformes récentes — notamment l'abaissement du plafond de revenus pris en compte pour les indemnités journalières depuis le 1^{er} avril 2025⁵⁵ — modifient régulièrement l'architecture du régime et les anticipations des assurés. L'étude de ces règles s'avère dès lors indispensable.

23. Il est important de relever que cette évolution dépasse le simple ajustement de quelques règles : c'est l'ensemble de la construction historique de la sécurité sociale qui est aujourd'hui en mutation. Le régime, longtemps conçu comme un socle universel garantissant la continuité

⁵⁰ CSS, Art. L.321-1.

⁵¹ J-Y. KERBOURC'H, J-P. CHAUCHARD, Ch. WILLMANN, *op. cit.*

⁵² M. CARON, P-Y. VERKINDT, « Le droit de la sécurité sociale confronté aux nouveaux risques professionnels », *Revue de droit sanitaire et social*, 2010, n°4, p. 593.

⁵³ P. BLÉMONT, P. OLEJNICZAK, *Op. cit.*

⁵⁴ M-A. GIRARD, C. REGIS, « La collaboration interprofessionnelle : une pratique complexe dans un environnement juridique tout aussi complexe », *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 2020, n° 25.

⁵⁵ N. DI CAMILLO, L. ISIDRO, « La baisse des indemnités journalières de la sécurité sociale : entre réduction des droits et augmentation « coût du travail », *Droit social*, 2025, n°5, p. 472. Depuis le 1er avril 2025, le plafond des revenus d'activité pris en compte pour le calcul des IJSS en cas d'arrêt maladie a été abaissé de 1,8 à 1,4 fois le SMIC, réduisant la part du revenu effectivement compensée par la sécurité sociale.

du revenu en cas d'incapacité de travail, voit progressivement son rôle se réduire⁵⁶. La limitation du plafond des indemnités journalières⁵⁷ illustre cette tendance à transformer le système initialement protecteur en un mécanisme partiel, qui ne suffit plus à assurer le maintien effectif du revenu pour tous les salariés. Cette transformation accentue la dépendance aux régimes complémentaires, conventionnels ou assurantiels⁵⁸, et souligne l'importance cruciale de maîtriser le droit applicable afin de garantir la sécurité économique du salarié et la continuité de sa protection sociale.

3. L'interférence avec d'autres branches du droit

27. Si l'arrêt maladie relève au premier chef du droit du travail et du droit de la sécurité sociale, il mobilise en réalité une pluralité de régimes juridiques hétérogènes, dont les logiques propres s'écartent parfois de la finalité protectrice originelle. L'absence pour raisons de santé peut en effet produire des effets dans des champs normatifs variés, mobilisant tantôt le droit civil, le droit pénal, le droit de la santé publique⁵⁹, le droit du sport, voire le droit fiscal. L'un des phénomènes les plus structurants de ces dernières décennies est d'ailleurs la montée en puissance du droit des assurances dans la gestion du risque maladie⁶⁰ : le désengagement de la Sécurité sociale⁶¹ a conduit à faire de l'entreprise et de la branche professionnelle un lieu central d'organisation d'une protection sociale complémentaire, négociée, assurantielle et fiscalement encadrée⁶². Ces empiètements ne sont pas sans conséquences : la pluralité des normes révèle des finalités divergentes, parfois contradictoires, entre logique de protection, exigence de loyauté contractuelle, objectif de contrôle ou impératif d'ordre public.

28. Le droit de la santé publique. La délivrance d'un arrêt de travail est d'abord, en apparence, un acte médical. À ce titre, elle entre de plain-pied dans le champ du droit de la santé

⁵⁶ C. RIOT, « Désengagement de la Sécurité sociale et assurabilité des risques », *Revue droit et santé*, 2007, n°15, p. 124-125 ; P. ASKENAZY, « Aspects économiques de la prévention et de la réparation des risques professionnels », *Actualité et dossier en santé publique*, 2006, n°57, p. 39.

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ A-S. GINON, « La déconnexion juridique des paniers de soins. Etude des liens entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°5, p. 831.

⁵⁹ D. TABUTEAU, « La politique de santé : entre sécurité sociale et sécurité sanitaire », *Droit social*, 2001, n°2, p. 186.

⁶⁰ N. BLANPAIN, J-L. PAN KE SHON, « L'assurance complémentaire maladie : une diffusion encore inégale », *INSEE Première*, 1997, n°523.

⁶¹ P. ASKENAZY, *op. cit.*

⁶² M. DEL SOL, P. TURQUET, « L'assurance maladie complémentaire des salariés au prisme du fiscal welfare... what's going wrong in France ? », *La revue de l'IRES*, 2021, numéro spécial, p. 45.

publique⁶³, à la croisée du droit des patients et du droit des professions de santé⁶⁴. En premier lieu, l'arrêt de travail est encadré par une réglementation rigoureuse qui vise à en garantir la légitimité médicale. Il est prescrit par un professionnel de santé, tenu par le code de déontologie, désormais intégré au code de la santé publique. Ce dernier impose au médecin de veiller à la justification médicale de sa prescription, à la durée adaptée de l'arrêt, et au respect de la finalité thérapeutique de l'acte. En cas de manquement, sa responsabilité professionnelle – civile, voire pénale – peut être engagée.

29. Mais au-delà de ce cadre déontologique, l'arrêt maladie s'inscrit également dans une perspective de santé publique⁶⁵. Il participe d'un droit fondamental : celui de recevoir des soins appropriés et d'être protégé contre les conséquences sociales de la maladie⁶⁶. Cette approche repose sur une logique collective : le maintien d'une population en bonne santé constitue un impératif étatique⁶⁷, affirmé depuis les origines de la protection sociale moderne⁶⁸. Dès 1928, avec l'instauration de l'assurance maladie obligatoire, et plus encore à compter de 1946, l'État a affirmé une double finalité : préventive, en œuvrant pour la préservation de la santé des travailleurs, et réparatrice, en assurant des moyens convenables d'existence en cas d'incapacité temporaire.

30. L'évolution historique du droit de la santé publique permet de mesurer l'ampleur de cette logique. Avant la Révolution, l'Église détenait le monopole des soins, lesquels relevaient d'une approche charitable. Avec la Révolution, la notion d'assistance se substitue à celle de charité, amorçant une lente mutation vers une responsabilité publique en matière de santé⁶⁹. Le véritable tournant intervient toutefois avec la loi du 5 avril 1928, fondatrice du système

⁶³ N. ROCHE, J. PASCAUD, *op. cit.*

⁶⁴ N. TARHOUNY, *Les risques psychosociaux au travail : Droit et prévention d'une problématique de santé publique*, Thèse, Sorbonne Paris cité, 2018.

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ D. TABUTEAU, *op. cit.*

⁶⁷ L-M. BARNIER, « *La santé publique, un paradigme commun pour le travail et l'environnement* », communication présentée à la journée d'étude « Santé environnementale, santé au travail : quelles inclusions, quelles exclusions ? », groupe jeunes chercheurs Travail et Santé, EHESS Paris, Paris, juin 2016.

⁶⁸ En 1946, l'espérance de vie d'une femme était de 65,2 ans, contre 59,9 ans pour un homme. En 2019, celle-ci s'élevait à 85,6 et 79,7 années. Ces chiffres illustrent une avancée médicale certaine (DREES, *Études et résultats*, oct. 2019, n°1127).

⁶⁹ Loi du 7 oct. 1796, 16 vendémiaire an V : elle a établi un cadre communal des hôpitaux et hospices. Bien que le découpage communal de la carte hospitalière ne fût pas adapté aux besoins réels, les traits mis en place ont été les plus durables pour l'hospitalisation publique en France.

d'assurance maladie⁷⁰. Depuis lors, l'arrêt de travail pour maladie est devenu un levier d'action sanitaire, au service de la protection de l'état de santé général de la population active.

31. Dans cette perspective, il faut enfin souligner que le droit de la santé publique irrigue le droit du travail bien au-delà de la seule question de la prescription médicale de l'arrêt⁷¹ : il impose à l'entreprise une véritable obligation de protection de l'état de santé du salarié, et commande, plus largement, un accompagnement coordonné, interne et externe, du travailleur en situation de fragilité. La logique sanitaire contemporaine ne se limite pas à prévenir les discriminations ; elle vise à assurer la continuité du soin, le maintien du lien professionnel et l'organisation d'un environnement de travail compatible avec la santé du salarié⁷².

32. Or, c'est précisément parce que le débat juridique s'est trop concentré, ces dernières années, sur la question de la discrimination fondée sur l'état de santé — question certes essentielle mais aujourd'hui bien balisée⁷³ — qu'une part importante du régime de l'arrêt maladie est demeurée dans l'ombre : les interactions entre acteurs (médecin traitant, médecin-conseil, médecin du travail), la logique d'accompagnement⁷⁴, la construction du maintien du lien contractuel, ou encore l'articulation entre santé, emploi et sécurité sociale⁷⁵.

33. C'est pour éviter de reconduire cette réduction du débat que la présente thèse fait un autre choix : elle ne traite pas le principe de non-discrimination comme l'axe structurant de l'analyse, mais comme une garantie périphérique d'un système plus large, dont la cohérence doit être pensée à partir de la gestion globale de la maladie et non seulement de ses dérives.

⁷⁰ Loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales, complétée ensuite par la loi du 30 avril 1930.

⁷¹ J. KIVITS, C. MENARD, F. ALLA, « La santé au travail : quels enjeux pour la santé publique ? », *Santé publique*, 2008, Vol. 20, Hors-série.

⁷² H. SULTAN-TAIEB, I. NIEDHAMMER, « Le poids imputable à l'exposition au stress au travail en termes économiques et de santé publique : enjeux et écueils méthodologiques », *Travail et emploi*, 2012, n° 129, p. 35.

⁷³ Sur ce point, la littérature juridique est particulièrement fournie. De nombreux articles et ouvrages ont été consacrés à la discrimination fondée sur l'état de santé, qu'il s'agisse d'en analyser le régime probatoire, les mécanismes de protection ou les évolutions jurisprudentielles. V. not., parmi une abondante doctrine : S. BRISSY, « Preuve d'une discrimination fondée sur l'état de santé. Application d'un nouveau délai de prescription à un contentieux du travail en cours », note sous Cass. soc., 2 octobre 2019, n°18-14.546, *JCP S* 2019, n°45, p. 30 ; J-Ph. LHERNOULD, « Licenciement un salarié qui annonce un état de burn-out laisse supposer une discrimination en raison de l'état de santé », note sous Cass. soc., 5 février 2020, n°18-22.399, *JSL* 2020, n° 495, p. 10, ou encore J. MOULY, « Licenciement pour maladie sans remplacement définitif du salarié : pas de discrimination automatique », note sous Cass. soc., 27 janvier 2016, n°14-10.084, *Dr. Soc.* 2016, n°4, p. 384.

⁷⁴ M. VEZINA, « La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail : un nouveau défi pour la santé publique », *Santé publique*, 2008, vol. 20, p. 121-128.

⁷⁵ E. IMBERNON, « Quelle place pour les risques professionnels dans la santé publique ? », *Santé publique*, 2008, vol. 20, n°3, p. 9-17.

L'objectif est ainsi de replacer l'arrêt maladie dans un *continuum*, et non dans une logique de rupture, afin de comprendre comment ce temps singulier de la relation de travail peut être organisé, accompagné et sécurisé au bénéfice du salarié et de l'entreprise.

34. Le rôle grandissant du droit des assurances et du droit fiscal. L'un des mouvements les plus significatifs affectant aujourd'hui le régime de l'arrêt maladie réside dans la montée en puissance du droit des assurances dans la prise en charge de l'incapacité de travail. La généralisation des régimes complémentaires de prévoyance — qu'ils résultent d'accords de branche, d'accords d'entreprise ou de décisions unilatérales — consacre une privatisation partielle du risque maladie, au point de devenir un élément structurant de la protection du salarié.

35. Ces régimes interviennent au moyen de garanties spécifiques⁷⁶, au premier rang desquelles la garantie incapacité, destinée à compléter les indemnités journalières légales par un maintien de salaire plus élevé ou plus durable. Dans de nombreux secteurs, la prévoyance prend en charge 80 à 90 % du salaire de référence⁷⁷, là où la Sécurité sociale plafonne strictement son indemnisation⁷⁸. Cette contractualisation accrue transforme l'économie du risque : la logique mutualiste et universaliste de la Sécurité sociale doit désormais coexister — parfois s'ajuster, parfois se confronter — à une logique assurantielle fondée sur l'anticipation du risque, la sélection des garanties, les exclusions de couverture et la maîtrise actuarielle des coûts⁷⁹. Cette évolution n'est pas neutre : elle tend à déplacer le centre de gravité du régime de l'incapacité vers des acteurs privés, produisant un système stratifié où la protection du salarié dépend non seulement de la loi, mais aussi des accords collectifs, du contrat d'assurance et des choix de souscription opérés par l'employeur.

36. Le droit fiscal joue dans cette transformation un rôle déterminant. Le traitement fiscal et social des contributions patronales — qu'il s'agisse de leur déductibilité, de leur assujettissement ou des exonérations applicables — incite les employeurs à privilégier certains

⁷⁶ M. KERLEAU, « De la couverture maladie universelle aux politiques d'accès à l'assurance-maladie complémentaire : diversités des modèles et des protections », *Revue française de Socio-économie*, 2012, n°9, p. 171-189.

⁷⁷ I. VACARIE, « L'assurance maladie complémentaire : élément du statut social de la personne ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°4, p. 625-635.

⁷⁸ Cf. A. L'indemnisation de droit commun, I. Section II, Chapitre II, Titre I, Seconde partie, p. 367.

⁷⁹ A. PIERRE, *Assurance maladie complémentaire : régulation, accès aux soins et inégalité de couverture*, Thèse, Paris Sciences et lettres, 2018.

contrats plutôt que d'autres⁸⁰. Les dispositifs dits « responsables », bénéficiant d'avantages fiscaux, orientent fortement le marché de la prévoyance et conditionnent la nature des garanties offertes⁸¹. Ainsi, la fiscalité devient un instrument de structuration de la protection sociale complémentaire, influençant directement le niveau de couverture accessible aux salariés et le coût du dispositif pour l'entreprise⁸².

37. Dans ce contexte, la littérature récente souligne la montée des préoccupations liées à la fraude à l'assurance privée⁸³, notamment dans le domaine des garanties incapacité. Les assureurs développent des dispositifs de contrôle sophistiqués — enquêtes, contre-expertises médicales, analyses comportementales — afin de limiter les comportements opportunistes ou abusifs⁸⁴. Si ce phénomène contribue à redessiner les rapports entre l'assuré et l'assureur, il n'entre pas dans le champ d'étude de la présente thèse, dont l'objet porte avant tout sur le régime juridique de l'arrêt maladie au sens strict, tel qu'appréhendé par le droit du travail, le droit de la sécurité sociale et leur articulation. Il n'en demeure pas moins que l'expansion de ces problématiques témoigne de l'évolution profonde du traitement juridique et économique du risque maladie.

38. Le droit du sport. Le régime juridique de l'arrêt maladie revêt une signification singulière dans le monde du sport professionnel. Le sportif salarié d'un club est soumis à un contrat de travail⁸⁵, mais ce dernier est encadré par des règles spécifiques issues du code du sport et d'une jurisprudence abondante. L'arrêt de travail pour maladie ou accident – fréquents dans cette profession à haut risque physique – entraîne des conséquences juridiques renforcées. D'un point de vue formel, le droit du sport reconnaît au sportif salarié les droits sociaux de droit commun, y compris celui au bénéfice d'un arrêt de travail en cas d'incapacité⁸⁶. Cependant, la spécificité de l'activité conduit à un encadrement plus strict : le sportif reste soumis à un

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ Ph. BATIFOULIER, J-P. DOMIN, Ph. ABECASSIS, *Marchandisation et politique incitative : l'exemple de l'assurance maladie complémentaire*, document de travail, 2012.

⁸² M. KERLEAU, *op. cit.*

⁸³ P. MORVAN, *Droit de la protection sociale*, 2011, 5^e éd., Lexis Nexis.

⁸⁴ M. DEL SOL, « Finalité, légitimité et modes d'action de la lutte contre la fraude dans le domaine de la protection sociale », communication présentée au cycle de colloques en droit social « Les Entretiens du Conseil d'État : Fraudes et protection sociale », Paris, février 2011.

⁸⁵ Est considérée comme sportif professionnel salarié, « toute personne ayant pour activité rémunérée l'exercice d'une activité sportive dans un lien de subordination juridique avec une association sportive ou une société mentionnée aux articles L. 122-2 et L. 122-12 » (Loi n°2015-1541 du 27 novembre 2015 visant à protéger les sportifs de haut niveau et professionnels et à sécuriser leur situation juridique et sociale).

⁸⁶ D. PORACCHIA, F. BUY, J-M. MARMAYOU, F. RIZZO, *Droit du sport*, LGDJ, 6^e éd., 2020.

protocole médical prescrit par le club, et non par un médecin extérieur. Cette dépendance médicale révèle une tension : bien que le contrat soit suspendu, le salarié demeure sous l'autorité de l'employeur, en vertu d'une obligation de loyauté renforcée⁸⁷. Le non-respect du protocole de soins peut ainsi justifier un licenciement, sans que celui-ci ne soit automatiquement qualifié de discriminatoire, malgré son lien avec l'état de santé du salarié. Dans l'hypothèse d'un contrat à durée déterminée, la date d'échéance peut être avancée⁸⁸.

39. On peut s'étonner que le droit du sport impose au salarié, même en arrêt maladie, de respecter un protocole médical prescrit par le club, alors même que le principe général interdit de forcer une personne à accomplir une action et que l'on touche à la vie privée du sportif. Cette tension met en lumière le caractère exceptionnel de cette obligation de loyauté renforcée. Elle conduit naturellement à s'interroger : dans quelle mesure un raisonnement analogue pourrait-il, en théorie, s'appliquer à d'autres salariés, dont le corps ou les capacités constituent l'outil principal de travail ?

40. Le droit du sport offre en contrepartie des protections renforcées⁸⁹ : indemnités forfaitaires en cas d'incapacité, prise en charge à 100 % des soins, et suivi médical régulier, notamment pour les sportifs de haut niveau. La loi du 27 novembre 2015⁹⁰ a étendu ces garanties à certains sportifs non-salariés inscrits sur la liste ministérielle des SHN. Pourtant, malgré ces dispositifs, les pratiques révèlent des usages ambivalents de l'arrêt maladie. Il arrive qu'il soit utilisé comme soupape dans des contextes de souffrance psychique⁹¹ : tensions avec l'encadrement, absence de reconnaissance, ou crise de sens. Le droit du sport oscille ainsi entre protection médicale et instrument de régulation disciplinaire.

Il existe une diversité d'approches juridiques autour de l'arrêt maladie, soulignant l'existence de modèles contrastés, qui reflètent des philosophies et des équilibres différents entre protection sociale et protection de la liberté d'entreprendre. Il convient donc d'élargir la

⁸⁷ J. MOULY, « L'obligation de loyauté du sportif professionnel pendant la suspension du contrat pour accident du travail », *Droit social*, 2019, n°4, p. 363.

⁸⁸ Cass. Soc., 20 févr. 2019, n°17-18.912, *Dr. Soc.*, 2019, n°5, p. 432, note A-M. Grivel ; *Dr. Soc.*, 2019, n°4, p. 363, note J. Mouly ; *JCP S*, 2019, n°19, p.21, note D. Jacotot ; *JSL*, 2019, n°473, p.7, note M. Hautefort ; Cass. Soc., 18 mars 2003, n°01-41343, publié.

⁸⁹ L. LEROUGE, F. MANDIN, « Travail et protection sociale au bénéfice du sportif : étude comparée : France, Italie, Royaume-Uni », *Bulletin de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 2010, p. 93-113.

⁹⁰ Loi n°2015-1541 du 27 novembre 2015 visant à protéger les sportifs de haut niveau et professionnels et à sécuriser leur situation juridique et sociale.

⁹¹ Peut être cité l'exemple d'Amandine Henry, à l'époque footballeuse de l'Olympique lyonnais (« La footballeuse Amandine Henry se met en « arrêt maladie » après avoir demandé à quitter Lyon », 26 avr. 2023, europe1.fr).

réflexion en étudiant plusieurs systèmes étrangers, et notamment les modèles britannique et américain, qui illustrent cette pluralité d'approche.

B. La pluralité des modèles juridiques : une perspective comparative

41. Le système d'assurance maladie français est régulièrement qualifié de particulièrement protecteur à l'égard des salariés. Certains y voient l'un des régimes les plus généreux au monde, susceptible de favoriser les abus et d'imposer une charge financière excessive aux employeurs comme à la collectivité. Cette critique revient de manière récurrente, notamment lorsqu'on le compare à des pays voisins tels que le Royaume-Uni, dont l'approche plus libérale du droit du travail⁹² est souvent vantée pour sa flexibilité⁹³. Le modèle britannique, perçu comme plus favorable aux entreprises, est en effet structuré autour d'une logique distincte⁹⁴. Il présente certains atouts, notamment en matière de rationalisation des coûts, qui le distinguent du modèle français⁹⁵ (1). La flexibilité de l'emploi est d'ailleurs reconnue comme un droit appartenant aux travailleurs britanniques⁹⁶. Ce constat vaut à plus forte raison pour un système encore plus libéral et nettement moins protecteur des travailleurs : le modèle américain (2). Toutefois, ces différences ne doivent pas être analysées de manière binaire et méritent d'être nuancées.

42. Procéder à une analyse comparative de ces systèmes présente plusieurs intérêts. D'abord, elle offre une prise de recul indispensable sur notre propre modèle⁹⁷ : le régime français, souvent critiqué pour sa rigidité ou sa supposée indulgence envers les salariés, est-il réellement aussi laxiste qu'on le prétend ? Ensuite, l'étude des modèles étrangers éclaire des alternatives juridiques possibles⁹⁸. Ainsi, la stratégie britannique face à la pénurie de médecins généralistes — reposant sur une diversification des acteurs habilités à constater l'incapacité — peut inspirer des pistes de réforme pertinentes pour le système français. Ce détour comparatif permet donc de concevoir des remédiations aux dérives identifiées, sans renoncer aux garanties fondamentales qui structurent notre droit.

⁹² T. LE GAUYER, *L'entrepreneuriat, le salariat et le travail indépendant au Royaume-Uni*, Rapport, livrable n°6, 2^e éd., décembre 2021.

⁹³ H. COLLINS, « La flexibilité, réponse du Royaume-Uni à la crise », *Droit ouvrier*, 2012, n°763, p. 124-132.

⁹⁴ Ch. RIFFLART, « Flexibilité en trompe-l'œil du marché du travail britannique », *OFCE*, 1988, n°66, p. 95-126.

⁹⁵ H. COLLINS, *op. cit.*

⁹⁶ « Code of practice on handling in a reasonable manner requests to work flexibility », Code of practice 5.

⁹⁷ J-P. LABORDE, « Le droit social comparé : Pourquoi et comment ? », *Bulletin de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 1994, p. 4-15.

⁹⁸ *Ibid.*

43. Mais l'intérêt du comparatisme dépasse l'utilité ponctuelle des exemples étrangers. Il éclaire également les usages sociaux de l'arrêt maladie, révélant des représentations contrastées du travail, de la santé et de la solidarité. Comment expliquer la fréquence du recours à l'arrêt de travail ? Quelles évolutions sociétales et professionnelles peut-on anticiper en France ? Autant de questions qui trouvent un éclairage précieux dans la confrontation des modèles.

44. Enfin — et c'est un choix méthodologique assumé — si la thèse ne mobilisera par la suite le droit comparé que de manière ciblée, chaque fois qu'il permettra d'éclairer une problématique précise, il importait d'en présenter dès l'introduction les cadres juridiques globaux, en particulier britannique et américain. Leur exposition préliminaire offre au lecteur des repères essentiels pour comprendre, en filigrane, comment ces modèles étrangers — souvent invoqués dans le débat public — structurent les discussions françaises contemporaines. Elle permet ainsi d'aborder l'analyse du régime de l'arrêt maladie avec une vision plus complète des enjeux qui le traversent.

1. Le modèle britannique

45. Le droit du travail britannique est fréquemment décrit comme l'un des plus libéraux d'Europe occidentale. À rebours du modèle français, il repose sur une régulation minimale par la norme étatique⁹⁹ et sur un fort recours à la négociation contractuelle individuelle¹⁰⁰. L'arrêt maladie ne fait pas exception à cette logique, bien que son régime mêle étonnamment souplesse d'accès et standardisation indemnitaire¹⁰¹. En dépit d'un socle normatif peu dense, le système britannique apparaît à certains égards plus accessible que son homologue français, tout en révélant, en contrepoint, une protection financière plus limitée.

46. **Un accès facilité à l'arrêt maladie.** L'un des traits saillants du régime britannique réside dans la possibilité pour tout salarié de s'auto-certifier comme incapable au travail pendant une période de sept jours calendaires consécutifs¹⁰². Durant cette période, aucune

⁹⁹ B. NAPIER, « Le nouveau droit du travail en Grande-Bretagne », *Revue internationale de droit comparé*, 1981, n° 33, p. 765-775.

¹⁰⁰ Au regard du taux de chômage actuel au Royaume-Uni, le plus bas depuis de 1974 (3,6 % en 2022 contre le double en France - 7,3% au cours du troisième trimestre 2022 : [Source](#) : INSEE, 15 nov. 2022, n°295), les salariés sont en situation de force pour négocier des avantages à titre individuel. « Labour market overview, UK: October 2022. Estimates of employment, unemployment, economic inactivity and other other employment-related statistics for the UK. », Office for National Statistics, 11 oct. 2022.

¹⁰¹ A. ROBERTSON, « Les effets de la récente réforme du système britannique de sécurité sociale et de santé », *Les Politiques Sociales*, 2014, n°3-4, p. 36-47.

¹⁰² *Statutory Sick Pay*, 2022.

preuve médicale n'est exigée. L'employeur peut solliciter une confirmation écrite de l'état de santé du salarié — via un formulaire ou une simple déclaration — mais ne peut requérir de certificat médical ni de détails sur la pathologie concernée. Ce dispositif, fondé sur la confiance et l'autonomie du salarié, permet de désengorger les cabinets médicaux et de prévenir les tensions liées à l'urgence d'un rendez-vous chez un professionnel de santé, fréquentes dans le système français.

47. Au-delà du septième jour d'absence, une attestation médicale devient requise. Il ne s'agit toutefois pas d'un certificat au sens strict du droit français. Le *fit note*, ou *sick note*, peut être délivré non seulement par un médecin généraliste ou hospitalier, mais aussi par un large éventail de professionnels de santé : infirmiers, pharmaciens, physiothérapeutes, ergothérapeutes¹⁰³... Depuis juillet 2022, cette ouverture du champ des prescripteurs constitue une réponse à la pénurie persistante de médecins généralistes, problématique particulièrement aiguë au Royaume-Uni, où les délais moyens de consultation dépassent deux semaines¹⁰⁴. L'élargissement des prescripteurs participe ainsi d'une rationalisation des flux médicaux et d'un accès facilité au droit à la santé.

48. Plus encore, l'arrêt peut prendre la forme d'un rapport alternatif, *l'Allied Health Professional Health and Work Report*, émis par un professionnel habilité (radiologue, orthoptiste, etc.). Il peut indiquer non seulement une incapacité totale au travail, mais également une capacité conditionnée à certains aménagements : modification des horaires, adaptation du poste, allègement temporaire des tâches... Ce mécanisme implique alors une co-construction du retour au travail entre le prescripteur, le salarié et l'employeur. Ce dernier doit s'y conformer, sauf à justifier d'une impossibilité objective. Le régime britannique confère ainsi au professionnel de santé un rôle actif dans la régulation de la relation d'emploi, prolongeant le soin médical dans la sphère organisationnelle.

49. Une protection juridique modeste. En matière de droits sociaux, le Royaume-Uni garantit à chaque salarié un minimum légal d'indemnisation en cas de maladie via le *Statutory Sick Pay* (SSP). Ce régime repose sur quatre conditions : être salarié, percevoir au moins 123 £ par semaine (environ 142 euros)¹⁰⁵, justifier de quatre jours consécutifs d'absence et informer

¹⁰³ *Ibid.*

¹⁰⁴ « NHS patients waiting over two weeks to see a GP, shows survey », *theguardian.com*, 12 août 2019 : « Why does it take so long to see a GP? » *Oxford news blog*, 28 févr. 2018.

¹⁰⁵ Cela représente un salaire mensuel de 630 euros approximativement.

l'employeur de son indisponibilité. La prise en charge n'intervient qu'à compter du quatrième jour, à l'instar du délai de carence français. Son montant est uniforme : au 6 avril 2023, il s'élève à 109,40 £ hebdomadaires (environ 125 euros)¹⁰⁶, pour une durée maximale de 28 semaines sur une période de trois ans. Ce montant, très en deçà des indemnités journalières calculées en pourcentage du salaire de base en France, est imposable et versé directement par l'employeur¹⁰⁷.

50. Cette indemnisation forfaitaire, bien que faible, constitue un socle minimal. Elle peut être complétée par des stipulations contractuelles plus favorables. En pratique, de nombreux employeurs proposent un maintien partiel ou total du salaire, ou souscrivent à des polices d'assurance maladie collective plus protectrices¹⁰⁸. Cette logique hybride — garantie publique minimale et contractualisation des suppléments — reflète la philosophie individualiste et libérale du système britannique. Par ailleurs, certaines protections demeurent communes aux deux régimes : l'interdiction des discriminations fondées sur l'état de santé¹⁰⁹, la neutralisation des congés payés en cas de maladie, ou encore la possibilité de licencier un salarié absent, à condition que son absence prolongée perturbe le fonctionnement de l'entreprise¹¹⁰.

51. Ce modèle, malgré sa souplesse d'accès, demeure donc structurellement moins favorable que le modèle français. Il n'offre ni plancher d'indemnisation, ni véritable mécanisme de solidarité interprofessionnelle. Cette relative austérité peut contribuer à expliquer un taux d'absentéisme plus faible qu'en France : 5,7 jours en moyenne par salarié et par an¹¹¹, contre environ 17 jours en France¹¹². Toutefois, cette disparité s'explique aussi par des facteurs sociétaux : la fluidité du marché du travail britannique, qui permet à un salarié en difficulté de démissionner plus facilement, et une culture organisationnelle davantage tournée vers la flexibilité (droit au télétravail, aménagement des horaires, adaptabilité des postes). Enfin, le

¹⁰⁶ *Statutory Sick Pay Regulations*, 1982. Labour Relations agency, consulté le 14 avril 2023.

¹⁰⁷ A. ROBERTSON, *op. cit.*

¹⁰⁸ H. LOW, L. PISTAFERRI, "Disability Insurance: Theoretical Trade-Offs and Empirical Evidence", *Fiscal Studies*, 2020, Vol. 41, n°1, p. 129-164.

¹⁰⁹ *Equality Act*, 2010.

¹¹⁰ *Employment Rights Act*, 1996.

¹¹¹ Chiffres de 2022 : 185,6 millions de jours de travail ont été perdus en Grande-Bretagne pour maladie ou blessure. Ce chiffre est en constante hausse (141,4 millions en 2018). Les quatre principales causes étaient les pathologies mineures (toux, gripes...), les TMS et d'autres pathologies. Les troubles psychiques représentaient 12,5% en 2018 (comprenant le stress, la dépression et l'anxiété). Source : « Sickness absence in the UK labour market : 2018 », Office of National Statistics, 6 nov. 2019 ; « Sickness absence in the UK labour market: 2022 », Office of National Statistics, 26 avr. 2023.

¹¹² Il s'élevait en 2017 à 17,2 jours d'absence par salarié en moyenne en France. Source : 10^{ème} baromètre de l'absentéisme et de l'engagement, Ayming, 2018.

rôle proactif du prescripteur dans l'ajustement des conditions de travail favorise une reprise plus rapide de l'activité, en lien avec les capacités résiduelles du salarié¹¹³.

En somme, si le Royaume-Uni ne dispose pas d'un régime aussi protecteur que le système français en matière d'indemnisation, il mise sur la souplesse d'accès, la responsabilisation des acteurs et l'individualisation des réponses. Ce modèle, tout en révélant certaines fragilités, ouvre aussi des pistes de réflexion pour repenser la gestion de l'arrêt maladie dans un contexte de raréfaction des ressources médicales et de transformation des formes d'emploi.

2. Le modèle américain

52. Le droit du travail américain repose sur une approche profondément libérale¹¹⁴, marquée par la soumission de la relation d'emploi à la volonté individuelle, la faiblesse des normes d'ordre public et l'autonomie quasi absolue de l'employeur dans la gestion du travail¹¹⁵. En matière d'arrêt maladie, cette logique se traduit par une absence de garantie fédérale d'indemnisation du revenu¹¹⁶. Loin du système français, où le salarié bénéficie d'une prise en charge coordonnée entre sécurité sociale et employeur, le modèle américain privilégie le droit à l'absence¹¹⁷.

53. Un droit au congé sans solde. Le principal texte fédéral régissant les absences pour raison médicale est le *Family and Medical Leave Act* (FMLA), adopté en 1993. Il ne garantit ni revenu, ni indemnité, mais un droit à l'absence temporaire : tout salarié y répondant aux critères peut s'absenter jusqu'à douze semaines par an, sans solde, pour raison médicale personnelle ou familiale, tout en bénéficiant d'une protection de l'emploi. Ce congé peut être pris de manière continue ou fractionnée, voire à temps partiel, si la condition médicale le justifie.

54. Cependant, l'accès à ce droit est largement restreint. Le salarié doit notamment avoir cumulé au moins 1 250 heures de travail sur les 12 mois précédents et être employé dans une

¹¹³ L. HUSSEY, S. TURNER, K. THORLEY, R. McNAMEE, "Work-related sickness absence as reported by UK general practitioners", *Occupational Medicine*, 2012, n° 2, Vol. 62, p. 105-111.

¹¹⁴ A. LEVASSEUR, *Le droit américain*, Dalloz, 2018, 2^e éd.

¹¹⁵ E. COURTOIS-CHAMPENOIS, *Le droit du travail américain, un droit de l'entreprise*, Presse universitaire d'Aix-Marseille, 2002.

¹¹⁶ E. THEVENARD, « Travail et santé : la lutte pour le congé maladie aux Etats-Unis », *Politique américaine*, 2022, n°38, p. 65-95.

¹¹⁷ *Ibid.*

entreprise comptant au moins 50 salariés dans un rayon de 75 miles (environ 120 km)¹¹⁸. En pratique, ces conditions excluent une grande majorité des salariés américains, notamment les travailleurs précaires, les salariés à temps partiel, les freelances ou ceux employés par des petites entreprises. Ainsi, seuls environ 60 % des salariés américains ont effectivement accès au FMLA, et une proportion bien plus réduite en fait usage, faute de pouvoir assumer une perte de revenu pendant l'absence¹¹⁹.

55. En outre, l'absence prévue par le FMLA est non rémunérée, sauf si l'entreprise prévoit volontairement une forme de congé payé. L'employeur a toutefois l'obligation de maintenir la couverture santé du salarié pendant la période d'absence. À défaut de mesures complémentaires prises au niveau local ou par les conventions d'entreprise, le salarié malade est donc privé de tout revenu de substitution¹²⁰. Ce régime conforte une vision individualiste du travail, où la santé est considérée comme une responsabilité personnelle, et non comme un risque social à compenser.

56. Les initiatives locales et les logiques assurantielles. Face à cette carence fédérale, plusieurs États fédérés et grandes municipalités ont adopté leurs propres dispositifs¹²¹. Certains, comme la Californie¹²², le New Jersey ou l'État de New York¹²³, ont instauré des régimes publics d'indemnisation des congés maladie, généralement financés par des cotisations salariales obligatoires. En présence d'une loi d'État différente ou plus favorable en la matière, celle-ci s'applique en parallèle du FMLA aux résidents de l'État. Ces régimes permettent le versement d'une partie du revenu pendant l'absence, selon des plafonds et une durée variables. Toutefois, ils demeurent minoritaires, souvent complexes, et soumis à de fortes disparités territoriales. L'accès à une protection financière dépend donc, dans une large mesure, du lieu de résidence et du niveau de revenu du salarié.

¹¹⁸ *Family and Medical Leave Act*, 1993.

¹¹⁹ Ph. SUSSER, N. ZIEBARTH, "Profiling the U.S. Sick Leave Landscape: Presenteeism among Femals", *Health Services Research*, 2016, n°51.

¹²⁰ *Family and Medical Leave Act*, *op. cit.*

¹²¹ E. THEVENARD, *op. cit.*

¹²² Le 4 octobre 2023, le gouverneur Gavin Newsom a promulgué la Senate Bill n° 616, laquelle modifie la législation californienne en portant de trois à cinq jours (ou de vingt-quatre à quarante heures) la durée minimale légale de congé maladie rémunéré dont bénéficie tout salarié. Ces nouvelles obligations sont applicables au 1er janvier 2024 : *Healthy Workplace Healthy Family Act of 2014* (AB 1522).

¹²³ Pour la législation new-yorkaise relative au congé maladie rémunéré : *Earned Safe and Sick Time Act*, ch. 8, tit. 20 (*Consumer and Worker Protection*), *New York City Administrative Code*.

57. En complément, certaines entreprises — principalement les grandes — mettent en place des régimes d'assurance collective pour couvrir les absences pour raison de santé¹²⁴. Il peut s'agir de *Short-Term Disability Insurance* (STDI), couvrant quelques semaines à plusieurs mois d'arrêt, ou de *Long-Term Disability Insurance* (LTDI)¹²⁵, couvrant les arrêts de longue durée. L'adhésion à ces assurances peut être facultative ou imposée, gratuite ou payante pour le salarié, et leur fonctionnement reste extrêmement hétérogène. Ainsi, la protection sociale du salarié américain est profondément inégalitaire, tributaire de la bonne volonté de l'employeur ou de sa propre capacité d'anticipation financière.

58. En revanche, le système américain se distingue par une volonté pédagogique et normative de clarté. Les autorités fédérales, notamment le *Department of Labor*, publient des guides pratiques, illustrés et détaillés à destination des employeurs¹²⁶ et des salariés¹²⁷. Ces documents explicitent les droits, les démarches à suivre, et proposent des exemples concrets et des modèles de lettres. Ce souci de lisibilité, largement absent en France, constitue un levier de sécurité juridique et de conformité. De plus, des modèles d'échange écrits entre employeurs et salariés sont proposés pour éviter toute incompréhension sur les droits et obligations de chacun.

59. En définitive, le système américain ne garantit pas un droit à indemnisation en cas de maladie, mais seulement un droit à l'absence temporaire, limité à certains salariés. Il renvoie à la sphère privée — l'entreprise ou l'individu — la charge de compenser le revenu perdu. Ce modèle, bien qu'en cohérence avec les valeurs d'autonomie et de responsabilité individuelles dominantes aux États-Unis, engendre des inégalités profondes, en particulier pour les plus précaires. En creux, il invite à interroger la trajectoire du modèle français : le retrait progressif de la sécurité sociale, conjugué à la montée des garanties assurantielles privées, n'oriente-t-il pas, silencieusement, le régime vers une logique plus sélective, plus contractuelle, et donc plus proche de l'option américaine ? Se pose alors une question juridique centrale : jusqu'où un système fondé sur la solidarité peut-il absorber une contractualisation croissante de la protection de la santé sans se dénaturer ?

¹²⁴ G. OSBORN, *Compulsory Temporary Disability Insurance in the United States*, Forgotten Books, 2018.

¹²⁵ D. HILL, "Employer-sponsored long-term disability insurance", *Monthly Labor Review*, 1987, Vol. 110, p. 16-22.

¹²⁶ <https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/WHd/legacy/files/employerguide.pdf>.

¹²⁷ <https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/WHd/legacy/files/employeeeguide.pdf>.

C. L'encadrement européen

60. Le régime de l'arrêt maladie, largement façonné par les législations nationales, n'échappe pas à l'influence du droit européen¹²⁸. Sans s'immiscer directement dans l'organisation interne des systèmes d'assurance maladie, l'Union européenne exerce un rôle d'impulsion¹²⁹, de coordination et de régulation dans le champ plus vaste de la politique sociale¹³⁰. Certes, son action ne conduit pas à une harmonisation substantielle des régimes d'arrêt de travail au sens strict entre les pays membres (1). Mais elle produit, de manière indirecte et partielle, une forme d'harmonisation de fait : par la voie des principes de libre circulation¹³¹, d'égalité de traitement¹³², de non-discrimination¹³³ et de coordination des régimes de sécurité sociale¹³⁴, ou encore au moyen des directives¹³⁵ et de la jurisprudence de la CJUE¹³⁶, qui façonnent progressivement les équilibres nationaux (2)

61. Si un doute subsistait encore sur la capacité de l'Union européenne à infléchir directement le régime français de l'arrêt de travail, les années 2023 et 2025 l'ont définitivement levé. Plusieurs décisions de la CJUE — sur lesquelles la thèse reviendra — ont imposé à la France d'engager des revirements jurisprudentiels d'importance et d'adopter des modifications législatives touchant au cœur même du régime de l'arrêt maladie. Loin de constituer des ajustements ponctuels, ces évolutions s'inscrivent dans un mouvement plus large : elles

¹²⁸ B. TEYSSIÉ, *Droit européen du travail*, LexisNexis, 6^e éd., 2019.

¹²⁹ Parlement européen, Résolution du 24 septembre 2002 sur la communication de la Commission « S'adapter aux changements du travail et de la société : une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité 2002-2006 » (COM(2002) 118 — C5-0261/2002 — 2002/2124(COS)).

¹³⁰ M. SCHMITT, *Droit du travail de l'Union européenne*, Larcier, 2012.

¹³¹ S. ROBIN-OLIVIER, « Chronique Libre circulation des travailleurs – Retour sur l'effet horizontal des dispositions relatives à la libre circulation des travailleurs », *Revue trimestrielle de droit européen*, 2013, n°4, p. 863.

¹³² A. DE TONNAC, *L'action positive face au principe de l'égalité de traitement en droit de l'Union européenne*, Thèse, Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 2019 ; C. MAUBERNARD, « Le principe d'égalité de traitement : un principe cardinal en droit de l'Union européenne », *Revue de l'Union européenne*, 2010, n°539, p. 373 ; C. RADÉ, « Le principe d'égalité de traitement, nouveau principe fondamental du droit du travail », *Droit social*, 2008, n°9-10, p. 981.

¹³³ M. SCHMITT, « La jurisprudence récente de la CJUE relative au principe de non-discrimination entre les travailleurs », *L'observateur de Bruxelles*, 2015, n°101, p. 19-26.

¹³⁴ T. TAURAN, « La coordination des régimes de Sécurité sociale en droit interne », *Droit social*, 2009, n°12, p. 1254 ; J-Ph. LHERNOULD, « Les entreprises face à la coordination européenne des régimes nationaux de Sécurité sociale : l'autre côté du miroir », *Droit social*, 2007, n°2, p. 225.

¹³⁵ L'article 118 A du traité CEE prévoit que le Conseil arrête, par voie de directive, des prescriptions minimales en vue de promouvoir l'amélioration, notamment du milieu de travail, pour garantir un meilleur niveau de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs.

¹³⁶ P. RODIÈRE, *Droit social de l'Union européenne*, LGDJ, 3^e éd., 2022.

prolongent les efforts engagés depuis plus d’une décennie par la Chambre sociale de la Cour de cassation pour mettre en conformité le droit interne avec les interprétations particulièrement progressistes que la CJUE délivre, depuis les années 2000, à propos notamment de l’article 7 de la directive 2003/88¹³⁷.

1. Les apports du droit de l’Union européenne

62. La politique sociale figure parmi les grands axes d’action de l’Union européenne¹³⁸. Affirmée progressivement au fil des traités successifs – notamment avec l’Acte unique européen, le traité d’Amsterdam et, plus encore, le traité de Lisbonne – cette politique poursuit aujourd’hui des objectifs variés¹³⁹ : promotion de l’emploi, amélioration des conditions de vie et de travail¹⁴⁰, développement d’une protection sociale adéquate, dialogue social, lutte contre l’exclusion¹⁴¹.

63. Dans cette optique, l’Union européenne a consacré de nombreux droits sociaux par les traités et la jurisprudence de la Cour de Justice de l’Union européenne (CJUE). À titre d’exemple, le droit d’accès à des prestations de sécurité sociale couvrant notamment les risques liés à la maladie est reconnu à toute personne résidant¹⁴² et se déplaçant légalement au sein de l’Union¹⁴³. Le respect de ces droits est garanti par le Comité européen des droits sociaux¹⁴⁴.

64. S’agissant plus spécifiquement de l’assurance maladie, le rôle de l’Union européenne est double. D’une part, elle soutient et complète l’action des États membres dans les domaines de la sécurité sociale¹⁴⁵, de la protection des travailleurs, des conditions de travail ou encore de

¹³⁷ L. DRIGUEZ, « L’affirmation du droit au report des congés payés interrompus par un arrêt maladie », *Lexbase social*, 2025, n°1016.

¹³⁸ J-C. BARBIER, « Quelle destinée pour la « politique sociale » de l’Union européenne ? De la stratégie de Lisbonne à l’Europe 2020 : évolution du discours politique », *Revue internationale du travail*, 2012, n° 151, p. 411-438 ; S. TABANI, « L’édification d’une « Europe sociale » au prisme des rapports entre l’Union européenne et le Comité européen des droits sociaux », *Revue de l’Union européenne*, 2025, n°690, p. 423.

¹³⁹ J-C. BARBIER, *op. cit.*

¹⁴⁰ 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, JOUE, L 183, 29 juin 1989, p. 1-8.

¹⁴¹ TFUE, Art. 151.

¹⁴² P. MORVAN, *op. cit.*

¹⁴³ L. DRIGUEZ, « Exportabilité d’une prestation maladie », *Europe*, 2017, n°4, p. 147.

¹⁴⁴ Charte des droits fondamentaux de l’Union européenne, Art. 34. La charte a été adoptée le 8 décembre 2000 au cours du Sommet de Nice. Elle est mentionnée à l’article 6 du TUE. Avant 2009 et le traité de Lisbonne, les droits et libertés qu’elle consacre n’avaient qu’une valeur déclarative avec la charte sociale européenne signée à Turin le 18 octobre 1961 et la charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs de 1989.

¹⁴⁵ R. PELLET, « Les exigences constitutionnelles en matière d’assurance maladie à la lumière du droit de l’Union européenne », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, Hors-série, p. 85.

la santé au travail¹⁴⁶. Cette mission d'appui se traduit par des mesures d'encouragement : la mise en réseau des bonnes pratiques, le développement d'initiatives innovantes, ou encore l'évaluation comparative des dispositifs nationaux. D'autre part, lorsque la base juridique le permet, le Parlement européen et le Conseil peuvent adopter des prescriptions minimales par voie de directives, notamment en matière de santé et sécurité au travail¹⁴⁷. Ces directives doivent néanmoins respecter un principe de proportionnalité renforcé : elles ne peuvent imposer de contraintes excessives aux petites et moyennes entreprises, ce qui limite considérablement leur champ d'action.

2. La coordination des régimes nationaux

65. L'Union européenne n'a pas compétence pour harmoniser les régimes nationaux de sécurité sociale. Le principe de subsidiarité¹⁴⁸ demeure central : chaque État conserve la pleine maîtrise de l'organisation, du financement et du contenu des prestations en matière d'arrêt maladie. En revanche, le droit de l'Union européenne encadre l'articulation des régimes dans les situations transnationales.

66. Le règlement (CE) n°883/2004 du 29 avril 2004¹⁴⁹ constitue à cet égard un texte fondamental. Il pose le principe d'unicité de la législation applicable¹⁵⁰ : une personne ne peut être soumise qu'à un seul régime de sécurité sociale, qu'elle exerce une activité dans un ou

¹⁴⁶ TFUE, Art. 153 (anc. Art. 137 TCE). À cette fin, le Parlement européen et le Conseil disposent de moyens d'action. Ils « *peuvent adopter des mesures destinées à encourager la coopération entre États membres par le biais d'initiatives visant à améliorer les connaissances, à développer les échanges d'informations et de meilleures pratiques, à promouvoir des approches novatrices et à évaluer les expériences, à l'exclusion de toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres* ». Ou encore, « *arrêter (...) par voie de directives, des prescriptions minimales applicables progressivement, compte tenu des conditions et des réglementations techniques existant dans chacun des États membres. Ces directives évitent d'imposer des contraintes administratives, financières et juridiques telles qu'elles contrarieraient la création et le développement de petites et moyennes entreprises.* »

¹⁴⁷ Peut être citée la directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail. Celle-ci consacre notamment un congé annuel payé d'au moins quatre semaines (art. 7), le principe du repos journalier (art. 3), imposant une période minimale de onze heures consécutives par tranche de vingt-quatre heures, ainsi que des dispositions relatives au temps de pause (art. 4) ou encore à la durée maximale hebdomadaire de travail (art. 6).

¹⁴⁸ I. BOSSE-PLATIERE, « *Principes régissant l'exercice des compétences de l'Union et de ses États membres. Principe de subsidiarité* », communication au colloque *L'ordre juridique de l'Union européenne sous l'angle de son action extérieure*, Luxembourg, novembre 2014 ; C. VIAL, « *Subsidiarité et Union européenne, de l'équivalence à l'adhésion* », in F. Sudre (dir.), *Le principe de subsidiarité au sens du droit de la Convention européenne des droits de l'homme*, actes du colloque de Montpellier, octobre 2013, Montpellier, 2013, p. 331.

¹⁴⁹ Les modalités d'application du règlement sont prévues au sein du règlement n°987/2009 du 16 septembre 2009.

¹⁵⁰ J-M. JUDE, « Du double principe d'unicité en matière de sécurité sociale », *Revue critique de droit international privé*, 2016, n°2, p. 360.

plusieurs États membres, ou qu'elle soit sans emploi¹⁵¹. Ce principe vise à prévenir à la fois les cumuls abusifs et les ruptures de couverture. Il s'applique selon le critère du lieu d'exercice de l'activité, sous réserve de certaines exceptions – par exemple en cas de détachement, pour une durée maximale de vingt-quatre mois, dans un autre État membre¹⁵².

67. D'autres principes encadrent les régimes nationaux dans leur application transfrontalière. Le principe de non-discrimination interdit toute restriction fondée sur la nationalité¹⁵³. La libre circulation des travailleurs¹⁵⁴, garantie par les traités, implique l'interdiction de réserver un régime social aux seuls ressortissants nationaux¹⁵⁵. De même, le principe d'égalité de traitement proscriit toute différenciation dans l'indemnisation d'un arrêt maladie fondée sur l'origine. Une législation qui accorderait, par exemple, un taux d'indemnisation supérieur aux nationaux serait jugée contraire au droit de l'Union.

68. Sur le plan pratique, le principe d'exportabilité garantit que les prestations dues sont versées même si le bénéficiaire réside dans un autre État membre¹⁵⁶. Un salarié français travaillant en France mais résidant en Belgique devra ainsi percevoir les indemnités journalières de la sécurité sociale française, sans que sa résidence hors du territoire n'y fasse obstacle. Enfin, le principe de totalisation des périodes d'assurance permet d'éviter les pertes de droits pour les personnes ayant exercé une activité dans plusieurs États.

69. Il reste que cette coordination s'applique strictement aux situations intra-européennes. Lorsqu'un État tiers est concerné, aucun cadre juridique général n'organise l'articulation des régimes. Le droit international du travail, en particulier les recommandations de l'Organisation internationale du travail (OIT), joue alors un rôle d'influence plus que de contrainte¹⁵⁷. Bien qu'utiles en tant que principes directeurs, ces normes n'ont pas de force obligatoire. La

¹⁵¹ P. MORVAN, *op. cit.*

¹⁵² Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, JOUE L 166, 30 avr. 2004, p. 1-123, Art. 11.

¹⁵³ M. SCHMITT, *op. cit.*

¹⁵⁴ S. ROBIN-OLIVIER, *op. cit.*

¹⁵⁵ TFUE, Art. 18 (sur le principe de non-discrimination), Art. 20 et 21 (sur la citoyenneté européenne) et Art. 45 (sur la liberté de circulation des travailleurs).

¹⁵⁶ TFUE, Art. 48.

¹⁵⁷ M. MINE, Chr. BOUDINEAU, A. LE NOUVEL, M. MERCENAT-BRUNS, Br. SILHOL, *Le droit social international et européen en pratique*, Eyrolles, 2^e éd., 2010.

résolution des conflits de législations repose donc principalement sur des accords bilatéraux entre États¹⁵⁸.

70. En définitive, l'Union européenne ne fixe ni le montant, ni la durée, ni les conditions d'ouverture du droit à l'arrêt maladie. Elle se borne à assurer une coordination des systèmes pour garantir la continuité de la protection sociale des travailleurs mobiles. Si elle encourage certaines évolutions, elle laisse aux États membres une marge de manœuvre très large dans la définition du contenu de leurs régimes. L'arrêt de travail demeure ainsi, malgré le cadre communautaire, un objet juridique profondément national.

71. Ainsi, l'arrêt maladie s'inscrit dans un héritage juridique et social profondément ancré, à la fois protecteur et structurant, façonné par des traditions nationales fortes, des influences comparées contrastées et un encadrement européen à la fois incitatif et limité. Toutefois, ce socle historique et institutionnel ne suffit plus à absorber les mutations du monde du travail, les évolutions des politiques de santé publique et les nouvelles exigences de soutenabilité économique.

II. L'arrêt maladie au cœur de tensions contemporaines

72. Le mécanisme de l'arrêt maladie constitue un pilier fondamental de notre système de protection sociale¹⁵⁹. En garantissant aux salariés un droit à la suspension de leur contrat en cas d'atteinte à leur santé¹⁶⁰, il poursuit des objectifs à la fois individuels et collectifs : la protection de la personne salariée, la continuité d'un revenu de subsistance, mais aussi la préservation de la santé publique¹⁶¹. Si le modèle français est, à cet égard, souvent présenté comme l'un des plus complets à l'échelle internationale¹⁶², il suscite également de nombreuses critiques. Trop protecteur aux yeux de certains, insuffisamment adapté aux réalités actuelles pour d'autres, le régime de l'arrêt maladie se trouve aujourd'hui au centre de controverses juridiques, politiques et sociales.

¹⁵⁸ À titre d'exemple, pour le rapport « *sur le projet de loi autorisant l'approbation de l'accord de sécurité sociale entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République de Corée* » : G. ROUJAS, Rapport n° 209, Sénat, 7 février 2007.

¹⁵⁹ G. HUTEAU, *op. cit.*

¹⁶⁰ G. AUZÉRO, E. DOCKES, D. BAUGARD, *Droit du travail 2023*, Dalloz, Précis, 36^e éd., 2022.

¹⁶¹ J. KIVITS, C. MENARD, F. ALLA, *op. cit.*

¹⁶² « Système de santé, assurance maladie : regards internationaux », *Journal du droit de la santé et de l'assurance*, janvier 2014, n°5.

73. Ces débats ne concernent pas l'ensemble des arrêts de travail. Tous soulèvent, à des degrés divers, des interrogations juridiques quant à leur régime, leurs effets ou leurs conditions de mise en œuvre. Toutefois, les arrêts motivés par des pathologies somatiques graves, sans lien avec l'organisation du travail ou l'environnement professionnel (un cancer, suite à une opération chirurgicale...), ou encore ceux justifiés par des impératifs familiaux impérieux, donnent rarement lieu – au-delà des questions techniques qu'ils posent – à des controverses sociales ou à des soupçons quant à leur légitimité. Il en va tout autrement des arrêts fondés sur une souffrance psychique liée à l'activité professionnelle — stress chronique¹⁶³, épuisement, troubles anxieux et/ou dépressifs — dont l'appréhension, la reconnaissance et la gestion se heurtent à des obstacles d'une tout autre nature. Invisibles par définition, souvent difficiles à objectiver médicalement, ces atteintes nourrissent les suspicions et cristallisent les tensions entre exigences de protection et contraintes organisationnelles. Elles mettent en lumière un déplacement profond des risques professionnels, désormais moins physiques que psychiques¹⁶⁴, et font émerger une vulnérabilité nouvelle, plus diffuse et moins aisément saisissable par le droit. L'essor de ces arrêts interroge dès lors la capacité du cadre juridique à appréhender ces formes contemporaines de fragilité, à encadrer les usages de l'arrêt maladie et à maintenir un équilibre légitime entre la protection du salarié, la prévention des abus allégués et la soutenabilité du système de sécurité sociale.

74. En ce sens, l'arrêt de travail pour maladie cristallise aujourd'hui un ensemble de tensions révélatrices des paradoxes contemporains du droit du travail. Conçu comme un instrument de protection de la santé des travailleurs, il est au cœur d'une dialectique complexe entre exigences économiques, mutations du travail et impératifs de santé publique¹⁶⁵. Alors même que la santé au travail est consacrée comme un droit fondamental, les modalités concrètes de sa garantie, via le recours à l'arrêt maladie, font l'objet d'interrogations croissantes, tant en doctrine que dans les sphères institutionnelles.

75. Ces tensions prennent des formes multiples. Elles traduisent d'abord un décalage croissant entre le droit et les transformations du travail, marquées par la montée des risques

¹⁶³ S. PONTHEU, *Le stress induit par le travail : une préoccupation sociale actuelle*, Mémoire, Lille, 2022.

¹⁶⁴ N. TARHOUNY, *op. cit.*

¹⁶⁵ E. HENRY, « La santé au travail : enjeu politique ou technoscientifique ? », in *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, La Découverte, 2015, p. 431-438.

psychosociaux¹⁶⁶, l'intensification des exigences productives¹⁶⁷ et l'effacement des frontières entre vie personnelle et vie professionnelle¹⁶⁸. Dans ce contexte, les garanties juridiques existantes apparaissent souvent insuffisantes, incomplètes, ou inégalement mobilisables selon les situations et les statuts¹⁶⁹. Ce premier désajustement soulève la question de l'adéquation du droit à la réalité des atteintes actuelles à la santé, tant sur le plan substantiel que dans ses modalités d'application (A).

76. Mais l'arrêt maladie est également le réceptacle de suspicions persistantes. Sa légitimité est régulièrement mise en cause dans le débat public, parfois assimilé à un outil de contournement ou à une charge injustifiée pour les entreprises¹⁷⁰. Cette représentation contribue à la mise en œuvre de politiques de contrôle renforcées, à une application fragmentée du droit, et, à terme, à un risque de dénaturation de ce mécanisme protecteur. Ce deuxième axe d'analyse mettra donc en lumière les dérives dans l'application du régime de l'arrêt maladie, les soupçons dont il est l'objet, et les risques systémiques d'un affaiblissement de sa portée (B).

77. Enfin, ces tensions soulignent la nécessité de repenser, à nouveaux frais, les fondements et les équilibres du système. Il s'agira, dans un dernier temps, de situer cette recherche dans ses finalités – entre analyse critique et prospective normative –, de préciser la méthode retenue, et d'articuler la réflexion autour des axes de questionnement fondamentaux que soulève l'étude du régime juridique de l'arrêt de travail pour maladie dans un contexte de transition sociale et économique profonde (C).

A. Un droit inadapté aux mutations du travail

78. L'appréciation de l'insuffisance du droit relatif à l'arrêt maladie varie selon les perspectives subjectives, mais elle demeure unanime sur un point : ce droit apparaît aujourd'hui inadapté (2) face aux évolutions profondes du monde du travail (1). Si cette insuffisance est

¹⁶⁶ D. CHOUANIÈRE, « Définitions et aspects épidémiologiques des risques psychosociaux », *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, février 2017, Vol. 78, n°1, p. 4.

¹⁶⁷ P. DAVEZIES, « Intensification. Danger : le travail rétréci », *Santé & Travail*, janvier 2007, n°57, p. 30-33.

¹⁶⁸ H. ISAAC, M. KALIKA, « Organisation, technologie de l'information et vie privée. », *Revue française de gestion*, 2011, n°134, p. 101-105.

¹⁶⁹ A. SUPIOT, *Au-delà de l'emploi. Transformations du travail et devenir du droit du travail en Europe*, Flammarion, 2006.

¹⁷⁰ L. SPIELMANN, *Les arrêts maladie, pratiques, discours et représentations dans les secteurs des musiques actuelles et de l'aide à domicile*, Thèse, Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 2016.

largement reconnue, ses conséquences n'en sont pas moins divergentes selon les acteurs concernés.

1. La montée de nouveaux risques

79. Le droit français de l'arrêt maladie s'inscrit historiquement dans une logique essentiellement réparatrice. Il intervient en effet *a posteriori*, lorsque l'atteinte à la santé du salarié est avérée et que son état est déjà dégradé. Une telle approche apparaît toutefois de plus en plus inadéquate face à l'essor des pathologies psychiques liées au travail — stress, épuisement professionnel, dépression ou troubles anxieux. Ces troubles, qui représentent aujourd'hui environ un arrêt de travail sur cinq (en 2022)¹⁷¹, mettent en lumière un changement radical dans la nature même des risques professionnels¹⁷².

80. Or ces derniers engendrent des coûts considérables : en 2016, la prise en charge des affections psychiques s'élevait à 230 millions d'euros, dans un contexte où le budget total des prestations liées aux risques professionnels atteignait 8,2 milliards d'euros, chiffres en progression constante¹⁷³. La première explication tient à l'insuffisance du dispositif de prévention, structurellement inadapté alors même qu'il constitue un levier déterminant en matière de risques psychosociaux¹⁷⁴. Ce décalage met en évidence l'écart entre la sophistication apparente du modèle français — souvent présenté comme exemplaire — et son incapacité à s'adapter pleinement aux réalités contemporaines du travail¹⁷⁵, dimension sur laquelle il conviendra de revenir ultérieurement.

81. Plus précisément, l'un des déterminants majeurs de cet absentéisme réside dans la dégradation de la qualité de vie au travail (QVT)¹⁷⁶, concept protéiforme englobant des dimensions telles que l'environnement professionnel, les conditions d'emploi, les relations

¹⁷¹ Malakoff Humanis, *Baromètre annuel Absentéisme 2022 : Regards croisés salariés-dirigeants face à l'arrêt maladie*, op. cit.

¹⁷² L. LEROUGE, « Le droit du travail français confronté aux « nouveaux risques ». Quelle prise en compte de la santé mentale en droit du travail ? », *REMEST*, 2010, n°5, p. 21-38 ; N. DEDESSUS-LE-MOUSTIER, F. DOUGUET, *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*, Tec & Doc, Sciences du risque et danger, 2010.

¹⁷³ « Dépression, troubles anxieux... la hausse des affections psychiques liées au travail », Souffrance et travail, dossier « Stress, travail et santé », 22 janvier 2018, disponible en ligne : souffrance-et-travail.com.

¹⁷⁴ L. LEROUGE, « Les « risques psychosociaux » en droit : retour sur un terme controversé », *Droit social*, février 2014, n° 2, p. 152-160.

¹⁷⁵ A. BILHERAN, P. ADAM, *Risques psychosociaux en entreprise. Les solutions psychologiques et juridiques*, Armand Colin, 2011.

¹⁷⁶ La notion de *qualité de vie au travail* (QVT) a été étendue à la *qualité de vie et des conditions de travail* (QVCT) depuis la loi du 2 août 2021 en matière de négociation collective.

interpersonnelles, la conciliation vie privée-vie professionnelle, ainsi que la capacité d'expression, le soutien managérial, la solidarité collective, et le contenu même du travail avec son degré d'autonomie et de maîtrise¹⁷⁷. Ces facteurs, bien que largement reconnus dans les sciences humaines et sociales, sont insuffisamment intégrés dans le droit du travail, qui peine à prévenir les risques liés à ces défaillances organisationnelles.

82. Cette négligence produit pourtant des répercussions majeures sur la santé mentale — et, par ricochet, physique — des salariés¹⁷⁸, avec des conséquences directes sur leur productivité, leur engagement et, plus largement, sur le climat social au sein des entreprises. Un salarié évoluant dans un environnement de travail favorable présente un meilleur état de santé, une moindre propension à l'absentéisme et une probabilité réduite de tensions collectives. À l'inverse, l'absence d'une véritable prise en compte juridique de la qualité de vie et des conditions de travail alimente un cercle vicieux aux effets délétères pour l'individu, l'entreprise et la collectivité, tant sur le plan social qu'économique.

2. L'inadéquation des garanties existantes

83. Au-delà de la montée des nouveaux risques, l'architecture juridique de l'arrêt maladie se heurte à ses propres limites structurelles. Si l'existence d'un socle normatif peut laisser croire à une protection effective des salariés, l'examen des garanties révèle en réalité une fragilité manifeste, tant dans leur contenu que dans leur effectivité.

84. L'un des angles morts les plus préoccupants réside dans l'insuffisance des obligations pesant sur l'employeur en matière de prévention et de réparation des atteintes à la santé liées à l'organisation du travail¹⁷⁹. Même lorsque la maladie trouve son origine dans des facteurs professionnels avérés – surcharge, désorganisation managériale, pression hiérarchique, harcèlement institutionnel – l'employeur n'est ni juridiquement contraint d'agir en amont pour prévenir ces risques, ni tenu, *a posteriori*, de remédier aux causes ayant conduit à la dégradation de la santé du salarié. Ainsi, un environnement pathogène peut perdurer sans qu'aucune obligation spécifique de mise en conformité ne s'impose, au détriment de la santé des travailleurs et de la pérennité du collectif de travail.

¹⁷⁷ L'Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 portant sur la qualité de vie au travail les reprend.

¹⁷⁸ T. BARNAY, « Relations causales entre santé et travail : le regard des économistes », *Med Sci*, octobre 2016, n° 10, Vol. 32, p. 889-894.

¹⁷⁹ P. DESFARGES, « Réorganisation de l'entreprise et pouvoir du juge », *Action juridique CFDT*, juillet 2001, n° 149, p. 23-25.

85. Ce silence normatif tranche avec l'ambition affichée de l'article L. 4121-1 du Code du travail, qui impose pourtant à l'employeur une obligation générale de sécurité. Mais cette obligation, essentiellement interprétée par la jurisprudence à travers le prisme de la faute ou de la preuve d'un manquement, se révèle difficile à mobiliser dans des contextes marqués par des pathologies diffuses, des souffrances invisibles ou des atteintes progressives à la santé mentale.

86. Par ailleurs, le régime d'indemnisation de l'arrêt maladie souffre d'une inégalitaire accessibilité, particulièrement pour les salariés les plus précaires. Les conditions administratives et les seuils d'ouverture de droits à indemnisation – en termes de durée de cotisation, de stabilité de l'emploi, ou de statut contractuel – excluent de fait une partie importante des travailleurs, notamment les salariés à temps partiel, en contrat court, ou en situation d'emploi discontinu. Ce mécanisme excluant, bien que formellement neutre, produit un effet dissuasif : il incite certains travailleurs à ne pas s'arrêter, même en cas de souffrance manifeste, de peur de ne pas être couverts ou de perdre leur emploi. Cette situation révèle une inadaptation profonde du système à la diversité contemporaine des formes d'emploi et aux inégalités structurelles du marché du travail.

87. En somme, les garanties existantes, pensées pour un modèle d'emploi stable, linéaire et formel, ne résistent pas à l'épreuve des nouvelles réalités professionnelles. Elles laissent sans réponse juridique une part croissante de la souffrance au travail et contribuent à une forme d'invisibilisation normative des travailleurs les plus vulnérables. Cette défaillance du droit n'est pas simplement technique : elle interroge la capacité même du droit social à remplir sa fonction protectrice face à l'évolution des vulnérabilités contemporaines¹⁸⁰.

B. Un droit suspecté, souvent méconnu

88. À mesure que les arrêts maladie se sont multipliés au cours des dernières décennies, le regard porté sur ce mécanisme a évolué. Loin de faire consensus, il est aujourd'hui l'objet de perceptions contrastées, entre soupçon d'abus (1), mésusage stratégique et méconnaissance généralisée du cadre normatif (2). Cette pluralité de représentations ne saurait être ignorée : elle éclaire les ambivalences qui traversent l'arrêt maladie en droit du travail, tant du point de vue de son effectivité que de sa légitimité.

1. L'arrêt maladie comme source d'abus

¹⁸⁰ R. CASTEL, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Fayard, 1995.

89. Une première ligne de fracture doctrinale – généralement portée par des voix patronales¹⁸¹ ou gestionnaires – repose sur l'idée selon laquelle l'arrêt maladie serait devenu, dans certaines circonstances, un instrument de confort ou de contournement, plutôt qu'un dispositif de protection. À l'origine de ce soupçon : la facilité perçue d'accès au régime, combinée à une protection juridique jugée trop favorable au salarié.

90. Le salarié en arrêt serait ainsi exonéré de toute contrainte, pendant que l'employeur, privé de son pouvoir de direction et de son autorité disciplinaire, se retrouverait impuissant face à l'absence¹⁸². Le régime, dans cette lecture critique, serait générateur d'opportunisme. La pathologie réelle céderait parfois la place à un malaise diffus, un épuisement léger, ou même à une convenance personnelle. Plus encore, il serait fait grief au régime de permettre un maintien du niveau de rémunération, par le jeu combiné des indemnités journalières et du complément employeur, rendant ainsi l'absence de *sanction* financière indolore, voire incitative. À cela s'ajoute le constat, souvent invoqué, d'un défaut de contrôle des prescriptions médicales, renforçant la suspicion d'abus et d'arrêts de complaisance.

91. Ces critiques ont trouvé un nouvel écho à la suite des réformes dites « Macron » de 2017¹⁸³, avec la mise en place du barème d'indemnisation en cas de licenciement abusif. Une nouvelle stratégie contentieuse aurait émergé, selon laquelle certains salariés, confrontés à une menace de licenciement, chercheraient à *se placer* en arrêt maladie, afin de bénéficier d'une protection renforcée contre la rupture du contrat¹⁸⁴. L'objectif ne serait pas seulement d'échapper à une sanction, mais de faire qualifier ultérieurement le licenciement de nul, en raison d'une discrimination fondée sur l'état de santé. Une telle nullité permet d'écarter l'application du barème¹⁸⁵ et d'ouvrir droit à une indemnisation plus généreuse. À ce titre,

¹⁸¹ À intervalles réguliers, le Mouvement des entreprises de France (MEDEF) et la Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME) se saisissent du débat public pour dénoncer ce qu'ils présentent comme les dérives du système d'arrêt maladie et la charge qu'il ferait peser sur les entreprises. Ainsi, au lendemain de l'arrêt de la Cour de cassation relatif au report des congés payés en cas de maladie, la CPME a publié un communiqué particulièrement virulent, en date du 11 septembre 2025 et intitulé « Maintenant, ça suffit ! », consultable sur le site cpme.fr.

¹⁸² *Ibid.*

¹⁸³ Est ici principalement concernée l'ordonnance n°2017-1387 du 22 septembre 2017 relative à la prévisibilité et la sécurisation des relations de travail.

¹⁸⁴ Les termes mis en italique renvoient à des expressions reprises dans différents discours à visée persuasive, telles que, par exemple, *se mettre / se placer en arrêt maladie*. L'emploi de l'italique signale que l'auteur se désolidarise de cette formulation.

¹⁸⁵ C. Trav., Art. L.1235-3.

l'arrêt maladie serait instrumentalisé comme un levier juridico-stratégique dans des contentieux prud'homaux, minant ainsi la confiance dans le dispositif.

92. On ne peut pas occulter ces débats : ils gouvernent la perception que la société a du régime de l'arrêt maladie et, de facto, influencent son application pratique. Il est donc nécessaire de leur prêter attention et d'y répondre juridiquement, en s'interrogeant sur l'origine de ces règles, les raisons de leur adoption et leur portée réelle. Ces discours, bien que largement relayés et parfois amplifiés par les médias, méritent d'être analysés avec rigueur. Qu'en est-il réellement des pratiques observées sur le terrain ? Le cadre juridique actuel offre-t-il des garanties suffisantes pour encadrer ces situations ?

Pour autant, il convient de dépasser ce débat récurrent — qui oppose l'arrêt maladie perçu comme source d'abus à l'arrêt maladie considéré comme simple reflet du mal-être au travail. Ces discours, bien que présents et occupant une place disproportionnée dans le débat public, font oublier l'essentiel : les véritables problématiques liées à l'arrêt maladie et son régime face aux enjeux de santé mentale. C'est précisément ce point central que nous examinerons dans la suite de cette analyse.

2. Des pratiques d'application défaillantes

93. Au-delà du soupçon, l'une des problématiques centrales en matière d'arrêt maladie réside dans l'écart persistant entre le droit tel qu'il est conçu et le droit tel qu'il est appliqué. En effet, le régime juridique applicable à l'arrêt maladie est relativement fourni. Il organise l'indemnisation, encadre l'absence, prévoit des dispositifs de prévention, d'accompagnement, de maintien dans l'emploi et de retour progressif au travail. Pourtant, dans la pratique, une grande partie de ces normes demeure lettre morte.

94. Cette sous-effectivité tient, d'une part, à une méconnaissance profonde des règles applicables, tant du côté des employeurs que des salariés. Les dispositifs tels que l'essai encadré¹⁸⁶, le temps partiel thérapeutique¹⁸⁷ ou les visites de pré-reprise¹⁸⁸ demeurent très peu mobilisés, souvent faute d'information claire et accessible. L'opacité est renforcée par l'absence de formation en droit du travail dans les cursus médicaux et de management, limitant

¹⁸⁶ Cf : A. L'essai encadré avant la reprise effective du travail, II., Section I, Chapitre II, Titre II, Seconde partie, p. 436.

¹⁸⁷ Cf : 1. Le recours au temps partiel thérapeutique, B., II., Section I, Chapitre II, Titre II, Seconde partie, p. 429.

¹⁸⁸ Cf : b. La visite de pré-reprise, 2., A., II., Section II, Chapitre II, Titre I, Première partie, p. 191.

la capacité des acteurs (médecins du travail, managers...) à mettre en œuvre efficacement ces mesures. D'autre part, la nature non impérative de la plupart de ces instruments¹⁸⁹, dépourvus de tout mécanisme de sanction en cas de non-application, les confine au rang de simples recommandations, privant le droit de toute force contraignante et limitant considérablement leur portée opérationnelle¹⁹⁰.

95. Au sein des entreprises, la gestion de l'absence obéit avant tout à une logique de continuité de l'activité, reléguant au second plan toute approche juridique ou préventive. Cette réalité est particulièrement marquée dans les petites et moyennes entreprises, où les moyens administratifs sont restreints. Du côté du salarié, l'ignorance de ses droits ou la crainte d'un stigmat social ou d'un conflit avec sa hiérarchie peut également conduire à renoncer à leur exercice. Le droit, dans ces conditions, se transforme en un instrument sous-utilisé, voire parfois inopérant.

96. Ce défaut d'effectivité n'est pas sans conséquence¹⁹¹ : il compromet la prévention des rechutes, accroît l'absentéisme, et nuit à la qualité du retour à l'emploi. L'absence d'adaptation du poste de travail ou d'aménagement de l'environnement professionnel peut conduire à une répétition des arrêts maladie, souvent pour les mêmes motifs. Des outils existent pourtant, tel le droit de retrait, qui pourrait permettre, en amont de l'arrêt, d'obliger l'employeur à supprimer un danger grave et imminent¹⁹². Leur mobilisation conjointe renforcerait l'efficacité globale du dispositif, en le rendant plus proactif et moins purement réparateur.

97. Ainsi, plus qu'un droit trop protecteur, le régime de l'arrêt maladie apparaît comme un droit mal utilisé, souvent ignoré, parfois craint. Son renforcement ne suppose pas nécessairement une réforme législative : il appelle d'abord une meilleure diffusion, une réelle acculturation juridique et une volonté de le faire vivre dans les pratiques.

3. Le risque d'un affaiblissement structurel du régime

98. À cette crise de légitimité et d'effectivité s'ajoute un troisième phénomène, plus insidieux : la mise sous pression du régime d'arrêt maladie dans un contexte de rationalisation budgétaire et de relecture néolibérale du droit du travail. La protection contre la maladie est de

¹⁸⁹ A. LYON-CAEN, « Le contentieux du droit souple en droit du travail », *RDT*, 2022, p. 691.

¹⁹⁰ M. ROBINEAU, E. NICOLAS, « Prendre le droit souple au sérieux ? », *JCP E*, 2013, n°43, p. 1116.

¹⁹¹ F. GRANDAZZI, *Le droit du travail : les dangers de son ignorance*, note de présentation du projet d'avis, IENA, 14 mai 2002, n°102.

¹⁹² Cf. : 2. L'impossible cumul avec le droit de retrait, A., II., Section 1, Chapitre I, Titre I, Seconde partie, p. 300.

plus en plus perçue comme un coût, un facteur de désorganisation, voire un frein à la performance. Cette perception alimente un discours de responsabilisation individuelle, où le salarié serait seul maître de sa santé, quitte à ignorer les causes systémiques de la souffrance au travail.

99. Cette évolution n'épargne pas les prescripteurs eux-mêmes. Les médecins, pourtant piliers du dispositif, sont désormais exposés à des actions en responsabilité – disciplinaire, civile ou pénale – lorsqu'un arrêt est jugé injustifié par l'employeur. Accusés de délivrer des arrêts de complaisance, certains praticiens sont convoqués devant les instances ordinales et menacés de sanctions lourdes. Cette judiciarisation du geste médical produit un effet dissuasif, au détriment du soin, de l'indépendance médicale et, *in fine*, de la santé publique.

100. Le cumul de ces pressions – soupçon, méconnaissance, judiciarisation – affaiblit progressivement la fonction même de l'arrêt maladie en droit du travail. Ce dernier ne peut pourtant se réduire à une variable d'ajustement des tensions organisationnelles. Il est un droit fondamental, indissociable de la reconnaissance de la vulnérabilité des corps au travail et de l'exigence d'un environnement professionnel sain.

C. Un droit à repenser

101. Pour appréhender pleinement les enjeux complexes de l'arrêt maladie, cette recherche se déploie selon trois axes complémentaires. Elle commence par définir la finalité de l'étude, qui consiste à interroger la fonction contemporaine de ce mécanisme au regard des mutations du monde du travail (1). Elle expose ensuite la méthode adoptée, mêlant rigueur doctrinale et analyse empirique, indispensable pour saisir la réalité concrète du phénomène (2). Enfin, elle présente la structure de la thèse, organisée en deux grandes parties qui articulent l'accès au droit à l'arrêt maladie et l'analyse critique de ses effets, afin de proposer une lecture renouvelée et approfondie de ce mécanisme (2).

1. Finalité de l'étude

102. Dans un contexte où les relations de travail sont traversées par des tensions multiples – économiques, managériales, organisationnelles mais aussi éthiques et humaines –, l'arrêt maladie occupe une place singulière. Il cristallise, à lui seul, les lignes de fracture d'un monde professionnel en mutation : usure psychique croissante, intensification des rythmes, perte de sens, délitement des collectifs de travail, montée des logiques de performance. Devenu un point

de convergence entre les aspirations individuelles à la préservation de la santé et les contraintes systémiques de productivité, il interroge profondément la capacité du droit à protéger les travailleurs tout en régulant les intérêts de l'employeur et les équilibres économiques.

103. Or, le débat public est saturé par une approche quantitative de la question, centrée sur le coût de l'absentéisme, l'allongement des durées d'arrêt ou la multiplication des arrêts pour troubles psychosociaux. Ces chiffres, largement mobilisés dans les controverses politiques, ne disent rien – ou trop peu – des trajectoires subjectives, des contextes professionnels, des mécanismes institutionnels et des angles morts juridiques qui conditionnent le recours à l'arrêt maladie. En tant qu'objet juridique, celui-ci ne peut être réduit à une simple suspension temporaire du contrat de travail assortie d'un droit à indemnisation. Il incarne, à bien des égards, une faille dans le système normatif : à la fois point de rupture et révélateur des désajustements entre normes protectrices et réalités organisationnelles.

104. Cette recherche se donne ainsi pour finalité d'interroger la fonction contemporaine de l'arrêt maladie, à la croisée du droit du travail, du droit de la santé et du droit de la sécurité sociale. La question qui la traverse est la suivante : **Dans quelle mesure le régime juridique de l'arrêt maladie, forgé comme un dispositif de protection du salarié vulnérable mais traversé par une logique croissante de suspicion et de désengagement institutionnel, se révèle-t-il structurellement insuffisant pour appréhender les enjeux contemporains de santé mentale au travail, et selon quelles recompositions normatives et fonctionnelles pourrait-il être repensé afin de retrouver sa cohérence, son effectivité et sa capacité préventive ?** Au-delà du constat, l'étude interroge les voies possibles d'une recomposition normative et fonctionnelle permettant de restaurer la cohérence, l'effectivité et la dimension préventive du régime. L'enjeu, loin d'être seulement technique, est profondément politique et normatif : il s'agit d'évaluer si le droit parvient encore à maintenir l'alignement entre ses ambitions protectrices et les effets concrets qu'il produit.

105. En s'inscrivant dans une perspective critique, cette étude entend ainsi déconstruire les représentations dominantes de l'arrêt maladie – celles de la déviance, de la fraude, de l'abus –, pour mieux mettre en lumière son potentiel régulateur et protecteur. Elle ambitionne de réhabiliter la fonction de l'arrêt comme moment de reconnaissance de la vulnérabilité au travail, tout en identifiant les défaillances du système normatif dans son appréhension de cette vulnérabilité.

2. Méthode

106. La démarche adoptée repose sur une articulation constante entre la normativité des textes et l'empirie des pratiques. Elle vise à inscrire l'analyse juridique dans une compréhension plus large du fait social que constitue le recours à l'arrêt maladie. Trois approches complémentaires ont été mobilisées.

107. Dans un premier temps, il a été nécessaire de comprendre le cadre symbolique et politique dans lequel s'inscrit la question. Cela a impliqué un recueil large des discours sociaux relatifs à l'arrêt maladie : discours politiques et patronaux, mais aussi expériences vécues et récits de salariés, exprimés dans des contextes formels et informels (entretiens non directifs, podcasts, tribunes, chroniques, rapports institutionnels). Cette approche inductive a permis de faire émerger les représentations contrastées de l'arrêt : tantôt droit légitime à la réparation d'une atteinte à la santé, tantôt soupçonné de masquer une stratégie d'évitement ou de refus du travail.

108. Dans un second temps, une analyse statistique a été conduite à partir des données disponibles sur l'absentéisme. Si ces chiffres sont omniprésents dans le débat public, leur interprétation appelle précaution. Ils sont souvent produits par des acteurs intéressés – cabinets de conseil, assureurs – et ne sauraient constituer un fondement neutre à la réflexion juridique. Il convenait donc de les réinterpréter à la lumière des contextes professionnels, des catégories socioprofessionnelles concernées, des pathologies déclarées et des durées constatées, afin d'objectiver les dynamiques d'usage du droit à l'arrêt.

109. Enfin, dans un troisième temps, une analyse doctrinale et jurisprudentielle approfondie a permis d'interroger la cohérence interne du régime juridique applicable, d'identifier ses lacunes et d'évaluer son effectivité. L'étude s'est appuyée sur une lecture critique des textes, des décisions rendues et des commentaires doctrinaux, dans une perspective finaliste : comprendre ce que fait (ou ne fait pas) le droit à la protection de la santé du travailleur, au-delà de ses énoncés normatifs.

3. Structure de l'étude

110. La structuration de la recherche épouse la dynamique même de l'arrêt maladie : un moment de rupture dans le parcours professionnel, suivi d'une tentative de réintégration dans

un système de travail qui, bien souvent, demeure inchangé. Elle s'organise autour de deux axes complémentaires, qui se succèdent tout en se répondant : d'abord l'accès au mécanisme, ensuite le régime des effets, du temps de la suspension à celui du retour au travail.

111. La première partie est consacrée aux conditions d'accès à l'arrêt maladie. Elle examine les facteurs – médicaux, professionnels et juridiques – qui conditionnent l'entrée dans le dispositif, dans un contexte où les causes de l'arrêt sont de plus en plus liées au travail lui-même. Loin d'être un droit mécanique et uniforme, l'arrêt maladie apparaît traversé par des inégalités structurelles : précarité statutaire, dépendance économique, pressions organisationnelles, représentations sociales stigmatisantes. Certaines catégories de salariés renoncent à exercer leur droit à l'interruption du travail, soit par crainte de la stigmatisation, soit en raison de l'inadéquation des conditions d'ouverture des droits, du délai de carence ou de l'incertitude sur l'indemnisation. Cette partie mettra en lumière les effets dissuasifs de ces règles, ainsi que la manière dont elles participent à une forme de sélection implicite des bénéficiaires. L'arrêt maladie se révèle alors non seulement comme l'expression d'une souffrance, mais aussi comme un révélateur d'inégalités d'accès à la protection juridique.

112. La seconde partie se concentre sur les effets de l'arrêt maladie sur la relation de travail. Elle analyse les implications juridiques de la suspension du contrat, la portée réelle de la protection contre la rupture, les conditions de reprise et les obligations de l'employeur. Elle met en évidence une double inadéquation : d'une part, l'absence d'obligations suffisamment contraignantes pour agir sur les causes organisationnelles de la maladie – pourtant souvent directement liées au travail ; d'autre part, l'insuffisante mobilisation des outils existants d'accompagnement, tels que les visites de pré-reprise, le temps partiel thérapeutique ou l'essai encadré. Même lorsque la pathologie trouve son origine dans le travail, l'employeur n'est pas toujours tenu de modifier l'organisation, de prévenir les rechutes ou de garantir un retour sécurisé. L'indemnisation, quant à elle, demeure inégalitaire, fragilisant les salariés les plus vulnérables. Dans cette configuration, le droit se révèle à la fois normatif et impuissant : normatif par l'abondance des dispositifs ; impuissant par leur faible effectivité.

113. Cette double analyse – du moment de l'accès au droit puis de celui de ses effets – permet de faire émerger une conception renouvelée de l'arrêt maladie. Loin d'être une simple interruption temporaire, il est saisi ici comme un indicateur de dysfonctionnements structurels dans la relation d'emploi, mais aussi comme un levier potentiel pour refonder une culture juridique de la santé au travail. La thèse soutient que repenser l'arrêt maladie, c'est interroger

la capacité du droit à articuler, dans un cadre cohérent, la protection du salarié, la prévention des risques professionnels et la régulation des contraintes organisationnelles. L'étude vise ainsi à montrer que la santé mentale constitue aujourd'hui un terrain d'épreuve décisif pour juger de la cohérence interne et de l'ambition protectrice du droit social contemporain.

Première partie. L'accès au droit à l'arrêt maladie

Seconde partie. Les effets de l'arrêt maladie

Première partie

L'accès au droit à l'arrêt maladie

114. Le recours à l'arrêt de travail, et plus précisément à l'arrêt maladie, constitue une des modalités fondamentales de protection de la santé des salariés. À ce titre, il participe pleinement du droit au repos en cas d'atteinte à l'intégrité physique ou mentale, qu'il s'agisse d'une pathologie d'origine professionnelle ou non. Le taux d'absentéisme, entendu comme la proportion de salariés absents sur la masse salariale globale, constitue un indicateur statistique central de cette dynamique. En France, ce taux s'élevait à 4,52 % en 2018 – dont 3,87 points pour les maladies ordinaires et 0,65 point pour les accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) – avant d'atteindre 5,5 % en 2021¹⁹³. Sur la même période, la durée moyenne des arrêts maladie est passée de 18,8 à 21,4 jours¹⁹⁴. Ces chiffres bruts ne sauraient toutefois être interprétés sans précaution.

115. L'augmentation du recours à l'arrêt maladie doit, en premier lieu, être resituée dans son contexte épidémiologique et démographique. La crise sanitaire liée à la Covid-19 a fortement pesé sur les statistiques, tant en fréquence qu'en durée. Le seul 27 décembre 2021, on dénombrait plus de 109 000 cas positifs¹⁹⁵, dont près d'un quart asymptomatiques selon Santé publique France¹⁹⁶. Plus structurellement, l'amélioration de l'espérance de vie – 85,4 ans pour

¹⁹³ Verlingue, *Baromètre absentéisme*, rapport, juin 2022.

¹⁹⁴ DIOTSIACI – IFOP, *Observatoire de l'absentéisme*, rapport d'étude, mars 2022, disponible en ligne sur le site de l'IFOP.

¹⁹⁵ « Synthèse des indicateurs de suivi de l'épidémie Covid-19 », Santé publique France, 30 juin 2023, disponible sur data.gouv.fr.

¹⁹⁶ *Part des formes asymptomatiques et transmission du SARS-CoV-2 en phase pré-symptomatique*, Synthèse rapide, Santé publique France, 8 juillet 2020.

les femmes et 79,5 ans pour les hommes en 2018¹⁹⁷ – conjuguée à un recul de l'âge de départ à la retraite (passé de 60,7 ans en 2004 à 62,3 ans en 2020¹⁹⁸, et progressivement porté à 64 ans à partir de 2023¹⁹⁹), accroît mécaniquement la durée d'exposition au risque pathologique en cours d'activité. Or, si la longévité progresse, l'espérance de vie en bonne santé, elle, stagne (environ 64 ans pour les femmes et 62 ans pour les hommes), creusant un écart préoccupant entre le maintien en emploi et la préservation de la santé²⁰⁰.

116. Au-delà des seuls facteurs biologiques et sanitaires, c'est la transformation même des conditions de travail qui contribue à l'essor des arrêts pour souffrance psychique. Intensification des tâches, dilution des collectifs, perte de sens, pression accrue sur les résultats²⁰¹ : autant de mutations structurelles qui alimentent les troubles d'origine psychosociale. Ces pathologies, souvent invisibles, peinent à être prévenues en amont et engendrent, en aval, une médicalisation croissante du mal-être professionnel. L'arrêt maladie devient alors le réceptacle d'un désajustement profond entre l'individu et son environnement professionnel, en l'absence d'alternatives préventives suffisantes (Titre I).

117. Cette évolution suscite toutefois une double tension. D'une part, les spécificités des troubles psychiques – subjectivité, variabilité, difficulté d'objectivation – nourrissent une certaine défiance sociale et institutionnelle. Les soupçons d'abus, voire de « complaisance médicale », ne sont pas rares. D'autre part, l'accès à l'arrêt maladie reste conditionné au respect d'exigences juridiques strictes : l'existence d'une altération médicalement constatée, la délivrance d'une prescription conforme, le respect des conditions d'ouverture des droits, ou encore la possibilité de contrôles administratifs et patronaux. Dès lors, une interrogation essentielle se dessine : le cadre légal actuel joue-t-il un rôle de régulation équilibré entre protection et prévention des dérives, ou participe-t-il, au contraire, à une restriction de l'accès à un droit pourtant fondamental à la santé, en particulier lorsque la pathologie est d'ordre psychique ?

¹⁹⁷ INSEE, « Tableaux de l'économie française », fondé sur les estimations de population et les statistiques de l'état civil, 29 mars 2019, en ligne : www.insee.fr.

¹⁹⁸ DREES, EIR, EACR, *Les retraités et les retraites, bilan démographique 2020*, INSEE, p.133.

¹⁹⁹ Loi n°2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

²⁰⁰ INSEE, « Espérance de vie à la naissance », décembre 2016, en ligne : www.insee.fr. Cette espérance de vie est calculée avec la méthode de l'*European Health Expectancy Monitoring Unit* à partir des données de l'enquête SILC réalisée par l'Insee. DRESS, « Études et résultats », janvier 2018, n°1046.

²⁰¹ F. JUGLARET, *Indicateurs et Tableaux de Bord pour la prévention des risques en Santé Sécurité au Travail*, Thèse, ENS des mines Paris, 2012.

Cette tension appelle une analyse approfondie de la normativité propre à l'arrêt maladie : sa nature, sa charge probatoire, ses conditions d'accès et les obstacles qu'elles génèrent (Titre II). C'est dans cet espace, à la frontière du biomédical et du juridique, que se joue la question centrale de cette première partie : comment garantir un accès effectif à l'arrêt maladie sans reconduire les mécanismes de suspicion et les inégalités qui pèsent de manière disproportionnée sur les salariés les plus vulnérables ?

Titre I. Un droit justifié

Titre II. Un droit conditionné

Titre I

Un droit justifié

118. La souffrance psychique au travail, bien qu'en progression constante, demeure insuffisamment prise en compte par les entreprises²⁰². Trop souvent, elle est réduite à une forme de démotivation ou de défaillance individuelle, assimilée à une paresse déguisée, voire à une instrumentalisation abusive de l'arrêt de travail. En l'absence de manifestations physiques visibles, le trouble est suspecté, disqualifié, nié. Le salarié qui s'arrête pour motif psychique est alors exposé à une double peine : devoir justifier de son incapacité et affronter la stigmatisation. Cette lecture réductrice occulte une réalité pourtant étayée : le mal-être au travail, même sans traduction somatique apparente, peut générer des troubles graves nécessitant soins et repos, et entraîner des atteintes physiques secondaires²⁰³.

119. Il est dès lors impératif de promouvoir la santé mentale au travail en tant qu'enjeu collectif²⁰⁴, relevant à la fois de la responsabilité sociale de l'entreprise et d'une politique de santé publique. Une action pertinente suppose néanmoins, en amont, une compréhension fine des causes de l'arrêt maladie et de sa légitimité. Cela implique une prise de conscience du phénomène de mal-être au travail, de ses ressorts systémiques et de ses multiples effets délétères (Chapitre I).

120. Cette prise de conscience ne saurait rester théorique. Elle doit se traduire par des mesures de prévention, conformément à l'obligation de sécurité qui pèse sur l'employeur. Le mal-être professionnel n'est pas une fatalité. Il est le produit de conditions de travail, de choix

²⁰² K-T. PHONGSAVANH, *La souffrance morale au travail*, Thèse, Avignon, 2015.

²⁰³ B. DORÉMUS, « Penser la relation « Santé-travail » : remarques sur l'émergence d'un nouveau paradigme », *Revue de droit sanitaire et social*, juillet 2012, n°4, p. 706-715.

²⁰⁴ E. MORIN, « Promouvoir la santé mentale au travail », *Gestion*, 2010, n°3, Vol. 35, p. 13-14.

organisationnels²⁰⁵, de dynamiques managériales, autant de leviers sur lesquels il est possible d'agir²⁰⁶. Adapter l'environnement de travail, écouter les signaux faibles, agir sur les déterminants collectifs de la souffrance, permet non seulement de préserver la santé mentale, mais aussi de réduire durablement l'absentéisme.

121. Encore faut-il que la prévention soit effective²⁰⁷. Des acteurs spécialisés – membres de la CSSCT, médecins du travail, inspecteurs du travail – sont susceptibles de jouer un rôle central dans cette démarche. Mais la dispersion des compétences, la faiblesse des moyens et l'insuffisante reconnaissance des troubles psychiques limitent leur action. Comprendre les raisons de cet échec, analyser les blocages et les pistes de renforcement, constitue l'objet du Chapitre II.

Chapitre I. L'intensification des atteintes psychiques liées au travail

Chapitre II. Les limites structurelles de la prévention primaire

²⁰⁵ S. LEKA, T. COX, A. GRIFFITHS, *Organisation du travail et Stress : Approches systémiques du problème à l'intention des employeurs, des cadres dirigeants et des représentants syndicaux*, Organisation mondiale de la santé, 2004.

²⁰⁶ I. DESBARATS, « La prévention des risques sanitaires et environnement ? Une « affaire d'entreprise », un enjeu public », *Semaine Sociale Lamy*, décembre 2004, n°1655, p. 86-92.

²⁰⁷ Cour des comptes, *Les accidents du travail et maladies professionnelles : les faiblesses de la politique de prévention du régime général de sécurité sociale*, Rapport public thématique, février 2013, p. 337–362.

Chapitre I

L'intensification des atteintes psychiques liées au travail

122. Travail et souffrance apparaissent, en théorie, comme deux notions antinomiques. Dans une perspective sociologique classique, le travail participe à la construction identitaire de l'individu²⁰⁸. Il lui confère un statut, un rôle social, et répond à des aspirations d'intégration, de stabilité et de reconnaissance. Le travail, ainsi conçu, s'inscrit dans une dynamique émancipatrice²⁰⁹. Pourtant, cette vision valorisante est aujourd'hui largement bousculée. Loin d'être un simple vecteur d'épanouissement, le travail peut se transformer en une source de souffrance, tant physique que psychique, ébranlant les équilibres personnels qu'il était censé garantir.

123. Ce paradoxe est d'autant plus marquant que les conditions objectives de travail, à première vue, semblent s'être améliorées. Les tâches les plus pénibles physiquement tendent à reculer sous l'effet de la mécanisation, de la numérisation et de la tertiarisation de l'économie. Pour autant, le nombre de maladies liées au travail ne diminue pas ; il augmente²¹⁰. La

²⁰⁸ H. GARNER, D. MEDA, « La place du travail dans l'identité des personnes », *Données sociales – La société française*, 2006, p. 623-630.

²⁰⁹ Ch. BAUDELOTET, M. GOLLAC, *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*, Fayard, 2003, p. 221.

²¹⁰ Le nombre de maladies professionnelles a progressé de 1,7 % en 2019, après une hausse de 2,1 % enregistrée en 2018. 68.963 cas ont été reconnus en 2019, contre 65.079 en 2018. Sur les 68.963 cas reconnus comme maladie professionnelle, 50.392 ont entraîné un arrêt et/ou une incapacité. Source : Assurance maladie, *Rapport annuel 2019. L'Assurance Maladie - Risques professionnels*, 1er décembre 2020, 167 pages; *Rapport annuel 2018. L'Assurance Maladie - Risques professionnels*, 1er décembre 2019, 173 pages.

pénibilité²¹¹ n'a pas disparu : elle s'est transformée²¹². Si les pathologies d'origine physique régressent en partie, les atteintes psychiques, elles, connaissent une progression préoccupante²¹³. La souffrance mentale au travail, et les effets délétères qu'elle peut induire sur la santé globale des travailleurs, s'imposent désormais comme un enjeu majeur de santé publique. Ces troubles, souvent invisibles, nécessitent une prise en charge médicale pouvant inclure un arrêt de travail. Encore faut-il en comprendre l'origine, qui réside pour une large part dans les mutations contemporaines de l'organisation du travail²¹⁴.

124. L'intensification et la diffusion du mal-être au travail trouvent leur origine dans les transformations structurelles et managériales survenues au cours des dernières décennies²¹⁵. Si la notion de risques psychosociaux a permis une première prise de conscience, tant juridique que sociale, elle reste encore insuffisamment intégrée dans les pratiques de prévention. Or, il appartient aux employeurs d'appréhender ce risque comme un risque professionnel à part entière, impliquant des obligations spécifiques (**Section I**).

125. En parallèle, de nombreuses études scientifiques ont documenté les liens étroits entre souffrance psychique au travail et dégradation de l'état de santé. Le mal-être professionnel n'est pas un phénomène abstrait : il se manifeste dans les corps, à travers une diversité de symptômes et de pathologies, parfois graves²¹⁶. Ces atteintes, allant du sentiment de perte de sens jusqu'aux maladies cardio-vasculaires ou aux troubles musculosquelettiques, appellent des réponses thérapeutiques incluant le repos et donc, souvent, l'arrêt de travail (**Section II**).

²¹¹ F. PETIT, « La pénibilité au travail, un nouveau risque professionnel ? », *Droit social*, mars 2011, n°3, p. 262-268.

²¹² F. HEAS, *La pénibilité, une nouvelle approche de la santé au travail*, In *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*, Tec et Doc, Paris, Lavoisier, 2010.

²¹³ « Un travail ne peut être décent que s'il est sans danger », (Activités normatives de l'OIT dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail, Étude approfondie en vue de l'élaboration d'un plan d'action, Sixième question à l'ordre du jour, Conférence internationale du Travail, 2003).

²¹⁴ T. COUTROT, L. WOLFF, *L'impact des conditions de travail sur la santé : une expérience méthodologique*, Document d'études, mai 2005.

²¹⁵ L. VINCK, *Les expositions aux risques professionnels. Les contraintes organisationnelles et relationnelles*, Rapport enquête SUMER 2010, DARES, n°7, 1er août 2014, 58 pages.

²¹⁶ O. GODARD, C. HENRY et E. MICHEL-KERJAN, *Traité des nouveaux risques*, Gallimard, Folio actuel, 2002.

Section I. Des organisations génératrices de souffrance

126. Loin d'être une donnée purement objective, les conditions de travail résultent d'une construction plurielle, mêlant réalités matérielles, organisationnelles et ressentis individuels²¹⁷. Elles renvoient à l'environnement global dans lequel s'exerce l'activité professionnelle, entendu dans ses dimensions physique, temporelle, relationnelle et symbolique. Trois composantes principales les structurent. D'abord, un volet matériel, englobant les contraintes physiques, les équipements mis à disposition ou encore les conditions d'hygiène et de sécurité. Ensuite, un axe organisationnel, relatif au temps et au rythme de travail, à l'autonomie laissée au salarié et aux marges de manœuvre dont il dispose. Enfin, une dimension psychosociale, au sein de laquelle s'inscrit la charge mentale, la reconnaissance au travail, la qualité du lien hiérarchique et la cohérence des missions confiées.

127. Or, cette dernière dimension – psychosociale - est encore trop souvent reléguée au second plan, alors même qu'elle est centrale dans la construction du rapport subjectif au travail. La souffrance psychique, en tant que phénomène multiforme, peut résulter de facteurs personnels, professionnels ou de leur combinaison. Elle partage ainsi avec le mal-être au travail une origine multifactorielle, propre à chaque situation, mais fortement influencée par les conditions d'exercice de l'activité.

128. L'analyse empirique et les données épidémiologiques convergent : la dégradation des conditions de travail constitue un facteur déterminant de la souffrance psychique des salariés. Inversement, un environnement de travail soutenant et bien structuré favorise l'équilibre mental²¹⁸. Or, les mutations contemporaines du travail ont accentué les tensions. L'intensification des tâches, la standardisation des procédures, l'érosion du collectif et la pression accrue sur les résultats ont profondément affecté l'organisation du travail (I). La crise sanitaire liée à la Covid-19 a, en outre, agi comme un révélateur²¹⁹ et un accélérateur de ces fragilités²²⁰. L'instauration du télétravail, l'isolement social ou la perte de repères ont mis en

²¹⁷ DARES, *Conditions de travail*, disponible sur : dares.travail-emploi.gouv.fr.

²¹⁸ A. BASSANINI, E. CAROLI, "Is work bad for health? The role of constraint vs choice", *Annals of Economics and Statistics*, 2017, p.13-37.

²¹⁹ C. ABATE, « En question : RPS, qualité de vie au travail et Covid-19 », *La Semaine Juridique – Social*, décembre 2020, n° 51, p. 9-11.

²²⁰ Afin de lutter contre la souffrance au travail liée à la Covid-19, l'ANACT-ARACT a produit une fiche-conseils à destination des entreprises : ANACT-ARACT, *Covid-19 : agir sur le mal-être au travail : fiche-conseils pour le*

lumière les limites d'une gestion purement économique de l'activité, au détriment du facteur humain.

129. Dans ce contexte, le concept de santé au travail a connu une évolution sémantique et normative. Longtemps réduit à sa composante physique, il s'est remodelé pour être interprété, dans un second temps, uniquement sous le prisme du bien-être²²¹. Il aura fallu attendre l'émergence de la problématique des risques psychosociaux²²² pour que la souffrance psychique, en tant que pathologie liée au travail, bénéficie d'une véritable reconnaissance juridique et institutionnelle. Cette prise de conscience, encore inégale, appelle désormais une réflexion sur les réponses structurelles à y apporter (II).

I. Des dynamiques professionnelles pathogènes

130. La dégradation de la santé au travail ne saurait être analysée sans considération pour les profondes transformations que connaît l'organisation productive contemporaine²²³. Si les troubles psychiques peuvent résulter de vulnérabilités personnelles, ils trouvent de plus en plus fréquemment leur origine dans les mutations structurelles du travail²²⁴. L'intensification de la concurrence, notamment sous l'effet de la mondialisation, a conduit les entreprises à rechercher des gains d'efficience par l'adaptation continue de leurs systèmes de production. Ces ajustements, indispensables à la pérennité de nombreuses structures, n'en demeurent pas moins porteurs d'effets délétères sur les conditions de travail²²⁵.

131. L'approche traditionnelle de la pénibilité, fondée sur des critères physiques objectivables²²⁶ peine à rendre compte de ces évolutions. Certes, les atteintes corporelles liées aux contraintes physiques tendent à régresser, du fait de la mécanisation des tâches et du déclin des secteurs agricoles et industriels. La tertiarisation de l'économie a déplacé l'exposition au risque vers des sphères plus immatérielles, plus diffuses, et souvent plus insidieuses. À mesure que les métiers « pénibles » s'estompent, émergent de nouvelles formes de souffrance

manager, publiée le 23 février 2021, disponible sur : www.anact.fr. Ce document donne les clés pour identifier les sources et symptômes de ce mal-être, mais également pour accompagner les salariés en difficulté.

²²¹ OCDE, *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, 9 mars 2012.

²²² G. VALLERY, S. LEDUC, *Les risques psychosociaux*, PUF, Que sais-je ?, 4^e éd., 2023.

²²³ G. DERIOT, *Le mal-être au travail : passer du diagnostic à l'action*, Rapport d'information n°642 (2009-2010), Sénat, 7 juillet 2010, 127 pages.

²²⁴ F. DUBET, *Les mutations du travail*, La découverte, Recherches, 2019.

²²⁵ P. DAVEZIES, « Intensification. Danger : le travail rétréci », *Santé & Travail*, janvier 2007, n°57, p. 30-33.

²²⁶ C. Trav., Art L. 4161-1 C. trav.

professionnelle, moins visibles mais non moins réelles, liées à des injonctions organisationnelles et relationnelles inédites²²⁷.

132. Ces mutations s'inscrivent dans une trajectoire historique identifiable. Dès la fin du XIX^e siècle, les paradigmes taylorien et fordiste ont façonné une production de masse standardisée, visant à répondre aux besoins de consommation de l'après-guerre. Mais ce modèle s'est heurté à ses limites : déqualification du travail, automatisation des gestes, désengagement subjectif du salarié, absentéisme. Face à cette impasse, le toyotisme a proposé une alternative fondée sur le « juste-à-temps » et l'autonomisation des équipements, ouvrant la voie à une production plus souple, mieux adaptée aux exigences d'un marché de plus en plus volatil.

133. Cette flexibilité, renforcée par la révolution numérique, s'est rapidement imposée comme l'impératif cardinal du capitalisme contemporain. La diversité croissante des attentes des consommateurs (prix, qualité, personnalisation, délais) a conduit les entreprises à renforcer leur réactivité et leur adaptabilité²²⁸. L'optimisation permanente des coûts et des délais est devenue la condition de la compétitivité. Dans ce contexte, la transformation des systèmes de production n'a cessé d'exercer une pression croissante sur les structures de travail, mais aussi sur les individus qui y évoluent.

134. Trois vecteurs principaux participent aujourd'hui à l'intensification de cette pression organisationnelle. D'abord, la numérisation du travail, couplée à l'essor de l'intelligence artificielle, reconfigure en profondeur les métiers. Les salariés doivent sans cesse acquérir de nouvelles compétences, parfois au détriment de la stabilité de leur identité professionnelle. L'imprévisibilité des tâches, la dématérialisation des repères, la traçabilité continue des performances créent un climat de tension propice à l'épuisement psychique²²⁹ (A).

135. Ensuite, l'évolution des modes de management, sous l'influence du Lean Management, modifie profondément les rapports hiérarchiques et la charge psychologique du travail. Cette démarche, centrée sur l'amélioration continue de la performance, induit un contrôle permanent, une injonction à la productivité et une réduction drastique des marges de manœuvre du salarié.

²²⁷ M. NGOULOU-KOBI, *La pénibilité psychique dans les secteurs secondaire et tertiaire, ses manifestations et enjeux : étude réalisée à la société agroalimentaire P et à la chambre consulaire professionnelle A*, Thèse, Picardie Jules Verne, 2016.

²²⁸ Fusion d'autonomie et d'automation du juste-à-temps : consiste à équiper l'ensemble des machines de systèmes d'arrêts automatiques lorsqu'une anomalie ou un défaut est décelé.

²²⁹ N. DEDESSUS-LE-MOUSTIER, *TIC, santé et sécurité au travail*, In *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*, Tec & Doc. Sciences du risque et du danger, Innovation. Lavoisier, 2010

L'autonomie promise n'est bien souvent qu'un leurre managérial masquant une responsabilisation accrue sans moyens (B).

136. Enfin, la précarisation des relations de travail complète ce triptyque pathogène. L'affaiblissement de la norme du contrat à durée indéterminée, la montée en puissance des formes atypiques d'emploi, et la fragilisation des protections collectives génèrent une insécurité statutaire et économique particulièrement anxiogène. Dans un contexte d'instabilité professionnelle croissante, les arrêts maladie apparaissent parfois comme un dernier refuge contre l'usure ou le désespoir (C).

137. À ces mutations internes à l'entreprise s'ajoutent les évolutions des attentes sociales. Le salarié contemporain est soumis à une double exigence de performance et de disponibilité, nourrie non seulement par l'organisation, mais également par les clients et les usagers, dont les comportements participent à la dégradation du climat de travail²³⁰. Cette pression multiforme, qui outrepassa les frontières traditionnelles de la subordination, participe pleinement à la genèse des troubles psychosociaux.

A. Une emprise technologique dans la relation de travail

138. La transition numérique a bouleversé les repères traditionnels du travail salarié, affectant tant son organisation que son sens. Dans un contexte d'accélération technologique, les outils numériques ont transformé la manière de recruter, de produire, de communiquer et de contrôler, suscitant des gains d'efficacité mais aussi de profondes vulnérabilités. Le travailleur est désormais confronté à une hybridation des temps et des espaces, à une dilution du lien social et à une surveillance accrue²³¹. Derrière la promesse d'autonomie et d'agilité, les technologies participent parfois d'un nouveau régime de contrainte, fragmentant l'identité professionnelle et fragilisant les protections collectives²³². Cette emprise technologique, d'abord perçue comme un levier d'émancipation, dessine aujourd'hui les contours d'une précarisation insidieuse, que le droit peine à saisir pleinement²³³.

²³⁰ P. BOISARD, D. CARTRON, M. GOLLAC, A. VALEYRE, *Temps et travail : l'intensité du travail*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2002.

²³¹ C. TEYSSIER, *Les vies du salarié saisies par les technologies de l'informatisation et de la communication : Essai sur une protection par les droits fondamentaux*, Thèse, Pau, 2021.

²³² L. LEROUGE, *La numérisation du travail. Enjeux juridiques et sociaux en santé au travail*, L'Harmattan, 2021.

²³³ L. LEROUGE, « Un accord-cadre européen des partenaires sociaux sur le numérique : quel encadrement pour la protection de la santé au travail ? », *Semaine sociale Lamy*, 2020, n°1927, p. 5-8.

139. Michel Serres soulignait, dans une interview, que le passage de l'imprimé au numérique constitue une rupture civilisationnelle aussi décisive que celles qui ont marqué la fin de l'Antiquité ou la Renaissance²³⁴. Si son propos dépasse le seul champ du travail, il prend une résonance particulière dans les relations professionnelles, tant les technologies ont contribué à dissoudre les repères antérieurs du salariat²³⁵. En quelques années, elles ont bouleversé les modalités d'exercice des fonctions, les compétences attendues, et la manière même d'être au travail.

140. D'abord conçue comme un levier de performance, la technologie a accompagné l'évolution des métiers : certains ont disparu, d'autres se sont radicalement transformés. L'émergence des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) a exigé un apprentissage collectif et rapide, notamment en informatique, évinçant de fait certains salariés, incapables de suivre ce virage numérique. La perte de leur emploi, souvent lié à l'obsolescence de leurs compétences, a pu engendrer un sentiment d'échec et une difficulté à se reclasser, particulièrement pour les travailleurs expérimentés ou en fin de carrière²³⁶. Cette mutation a également généré un sentiment de dépossession du travail : la machine semble dicter le rythme et la méthode, reléguant le salarié au rôle d'exécutant sous assistance.

141. Le numérique a aussi transformé les modes de communication au sein des entreprises. Les échanges informels – autour d'un café, dans les couloirs – ont cédé la place à des communications dématérialisées et normées : messagerie instantanée, courriels, plateformes collaboratives. Cette rationalisation, censée accroître l'efficacité, a contribué à l'isolement des travailleurs et à un appauvrissement du lien social. Il devient plus difficile d'évoquer un mal-être au travail lorsque la relation de confiance n'a jamais pu se nouer. Le télétravail accentue encore cette déconnexion émotionnelle, en supprimant les espaces d'échange spontanés.

142. L'impact des technologies est perceptible dès l'amont de la relation de travail, lors du recrutement. Alors que les années 1990 laissaient place à des pratiques souvent empiriques, fondées sur des relations personnelles ou la proximité géographique, les processus actuels sont

²³⁴ M. SERRES, interview, Libération, 3 septembre 2011 (philosophe, historien des sciences et membre de l'Académie française).

²³⁵ D. BROCHIER, « *Les mutations du travail : quel impact sur les hommes et les organisations ?* », Journée d'étude de l'ADBS, *L'impact du numérique sur l'évolution des modes de travail, Documentaliste - Sciences de l'information*, 2006, Vol. 43, p. 242-246.

²³⁶ Y. FERGUSON, « Ce que l'intelligence artificielle fait de l'homme au travail. Visite sociologique d'une entreprise », *Les mutations du travail*, 2019, p. 23-42.

largement automatisés. Candidatures en ligne, tri algorithmique, entretiens vidéo différés, tests numérisés : la sélection est désormais optimisée selon des critères de rentabilité et de correspondance, au détriment du contact humain. Cette industrialisation du recrutement, si elle élargit le vivier de candidatures, tend à invisibiliser les subjectivités et à transformer l'entrée dans l'emploi en une opération strictement technique.

143. Le rapport au contrôle s'est lui aussi profondément modifié. Loin d'alléger la supervision, les outils numériques ont instauré un hyper-contrôle des salariés²³⁷ : saisie obligatoire des tâches, traçabilité des agendas, connexion/déconnexion automatisée, monitoring de l'activité²³⁸. La logique de la performance, enserrée dans des logiciels de gestion, engendre un stress chronique²³⁹ et réduit les marges de liberté. L'autonomie affichée n'est bien souvent qu'un leurre, contredite par un encadrement algorithmique omniprésent.

144. Le numérique bouleverse également notre rapport à l'information. La masse de données à traiter – notamment dans le cadre des recrutements en ligne – s'est considérablement accrue. Loin de simplifier le travail, cette surcharge informationnelle allonge les délais, accroît la pression et engendre un effet paradoxal : davantage d'efforts pour un résultat équivalent.

145. Plus fondamentalement encore, les technologies ont effacé les frontières entre les sphères de vie. Là où Max Weber décrivait une séparation nette entre sphère domestique et sphère professionnelle, le numérique les entremêle désormais²⁴⁰. L'exemple d'Uber²⁴¹ est éclairant : un véhicule personnel devient outil de travail sans changer de nature ni de lieu. Les espaces de repos se raréfient, l'intrusion du travail dans la vie privée devient constante²⁴². Le domicile, autrefois sanctuaire, devient bureau ; le temps personnel, prolongement d'un temps professionnel sans fin.

²³⁷ A. BOBOC, « Numérique et travail : quelles influences ? », *Sociologies pratiques*, 2017, n°34, p. 3-12.

²³⁸ A. THEVIOT, « Les mutations du travail au prisme des big data », *Les mutations du travail*, 2019, p. 59-75.

²³⁹ S. PONTHEIU, *op. cit.*

²⁴⁰ M. WEBER, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, 1905.

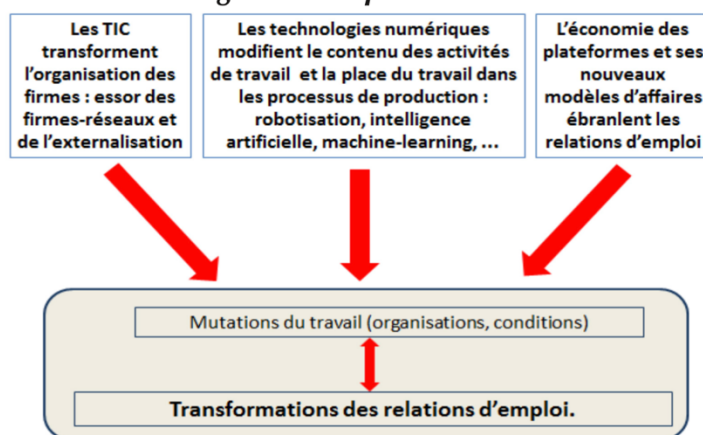
²⁴¹ L'exemple était pris par Patrice Flichy dans *Les nouvelles frontières du travail à l'ère numérique* (Seuil, 2017). Une voiture peut être utilisée pour un trajet personnel, rendre service ou aussi transporter une personne après une mise en relation via une plateforme de service. Il en existe de nombreuses ; la plus connue étant Uber. Or, le caractère marchand de l'activité de chauffeur n'est pas toujours suffisant pour être considéré comme un vrai travail rémunéré. Il s'agit donc d'une activité réalisée sur le temps personnel grâce aux technologies mais ne remplaçant souvent pas le travail premier de l'individu.

²⁴² L. BOLTANSKI, E. CHIAPELLO, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard, 1999.

146. C'est en cela que les TIC ont bouleversé les principes d'unité de temps et de lieu traditionnellement associés au travail salarié²⁴³. La tertiarisation a déjà contribué à cette délocalisation de l'activité. Les outils numériques l'ont amplifiée. Les missions peuvent être exécutées partout et à toute heure, favorisant une porosité entre vie privée et vie professionnelle. L'ordinateur professionnel, parfois aussi personnel, reste ouvert tard dans la nuit. Loin d'être un choix, cette disponibilité permanente est souvent une obligation implicite, dictée par une culture de la performance et par des flux de communication incessants, y compris en dehors des horaires contractuels.

147. Ces transformations ont été théorisées par divers travaux de recherche, notamment dans les publications du Collège de France. Elles illustrent la manière dont le numérique, tout en poursuivant des objectifs d'optimisation, redessine les contours mêmes de l'emploi, du lien salarial, et de la personne au travail.

Schéma 5. Comment les technologies numériques transforment-elles le travail et l'emploi ?



Source : « Quelles mutations du travail et de l'emploi ? », Collège de France, page 87.

Si l'on y voit parfois les germes d'un nouveau progrès, il est urgent d'en penser les effets ambivalents, tant en termes de santé au travail²⁴⁴ que de dignité du travailleur²⁴⁵.

²⁴³ Collège de France, « Quelles mutations du travail et de l'emploi ? », Cours de Sociologie et sciences politiques, disponible sur : www.college-de-france.fr.

²⁴⁴ B. IUNG, « Vers une numérisation 4.0 de la production : quels impacts sur la santé et la sécurité au travail ? », communication au 36^e Congrès national de médecine et santé au travail, Strasbourg, novembre 2020.

²⁴⁵ M. BONNECHÈRE, « Santé-sécurité dans l'entreprise et dignité de la personne au travail », *Droit ouvrier*, novembre 2003, n°664, p. 453-486.

B. Une gouvernance managériale sous tension

148. Dans une société marquée par l'intensification de la concurrence et l'accélération des transformations économiques, les entreprises sont incitées à rechercher en permanence des gains de productivité. Cette quête de performance, devenue structurelle, a favorisé l'essor de méthodes de management centrées sur l'efficacité²⁴⁶, la rationalisation des processus et l'atteinte d'objectifs mesurables. Le Lean management, emblématique de cette logique, s'est imposé depuis une vingtaine d'années comme un outil privilégié d'optimisation. Or, derrière cette apparente neutralité organisationnelle, ces méthodes participent à une transformation en profondeur du rapport au travail et de ses conditions d'exercice, avec des effets délétères sur la santé psychique des salariés.

149. En tension croissante avec les aspirations contemporaines à l'autonomie, à la reconnaissance et à l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, l'entreprise tend à rigidifier ses modes d'organisation au moment même où les travailleurs réclament plus de souplesse²⁴⁷. Ce désajustement alimente un mal-être diffus, parfois silencieux, qui s'inscrit au cœur même des dispositifs managériaux modernes. La compréhension des effets du Lean management (1), et plus largement des méthodes fondées sur l'injonction à la performance, invite ainsi à interroger leurs impacts sur la santé mentale des salariés (2).

1. Le modèle Lean : rationalisation et pression

150. Né dans les années 1990 d'une synthèse des pratiques organisationnelles des grands constructeurs automobiles, le Lean Management s'inspire directement du modèle japonais du Toyota Production System²⁴⁸. À l'instar du taylorisme ou du fordisme, dont il constitue un prolongement critique, le Lean ne se réduit pas à une méthode figée : il s'agit avant tout d'une philosophie de gestion orientée vers la performance globale de l'entreprise, fondée sur l'élimination systématique des gaspillages et la recherche continue d'efficacité. À la différence des modèles d'organisation antérieurs, il met l'accent sur la souplesse, la réactivité et la production tirée par la demande, plutôt que sur une production de masse standardisée.

²⁴⁶ L. JACQOT, *L'Enrôlement du travail. Comprendre la machinerie managériale*, Presses universitaires de Nancy, 2014, p. 111.

²⁴⁷ E. ALBERT, « Les grandes mutations du monde du travail », *Stress, burn-out, harcèlement moral*, 2016, p. 241-247.

²⁴⁸ A. STIMEC, « Excellence productive et santé au travail : le cas du lean management », *Les mutations du travail*, 2019, p. 155-175.

151. La doctrine peine cependant à proposer une définition univoque du Lean Management. Ainsi, Hohmann le décrit tantôt comme « *un système visant à générer la valeur ajoutée maximale au moindre coût et au plus vite, cela en employant les ressources justes nécessaires pour fournir aux clients ce qui fait de la valeur à leurs yeux* »²⁴⁹, tantôt comme un prisme d'analyse des flux opérationnels « *pour tendre vers la perfection* »²⁵⁰. Le concept est par nature mouvant, « *si riche qu'il est difficile de le résumer de manière concise et pertinente* », selon les propres termes de l'auteur²⁵¹. Ce flou terminologique, loin d'être anecdotique, traduit en réalité une plasticité conceptuelle qui facilite son appropriation par des entreprises aux finalités diverses – au risque de dénaturer ses principes initiaux.

152. Le Lean repose sur un socle de principes directeurs censés orienter l'organisation du travail vers une plus grande efficience²⁵². Lyonnet en identifie six²⁵³ : l'élimination du gaspillage, le juste-à-temps, l'amélioration continue (kaizen), la qualité parfaite, le management visuel et le management des Hommes, c'est-à-dire la valorisation du collectif de travail et de la polyvalence. D'autres auteurs, tel Jeffrey Liker, en recensent quatorze, traduisant l'ampleur des dimensions concernées (culture, leadership, standardisation, résolution de problèmes, etc.)²⁵⁴. En pratique, toutefois, la mise en œuvre du Lean tend à se concentrer sur une version appauvrie et instrumentalisée, focalisée sur les résultats à court terme²⁵⁵. En France notamment, cette application réductrice conduit à une simplification des objectifs et à un usage utilitariste du modèle.

153. Sur le terrain, cela se traduit par un élagage rigoureux de toutes les étapes du processus productif jugées inutiles au regard de la valeur perçue par le client final : stocks, délais d'attente, doublons ou tâches jugées non productives²⁵⁶. Cette quête de sobriété organisationnelle, qui s'appuie sur une amélioration continue sans répit, conduit mécaniquement à une intensification du travail : les marges de manœuvre sont réduites, les temps morts supprimés, les procédures

²⁴⁹ C. HOHMANN, *Lean Management*, Eyrolles, 2014, p. 90.

²⁵⁰ *Id.*, p.91. Hohmann reprend la définition de Womack, à l'origine du Lean management (1990).

²⁵¹ L'absence de définition déposée a également été mis en exergue par Lyonnet (2010) après l'analyse d'une bibliographie de 26 références sur le sujet.

²⁵² P. BACOU, *Mise en œuvre d'un système normalisé optimisé par les démarches du Lean Management*, Thèse, Grenoble Alpes, 2016.

²⁵³ B. LYONNET, *Lean Management*, Dunod, 2015.

²⁵⁴ J. LIKER, « Le modèle Toyota », Village Mondial, 2006 (traduction française de « The Toyota Way »).

²⁵⁵ G. BEAUVALLET, T. HOUY, « L'adoption des pratiques de gestion Lean : cas des entreprises industrielles françaises », *Revue française de gestion*, 2009, n°197, p. 83-106.

²⁵⁶ A. STIMEC, « Excellence productive et santé au travail : le cas du Lean management », *op. cit.*

optimisées au point de comprimer les espaces de respiration nécessaires à l'activité humaine. La logique de performance l'emporte ainsi sur les considérations ergonomiques ou sociales, reléguant au second plan les enjeux de santé au travail.

154. Si le Lean peut indéniablement favoriser la rationalisation des processus et une meilleure maîtrise des coûts, il engendre aussi, de façon structurelle, une série d'effets délétères sur les conditions de travail. La pression constante à l'amélioration, la normalisation des gestes et la réduction de l'autonomie sont autant de facteurs de stress organisationnel²⁵⁷, de fatigue psychique et de tensions collectives. En cela, le Lean management interroge profondément la soutenabilité du travail contemporain.

2. L'impact psychique des pratiques managériales

155. Le Lean management, largement diffusé dans les organisations depuis les années 1990, suscite une littérature abondante quant à ses effets sur la santé au travail. Si cette méthode se présente comme un levier d'efficacité, sa mise en œuvre s'accompagne fréquemment d'une intensification des contraintes professionnelles. Son impact psychique est donc ambivalent, d'autant que son contenu reste largement contingenté aux pratiques spécifiques de chaque entreprise. Toutefois, au-delà de la diversité des mises en œuvre, certaines constantes peuvent être dégagées, et leurs effets sur la santé mentale des salariés ne peuvent être ignorés²⁵⁸.

156. Une exigence de performance perpétuelle. Le cœur du Lean management repose sur une quête permanente d'efficacité et de rentabilité. Il exige des salariés qu'ils soient rapides, efficaces et polyvalents, dans un contexte où la productivité est valorisée à chaque étape du processus de production. L'urgence devient un mode opératoire quotidien²⁵⁹, où les résultats priment sur la confiance ou la reconnaissance hiérarchique. L'impératif de performance s'accompagne ainsi d'une pression constante sur les individus, souvent jusqu'à leur épuisement. Comme le souligne Christophe Dejours, l'exigence de qualité totale, qui impose au salarié un idéal de perfection inatteignable, est susceptible de générer un profond mal-être professionnel, nourri par une insatisfaction chronique, des contrôles incessants, et une mise en

²⁵⁷ N. TESSIER, « L'impact des modes de gestion des cadres sur le stress au travail », *Revue management & avenir*, 2006, n° 8, p. 143-158.

²⁵⁸ F. HEAS, *Santé mentale et organisation du travail*, Dalloz, Thèmes et commentaires, 2022.

²⁵⁹ V. HELARDOT, « Précarisation du travail et de l'emploi : quelles résonances dans la construction des expériences sociales ? », *Empan*, 2005, n°60, p. 30-37.

lumière systématique des écarts²⁶⁰. La répétition de ces mises en échec fragilise l'estime de soi et peut conduire à des états de détresse psychologique.

157. L'amélioration continue comme spirale d'intensification. Cette dynamique de tension est renforcée par la logique d'amélioration continue qui imprègne le Lean : les gains obtenus ne sont jamais considérés comme suffisants. Les objectifs sont individualisés, réhaussés sans cesse, jusqu'à devenir parfois inaccessibles²⁶¹. Ce faisant, le salarié est enfermé dans une spirale où la charge de travail s'intensifie, sans réelle possibilité de valorisation ou de satisfaction professionnelle durable. L'injonction à la performance devient ainsi une source majeure de stress chronique.

158. Une autonomie illusoire et un travail vidé de son sens. Si le Lean prétend promouvoir l'autonomie et la responsabilisation des travailleurs, cette autonomie se révèle largement fictive dans les faits²⁶². Le salarié n'est autonome que pour exécuter plus vite, avec moins de ressources et sans marge de manœuvre. Derrière les discours managériaux valorisant l'initiative, la réalité est celle d'une standardisation rigide des tâches, encadrée par des procédures contraignantes, des reportings constants et une logique de contrôle omniprésente²⁶³. Cette bureaucratie technicisée tend à occulter la finalité du travail au profit de la conformité procédurale²⁶⁴. Dans ce contexte, l'initiative individuelle est souvent réduite à une simple injonction paradoxale²⁶⁵ : innover sans sortir du cadre.

159. La perte de sens au travail. La perte de sens constitue l'un des effets les plus délétères du système. Le travail n'est plus perçu comme vecteur d'utilité ou d'épanouissement, mais comme un enchaînement de contraintes techniques et de vérifications stériles. L'absence de retour qualitatif sur le travail accompli, conjuguée à la suppression des interactions sociales et à l'individualisation des objectifs, mine la reconnaissance professionnelle et le sentiment

²⁶⁰ Ch. DEJOURS (professeur titulaire de la chaire de psychanalyse-santé-travail au conservatoire national des arts et métiers), audition dans le cadre de la Mission d'information sur le mal-être au travail du Sénat, 3 février 2010.

²⁶¹ B. LYONNET, *Lean Management*, op. cit.

²⁶² E. ALBERT, *Les grandes mutations du monde du travail*, op. cit.

²⁶³ S. TOURNAUX, « Évaluations et qualité de vie au travail », *Droit social*, février 2015, n° 2, p. 124-130.

²⁶⁴ Face à la complexité du système Lean, des auteurs ont rédigé des guides méthodologiques des grands principes et de leurs adaptations possibles. C'est le cas de la Maître de Conférence Barbara Lyonnet dans son ouvrage *Lean Management*, aux éditions Dunod (2015). Pour éviter toute pénalisation du fait de la mauvaise image du Lean management, des entreprises en prennent certains principes mais nomment leur démarche différemment. Cela contribue au climat de suspicion à l'égard de ces méthodes de management.

²⁶⁵ E. MONTREUIL, « Comprendre les transformations du monde du travail pour prévenir les risques psychosociaux : le cas du Lean management », *Stress, burn-out, harcèlement moral*, 2016, p. 181-199.

d'appartenance. L'effacement des collectifs de travail, remplacés par des structures éclatées et concurrentielles, isole les salariés, augmente la charge mentale, et accroît le risque de désengagement²⁶⁶. Les salariés soumis à cette méthode sont rapidement confrontés à des problèmes de TMS et de charge mentale²⁶⁷. Le coût de l'idéologie de l'excellence a longtemps été minoré²⁶⁸.

160. L'érosion du lien social et la fragilisation identitaire. La quête d'une performance sans faille réduit considérablement les espaces de relation humaine. Les interactions informelles, pourtant essentielles à la régulation des tensions professionnelles, disparaissent au profit d'une productivité maximale. L'individualisation des objectifs et la surcharge de travail contribuent à l'isolement et à l'effritement des solidarités. Le travail devient une activité solitaire, déshumanisée, marquée par l'absence de soutien ou de reconnaissance. Ce phénomène n'épargne plus aucun niveau hiérarchique : les cadres, autrefois relativement protégés des logiques tayloriennes, sont désormais soumis à une injonction de performance qui dépasse leur capacité de régulation.

161. Synthèse critique. Le Lean management illustre une contradiction fondamentale. Derrière l'affichage d'autonomie et d'innovation, il impose en réalité un carcan bureaucratique où procédures, reportings et audits priment sur le sens et la finalité du travail. L'humain en est progressivement effacé : les interactions se raréfient, les solidarités se brisent, et la souffrance se tait²⁶⁹. Cette logique de performance infinie, jadis réservée aux ouvriers du fordisme, atteint désormais les cadres eux-mêmes. Or, comme le rappelle la chaire de gestion de la santé au travail de l'Université de Laval, « à chaque instant, par ses comportements, ses décisions, ses pratiques, le manager peut être un facteur de risque ou de protection pour la santé de ses équipes » (Brun, 2008)²⁷⁰. L'organisation du travail devrait donc être articulée autour de l'humain, et non de la seule logique économique²⁷¹. Faute de quoi, l'entreprise engendre un climat

²⁶⁶ Y. FRONDA, « Un espace pour le sujet au travail face aux injonctions de changement ? De la résistance au désengagement du salarié », in *Les nouvelles organisations du travail : entre souffrance et performance*, L'Harmattan, Logiques sociales, 2011, p. 129-162.

²⁶⁷ A. STIMEC, « Excellence productive et santé au travail : le cas du Lean management », *op. cit.*

²⁶⁸ N. AUBERT, V. DE GAULEJAC, *Le coût de l'excellence*, Seuil, 1991.

²⁶⁹ Le Cabinet Stimulus a réalisé une étude en 2007-2008 pour PSA. Le niveau de stress était nettement différent d'un atelier à l'autre. Les mêmes procédures de fabrication étaient respectées par chaque. Cependant, ces ateliers n'étaient pas managés de manière identique.

²⁷⁰ Sur le même sujet : B. DE BOISREDON, P. GALLOIS, O. HERLIN, Th. HEURTEAUX, A. WERNER, *Manager des situations tendues*, Liaisons, Entreprise et Carrière, 2011, p. 95.

²⁷¹ K. MARX, *Le Capital. Critique de l'économie politique*, 1867.

anxiogène où l'investissement sans limite des salariés se conjugue avec la précarité croissante de leurs garanties professionnelles.

C. Une précarité croissante de l'emploi

162. La précarité de l'emploi constitue l'un des marqueurs les plus manifestes de la dégradation contemporaine des conditions de travail. D'abord concept sociologique, la précarité s'est imposée comme catégorie juridique et politique dans les années 1980, à mesure que s'installait une instabilité structurelle de l'emploi salarié²⁷². Le terme désigne classiquement une situation dont la pérennité, la stabilité et la fiabilité ne sont pas garanties. Appliquée à l'emploi, cette précarité est à la fois celle du présent — l'incertitude immédiate du maintien dans l'emploi — et celle de l'avenir — l'impossibilité d'envisager une trajectoire professionnelle sécurisée²⁷³. Cette double insécurité, contractuelle et existentielle, constitue un puissant facteur de vulnérabilisation psychique des travailleurs.

163. Une précarisation multidimensionnelle du salariat. La première forme de précarité tient à l'instabilité croissante du contrat de travail. Depuis les années 1990, la diffusion massive des « contrats » à durée déterminée — intérim, contrats d'usage, stages, apprentissages, emplois aidés²⁷⁴ — traduit un mouvement de normalisation de la précarité contractuelle²⁷⁵. Cette instabilité touche de façon structurelle les jeunes, les femmes, les personnes peu qualifiées, et plus généralement toutes les populations considérées comme « employables » mais non encore insérées. À cette précarité contractuelle s'ajoute une précarité temporelle : la multiplication des temps partiels subis²⁷⁶, des horaires fragmentés, des rythmes de travail discontinus ou atypiques, altère la capacité des salariés à organiser leur quotidien, à prévoir, à concilier vie personnelle et professionnelle²⁷⁷. La précarité devient alors un mode de vie subi, dans lequel le

²⁷² CNIS, « La précarité de l'emploi », 12^e réunion du groupe de travail, 2008, publiée en 2017.

²⁷³ Définition du mot « précaire » selon le Trésor de la Langue Française informatisé.

²⁷⁴ Selon l'INSEE, fin 2014, la France comptait 3,2 millions de personnes occupant un emploi précaire. Le taux d'emplois précaires a constamment augmenté. Il est passé de 5,3% en 1982 à 12% en 2013. Ce phénomène a été interrompu en 2020 à la suite de la crise sanitaire mondiale liée au Covid-19. La crise conjoncturelle que nous avons vécu a eu pour effet de diminuer les emplois précaires : les intérimaires et contrats à durée déterminée n'ont pas été renouvelés. Cela a cependant conduit à une hausse importante du chômage.

²⁷⁵ B. FOURCADE, « L'évolution des situations d'emploi particulières de 1945 à 1990 », *Travail et emploi*, 1992, n°52, p. 4-18 ; F. MICHON, C. RAMAUX, « CDD et interim, bilan d'une décennie », *Travail et emploi*, n°52, 1992.

²⁷⁶ S. AUDRIC, G. FORGEOT, « Le développement du travail à temps partiel », *Données sociales 1999*, 1999.

²⁷⁷ C. AFSA, P. GIVORD, « Le rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie : le cas des horaires irréguliers », *Économie et Prévision*, 2009, n° 187, p. 83-103.

travail ne permet plus de vivre dignement, ni même parfois de subvenir aux besoins fondamentaux²⁷⁸.

164. Ce phénomène ne se limite pas aux contrats courts : les emplois dits « stables » sont eux aussi fragilisés par les restructurations permanentes, les plans sociaux, la flexibilité interne et la pression économique. Robert Castel évoquait à juste titre une « *déstabilisation des stables* »²⁷⁹, c'est-à-dire un effritement progressif du statut protecteur du CDI lui-même²⁸⁰. L'emploi salarié, loin de constituer un refuge contre les aléas économiques, devient un lieu d'incertitude chronique, génératrice d'anxiété, de tensions et d'épuisement psychique²⁸¹.

165. Une instabilité structurelle de la relation de travail. La précarité se manifeste également dès l'amont de la relation de travail, dans un processus de recrutement marqué par l'asymétrie. Pour de nombreux postes, notamment peu qualifiés, la relation d'embauche se réduit à un rapport de force : « à prendre ou à laisser ». Les marges de négociation sont nulles, et le salarié accepte des conditions de travail dégradées faute d'alternative. Ce déséquilibre persiste dans le temps : l'emploi peut être supprimé aussi vite qu'il a été proposé, au gré des évolutions technologiques, des réorganisations, ou des arbitrages financiers. Le développement du numérique a d'ailleurs facilité cette volatilité : la digitalisation du travail s'est accompagnée de vagues massives de suppressions de postes, sans que les salariés puissent réellement anticiper ou résister à ces mutations.

166. Le travail devient ainsi un bien incertain, une ressource sans garantie. L'érosion du pouvoir d'achat — liée à la stagnation des salaires dans un contexte d'inflation continue — renforce cette insécurité. Nombre de salariés travaillent sans pour autant parvenir à vivre décemment²⁸². Le lien historique entre emploi et sécurité économique est rompu : le travail ne protège plus de la pauvreté, ni de l'exclusion sociale.

²⁷⁸ S. PAUGAM, *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, PUF, Quadrige, 5^e éd. 2013 ; C. LAGARENNE, N. LEGENDRE, « Les travailleurs pauvres en France : facteurs individuels et familiaux », *Économie et statistique*, 2000, n°335, p. 3-25.

²⁷⁹ R. CASTEL, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Fayard, 1995.

²⁸⁰ R. CASTEL, *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?*, Le Seuil, La République des idées, 2003.

²⁸¹ V. HELARDOT, *op. cit.*, p. 30-37.

²⁸² En octobre 2021, une prime de 100 euros dite d'*inflation* a été mise en place pour les personnes percevant moins de 2.000 euros nets par mois. L'objectif était de compenser la baisse générale du pouvoir d'achat. 38 millions de français ont été concernés, soit plus de la moitié de la population française entière (« Une indemnité inflation de 100 euros pour 38 millions de français », 21 octobre 2021, [gouvernement.fr](https://www.gouvernement.fr)).

167. Une impossibilité de se projeter dans l'avenir. La précarité de l'emploi ne se limite pas à une instabilité immédiate ; elle s'étend à la représentation du futur. Le taux de chômage structurellement élevé²⁸³, la raréfaction des postes qualifiés stables, les reconversions imposées et les transitions professionnelles incessantes limitent la capacité des individus à se projeter. Cette incertitude constitue un verrou psychique : pour les salariés en souffrance, l'idée même de quitter un emploi délétère se heurte à l'impossibilité d'en retrouver un meilleur. La peur du vide économique est omniprésente²⁸⁴. D'autant que la démission, en dehors de cas exceptionnels, prive de l'accès aux droits sociaux, notamment à l'assurance chômage.

168. L'instauration en 2008 de la rupture conventionnelle, qui permet une séparation négociée et indemnisée, a constitué une avancée notable²⁸⁵. Mais cette procédure, bien que sécurisante en apparence, s'inscrit elle-même dans une logique de flexibilisation des ruptures, parfois instrumentalisée par les employeurs. Elle ne résout donc pas le fond du problème : l'insécurité professionnelle demeure.

169. Une crainte permanente de perdre son emploi. Cette précarité généralisée alimente une peur constante : celle de la perte de l'emploi. Cette crainte, bien au-delà du simple souci d'avenir, affecte profondément le rapport subjectif au travail. L'emploi devient un refuge fragile que l'on conserve à tout prix, y compris au détriment de sa santé. Les perspectives d'évolution sont rares, et les salariés ne se projettent plus dans une dynamique de carrière ascendante. Le rêve d'un emploi valorisant, stable et justement rémunéré cède la place à un quotidien de vigilance et de renoncement²⁸⁶.

170. Cette peur est particulièrement aiguë dans les secteurs les plus concurrentiels, où les salariés sont perçus comme interchangeable. Leur remplaçabilité devient un levier de pression managériale. Comme l'analyse Marie Pezé, les salariés en souffrance n'osent plus exprimer leurs émotions, leurs protestations ou même leurs besoins, de peur d'être stigmatisés, voire

²⁸³ Au deuxième trimestre 2023, le taux de chômage au sens du BIT était de 7,2% en France hors Mayotte (Source : INSEE, « Taux de chômage selon le sexe et l'âge », enquêtes Emploi annuelles, 11 août 2023). Il était, en janvier 2022, le 6^{ème} plus haut taux de l'Union européenne, loin devant l'Allemagne (3,1%) (Source : Statista Research Department, 17 mai 2023).

Parallèlement, la durée moyenne pour trouver un emploi en France était de 7 mois en 2017 (Source : BVA, « Le parcours et les attentes d'une recherche d'emploi aboutie », Rapport d'ensemble, juin 2017).

²⁸⁴ R. CASTEL, *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?*, Le Seuil, 2003.

²⁸⁵ C. Trav., Art. L.1237-11.

²⁸⁶ M. Laanani, G. Walid, É. Jouglu et Gr. Rey, « Association entre taux de chômage et suicide, par sexe et classe d'âge », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Institut National de Veille Sanitaire, janv. 2015.

sanctionnés²⁸⁷. Le contrat de travail devient ainsi une forme de captivité psychique, dans laquelle le moindre faux-pas peut être interprété comme une faute professionnelle.

171. Un effet de système aux conséquences délétères. Cette insécurité permanente, vécue individuellement mais produite collectivement, nourrit un mal-être général au travail²⁸⁸. Elle engendre une instabilité émotionnelle, une fatigue psychique, un désengagement progressif, voire une détérioration pathologique de la santé mentale. D'autant qu'elle se conjugue à d'autres facteurs de tension : surcharge cognitive, stress lié aux mobilités²⁸⁹, pression temporelle, mais aussi inégal partage des tâches domestiques, en particulier pour les femmes²⁹⁰. La précarité n'est donc pas un état transitoire : elle est devenue une modalité structurelle de l'emploi contemporain. Et ses effets, durables et profonds, appellent une réinterrogation des politiques d'emploi et de santé au travail²⁹¹.

II. Une reconnaissance progressive de la souffrance au travail

172. Le travail occupe une place centrale dans la construction de l'identité individuelle et l'organisation du lien social. Il est source d'intégration, de reconnaissance et d'émancipation, mais il peut également être vecteur de contraintes et de souffrances²⁹². Cette ambivalence est ancienne, comme en témoigne l'étymologie du mot « travail », issu du tripalium, instrument de

²⁸⁷ M. PEZÉ (psychologue en charge de la consultation « Souffrance et travail » au centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre), interview dans le cadre de la Mission d'information sur le mal-être au travail du Sénat, 20 janvier 2010.

²⁸⁸ L. LEROUGE, « Les effets de la précarité du travail sur la santé : le droit du travail peut-il s'en saisir ? », *Perspectives interdisciplinaires sur le Travail et la Santé*, mai 2012, n°1, Vol. 11.

²⁸⁹ Concernant le stress des transports, l'observatoire régional de santé au travail d'Ile-de-France (ORSTIF) a réalisé une enquête en 2009 fondée sur un questionnaire. Plus de 5.000 personnes y ont répondu. Ses résultats montrent que les salariés franciliens consacrent en moyenne deux heures par jour à leurs trajets domicile-travail (dont 1 heure 30 dans les transports en commun). Parmi les désagréments les plus cités, l'entassement des voyageurs, les retards, le sentiment de perte de temps dans les transports ou encore la fatigue. Pour 60 % des personnes interrogées, ces difficultés ont des conséquences sur leur vie professionnelle : accroissement de la fatigue et du stress (facteurs aggravant du mal-être au travail). Par ailleurs, le cabinet de conseil Technologia a publié en septembre 2016 un manifeste sur le sujet. Ce dernier souligne : « *l'analyse de l'impact des transports sur la santé des salariés et des entreprises fait apparaître que les salariés, sur certains axes très critiques, « n'en peuvent plus »* ». Plus encore, le problème des transports en Ile-de-France « *dégrade l'équilibre entre les efforts fournis par les salariés et la reconnaissance de l'entreprise qui en découle, ce qui est un facteur central des risques psychosociaux* ».

²⁹⁰ A savoir que les derniers travaux sur le sujet de la double journée de la femme datent de la fin des années quatre-vingt dix. Ils sont anciens. La prise de conscience récente de cette problématique tend à améliorer la répartition des tâches ménagères au sein des couples. Le fait d'assumer seule l'éducation d'un ou plusieurs enfants et/ou l'entretien du foyer rend des conditions de travail déjà problématiques encore plus difficiles à supporter.

²⁹¹ S. PAUGAM, *op. cit.*

²⁹² G. DERIOT, *Le mal-être au travail : passer du diagnostic à l'action*, Rapport d'information n°642 (2009-2010), Sénat, 7 juillet 2010,

torture. Loin d'être anecdotique, cette tension structurelle demeure vive dans un contexte contemporain marqué par l'intensification des exigences, la précarisation de l'emploi et la dilution des collectifs de travail. La dimension psychique de la charge professionnelle est devenue une source majeure de vulnérabilité.

173. Longtemps cantonnée aux atteintes physiques, la question de la santé au travail s'ouvre désormais à la souffrance psychique, encore trop souvent invisibilisée ou stigmatisée. Malgré la définition holistique de la santé retenue par l'OMS – intégrant les dimensions physique, mentale et sociale –, les cadres juridiques peinent à appréhender pleinement les troubles d'origine professionnelle à composante psychique. Ce n'est qu'à la faveur de crises médiatisées, notamment les suicides survenus en entreprise, que cette réalité est devenue visible. Ces drames ont contribué à déplacer le regard social et à initier une reconnaissance juridique progressive de la souffrance mentale liée au travail.

Cette évolution, encore inachevée, sera examinée en deux temps : d'abord à travers l'émergence d'un débat public sur la souffrance psychique (A), puis en analysant les ajustements du droit sous l'effet de l'impulsion européenne et des mobilisations internes (B).

A. Une prise de conscience sociétale

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

- Organisation mondiale de la Santé, Préambule de la Constitution signée à New York City le 22 juillet 1946.

174. Depuis 1946, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) adopte une conception holistique de la santé qui dépasse la seule absence de pathologie pour inclure un état de bien-être complet, tant physique que psychologique et social. Appliquée au monde du travail, cette approche engage à penser la santé du salarié dans toutes ses dimensions, y compris celles qui échappent à l'évidence clinique.

175. La souffrance psychique se heurte d'abord à un obstacle ontologique : son invisibilité. Parce qu'elle ne laisse pas nécessairement de trace visible, elle est fréquemment minimisée, niée, voire totalement ignorée. Si elle peut engendrer des symptômes somatiques, ceux-ci ne lui sont ni spécifiques ni exclusifs. Cette indistinction rend d'autant plus difficile la

reconnaissance du lien de causalité entre le mal-être psychologique et l'activité professionnelle. Dans un univers juridique où la preuve joue un rôle central, cette incertitude probatoire a contribué à invisibiliser durablement les atteintes psychiques liées au travail. Dès lors, la santé mentale n'a souvent été appréhendée que sous un angle positif, à travers des politiques de « bien-être au travail » ou de « qualité de vie au travail », laissant dans l'ombre ses versants pathologiques.

176. Pourtant, les enjeux liés à la souffrance psychique au travail sont majeurs : au plan humain, elle affecte profondément la dignité et l'intégrité des travailleurs²⁹³ ; au plan économique, elle génère absentéisme, désengagement, turn-over et coûts importants pour la sécurité sociale. Conscients de ces externalités négatives, de nombreux acteurs – organismes de santé publique, institutions internationales, cabinets d'audit ou encore assurances – se sont emparés de la question, chacun selon ses objectifs. Tous convergent vers un même constat alarmant : les risques psychosociaux sont en hausse constante, et les pathologies associées, loin d'être marginales, sont devenues systémiques²⁹⁴ (1).

177. Contrairement aux risques professionnels classiques, circonscrits à certains secteurs ou métiers, la souffrance psychique traverse l'ensemble du salariat²⁹⁵. Aucun milieu professionnel n'est épargné. Le phénomène frappe à tous les niveaux hiérarchiques, dans les entreprises publiques comme privées, dans les services comme dans l'industrie. Cette transversalité a renforcé la prise de conscience, en rompant avec l'idée que seuls les « métiers pénibles » seraient vecteurs de souffrance au travail²⁹⁶ (2).

1. Le constat d'un mal-être généralisé

178. Le travail, loin de se limiter à une activité productive, est aujourd'hui une source croissante de souffrance psychique pour de nombreux salariés. Il n'est plus rare d'entendre que certains préféreraient un accident de la route à l'idée d'affronter leur journée de travail – un

²⁹³ F. HEAS, « Observations sur le concept de dignité appliqué aux relations de travail », *Droit ouvrier*, septembre 2010, n° 746, p. 461-468.

²⁹⁴ M. VEZINA, « La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail : un nouveau défi pour la santé publique », *Santé publique*, 2008, vol. 20, p. 121-128.

²⁹⁵ M. BORGETTO, F. KESSLER, « Les risques professionnels en question(s) », *Revue de droit sanitaire et social*, août 2018, n° 4, p. 575.

²⁹⁶ F. HUBAULT, *Risques psychosociaux : quelle réalité, quels enjeux pour le travail ?*, Octarès, Le travail en débats, 2011.

indicateur alarmant de la dégradation du rapport subjectif au travail²⁹⁷. Ce malaise, longtemps silencieux, est désormais documenté par de nombreuses enquêtes qui révèlent l'ampleur d'un mal-être structurel et diffus.

179. Un travail subi. L'enquête menée en 2016 par la DARES sur les conditions de travail et les risques psychosociaux (RPS) montre que 45 % des actifs déclarent devoir souvent, voire toujours, se dépêcher au travail, signe d'un environnement professionnel sous tension. Parallèlement, 30 % des salariés disent avoir été confrontés à un comportement hostile sur leur lieu de travail au cours des douze derniers mois. Ces données soulignent l'omniprésence de facteurs de stress²⁹⁸, souvent liés à une surcharge de travail, à des pressions hiérarchiques mal encadrées ou à des relations de travail délétères²⁹⁹.

180. D'autres études convergent vers le même constat. Le baromètre publié par le groupe Malakoff Médéric Humanis en 2019 met en lumière une nette accélération du rythme de travail (ressentie par 46 % des salariés) et un déficit d'accompagnement lors des changements organisationnels, pourtant subis par plus d'un salarié sur deux. Ces transformations mal pilotées génèrent des effets délétères, allant des troubles musculosquelettiques à l'épuisement psychique.

181. Les chiffres relatifs à la fatigue mentale sont particulièrement préoccupants : 70 % des salariés évoquent une fatigue nerveuse liée à leur activité professionnelle, contre 53 % pour la fatigue physique. Selon l'enquête européenne menée par ADP en 2019 (*The Workforce View in Europe*), un salarié français sur cinq se déclare exposé à un stress quotidien. La France se classe ainsi parmi les pays européens les plus affectés par le stress au travail, aux côtés de l'Allemagne et de la Pologne. L'étude révèle également que seuls 20 % des salariés se sentent suffisamment en confiance pour évoquer un mal-être auprès de leur hiérarchie, et à peine 11 % auprès des ressources humaines. Un sentiment d'abandon par l'employeur domine : 72 % des répondants estiment que leur bien-être n'est pas une réelle préoccupation de leur entreprise³⁰⁰.

²⁹⁷ A-M. BOULET, « Les consultations souffrance et travail débordées », *Santé & Travail*, avril 2016, n° 44, p. 487.

²⁹⁸ S. PONTHEU, *op. cit.*

²⁹⁹ DARES, *Conditions de travail - Risques psychosociaux*, enquête, 2016.

³⁰⁰ ADP, *The Workforce View in Europe 2019*, enquête, 2020. ADP est une entreprise internationale proposant des services dans le secteur des ressources humaines.

182. Ces constats trouvent des échos au niveau international. L'Organisation internationale du travail (OIT), dans son rapport pour la Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail du 28 avril 2016, alertait déjà sur la montée des risques psychosociaux. Le stress y est identifié comme le premier facteur de souffrance au travail en Europe³⁰¹. L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail en a précisé les contours en le définissant comme le déséquilibre entre les contraintes perçues et les ressources ressenties pour y faire face, avec des répercussions tant physiques que psychiques³⁰².

183. Le suicide comme symptôme ultime. Ce mal-être peut culminer dans ses formes les plus tragiques : les suicides liés au travail³⁰³. Si l'attribution causale demeure complexe³⁰⁴, plusieurs données partielles permettent de cerner le phénomène³⁰⁵³⁰⁶. Une étude menée en 2003 en Basse-Normandie avec le concours de 190 médecins du travail recense 107 cas de suicide ou tentative de suicide liés au travail³⁰⁷. Des cas fortement médiatisés ont également marqué l'opinion publique : les suicides au sein des entreprises PSA³⁰⁸ ou France Télécom³⁰⁹ entre 2008 et 2009 ont révélé l'ampleur d'un malaise professionnel souvent nié ou invisibilisé. À l'étranger, certains États ont intégré cette problématique dans leurs politiques de santé publique³¹⁰ : au Japon, près de 11 % des suicides recensés en 2010 étaient imputés au travail,

³⁰¹ 25 % des salariés de l'Union européenne déclarent souffrir de stress au travail : Eurofound, *European Working Conditions Surveys*, enquête européenne sur les conditions de travail, Fondation de Dublin, 2010. Ce chiffre est en constante augmentation : EurWORK, *Work-related stress*, 18 novembre 2010, eurofound.europa.eu ; OIT, *Stress au travail : un défi collectif*, Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail, 28 avril 2016.

³⁰² European Agency for Safety and Health at Work, "Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health", *Office for Official Publications of the European Communities*, 2007.

³⁰³ Ch. COHIDON, G. RABET, E. IMBERNON, « Risque suicidaire et activité professionnelle », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, décembre 2011, n° 47-48, p. 501-504 ; V. CARON, X. DELASSAUT, J-P. RICHON, G. STREBELLE-BECCAERT, « Risque suicidaire : enjeux et responsabilité », *Les Cahiers du DRH*, mars 2009, n°152, p. 15.

³⁰⁴ En France, près d'un décès sur 50 est un suicide : « Suicide en lien avec le travail », Institut national de recherche et de sécurité, inrs.fr. Le nombre total de morts par suicide était de 10.334 en 2010 : www.cep.fr : le Centre d'épidémiologie produit annuellement des statistiques sur les causes médicales des décès en France.

³⁰⁵ L. LEROUGE, « État de la recherche sur le suicide au travail en France : une perspective juridique », *Travailler*, 2014, n°31, p. 11-29.

³⁰⁶ Jean-Francois Naton (CGT) et Jean-Paul Delgenes (Cabinet Technologia) ont avancé le chiffre de 500 suicides liés au travail chaque année. Cependant, il ne s'agit pas d'un décompte rigoureux mais davantage d'une estimation.

³⁰⁷ INRS, *Suicide*, dossier, disponible sur www.inrs.fr.

³⁰⁸ Au sein de l'entreprise PSA, cinq salariés des usines de Mulhouse se sont suicidés courant 2008.

³⁰⁹ Chez France Télécom, entre février 2008 et août 2009, 23 suicides et une dizaine de tentatives ont eu lieu parmi les employés.

³¹⁰ J. Kitanaka, *De la mort volontaire au suicide au travail. Histoire et anthropologie de la dépression au Japon*, Ithaque, 2014 ; P. Yu-Hwei Tseng, « Le suicide comme karoshi ou l'overdose de travail, Les suicides liés au travail au Japon, à Taïwan et en Chine », *Travailler*, 2014, no 31, p. 45 s.

selon les données issues des enquêtes policières³¹¹. Plusieurs facteurs sont mis en avant comme éléments déclencheurs : le surmenage, les problèmes de relations humaines au travail³¹², l'échec au travail, ou encore l'intimidation³¹³.

184. En France, l'approche juridique reste lacunaire. Peu d'ouvrages traitent du suicide professionnel³¹⁴ et le droit peine à offrir une réponse cohérente. Juridiquement, peut être reconnu comme imputable au travail tout suicide survenu au temps et au lieu de travail ou sous l'autorité de l'employeur. D'autres hypothèses doivent également être envisagées : suicide consécutif à une aggravation de troubles préexistants, ou à l'installation d'un état dépressif imputable aux conditions de travail³¹⁵. Des situations emblématiques, comme celles de la salariée d'un supermarché en 2021³¹⁶ ou du cardiologue en 2015³¹⁷, illustrent l'absence de prise en compte institutionnelle malgré des signaux d'alerte explicites.

Le mal-être au travail est ainsi devenu un enjeu de santé publique à part entière. Il interroge les fondements mêmes de la relation de travail et appelle à une redéfinition des politiques de prévention, dans un contexte où les anciens clivages entre métiers pénibles et professions dites intellectuelles ne tiennent plus. La souffrance psychique ne connaît plus de frontières sectorielles, imposant une refondation des dispositifs de santé au travail.

³¹¹ Statistiques rendues publiques par l'Agence Nationale de la Police. Cette institution est responsable des statistiques sur les suicides et leur causalité.

³¹² « Workplace Mental Health : A Review and Recommendations », camh, 6 janv. 2020.

³¹³ A. Ravatel, « La levée progressive du tabou des responsabilités socioprofessionnelles dans les suicides en lien avec le travail à France Télécom », Questions de communication, n°20, 2011, p.373 à 387.

³¹⁴ Plusieurs auteurs ont toutefois tenté d'alerter la population sur le lien entre travail et taux de suicides, notamment à la suite des cas médiatisés. Christophe Dejours a, à plusieurs reprises, démontré le lien entre le travail et certains suicides. Peuvent être cités ici l'ouvrage « Suicide et travail : que faire ? » de Christophe Dejours et Florence Bègue publié par PUF (collection « Souffrance et théorie », 2009) ou encore l'article « Une nouvelle forme d'aliénation au travail qui tue » de Christophe Dejours dans la revue Santé et travail (2007, n°60).

³¹⁵ L. LEROUGE, « État de la recherche sur le suicide au travail en France : une perspective juridique », *op. cit.*

³¹⁶ Le 6 septembre 2021, la responsable d'un magasin dans les Côtes-d'Armor s'est donnée la mort. La salariée ayant 27 ans d'ancienneté au sein du supermarché avait mis en avant le mal-être qu'elle subissait au travail comme explication de son geste.

³¹⁷ Un cardiologue s'est donné la mort sur son lieu de travail en 2015. Des collègues avaient rapporté au cours de l'enquête que le praticien était victime de harcèlement et qu'un avertissement sur sa souffrance n'avait pas été pris en compte : « Après le suicide d'un cardiologue, l'APHP et quatre responsables de l'hôpital Georges Pompidou mis en examen pour « harcèlement moral » », Le Monde, 22 sept. 2021.

2. L'installation durable du phénomène dans les milieux professionnels

185. Si la santé physique et la santé mentale sont toutes deux constitutives du bien-être au travail³¹⁸, elles ne peuvent être appréhendées selon les mêmes logiques. Alors que les pathologies physiques sont souvent associées à certaines fonctions ou secteurs d'activité, la souffrance psychique, quant à elle, traverse l'ensemble du monde professionnel. Aucun type d'entreprise n'y échappe, quels que soient sa taille, son domaine ou le statut de ses salariés. Cette omniprésence interroge profondément les fondements des politiques de prévention, encore trop souvent fondées sur des modèles hérités de la gestion des risques physiques.

186. L'émergence de nouveaux foyers de vulnérabilité. Les atteintes physiques à la santé des travailleurs demeurent en grande partie concentrées dans les secteurs dits pénibles³¹⁹, à l'image du BTP, où les expositions à l'amiante, aux poussières, ou aux charges lourdes justifient la mise en place de dispositifs spécifiques de prévention. À l'inverse, les mutations contemporaines du travail – numérisation, rationalisation managériale, exigence de performance – affectent désormais tous les secteurs, y compris le tertiaire³²⁰. La question de la santé mentale s'impose ainsi comme une problématique transversale, rendant caduques les approches sectorielles de la prévention³²¹.

187. Des activités jusque-là perçues comme « protégées » sont désormais en première ligne face aux risques psychosociaux. Le secteur financier en offre une illustration emblématique : malgré l'absence de pénibilité physique, les salariés y subissent une pression constante, une surcharge chronique de travail, et un management centré sur la performance individuelle. Ce déséquilibre entraîne une altération progressive de la santé mentale. Face à cette réalité, le droit

³¹⁸ F. HEAS, « Le bien-être au travail », *la Semaine Juridique - Social*, juillet 2010, n° 27, p. 14-19.

³¹⁹ L'exposition à un ou plusieurs facteurs de pénibilité ouvre d'ailleurs droit à des points. Ils s'additionnent sur le compte personnel de prévention de la pénibilité. Ces points peuvent être utilisés par les salariés pour bénéficier d'un départ anticipé en retraite ou encore d'une formation professionnelle accrue. Pour aller plus loin, voir les articles D.4161-1 et suivants du code du travail.

³²⁰ P. BOISARD, D. CARTRON, M. GOLLAC, A. VALEYRE, « Temps et travail : l'intensité du travail », Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2002 ; J. BUÉ, T. COUTROT, I. PUECH, *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*, Octarès, 2004 ; J. BUÉ, C. ROUGERIE, « L'organisation du travail : entre contrainte et initiative. Résultats de l'enquête Conditions de travail de 1998 », *Premières synthèses*, 1999, n°32 ; M. GOLLAC, « Des chiffres insensés ? Pourquoi et comment on donne un sens aux données statistiques », *Revue française de sociologie*, 1997, n°38-1, p. 5-36 ; M. GOLLAC, S. VOLKOFF, « Citius, altius, fortius. L'intensification du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1996, n°114, p. 54-67.

³²¹ A. LLENA-NOZAL, « The effect of work status and working conditions on mental health in four OECD countries », *National Institute Economic Review*, juillet 2009, n°209, p.72-87.

du travail ne saurait se limiter à des mesures sectorielles : une approche globale, englobant toutes les dimensions de la santé, s'impose désormais.

188. Un basculement des catégories professionnelles exposées. Si la pénibilité physique a longtemps concentré l'attention des politiques de prévention en santé au travail³²², la souffrance psychique vient rebattre les cartes des expositions professionnelles³²³. Contrairement aux risques somatiques, fortement corrélés à certaines activités manuelles ou industrielles, les risques psychosociaux se diffusent transversalement à l'ensemble des secteurs et à toutes les catégories socioprofessionnelles³²⁴. Ce phénomène appelle un véritable renversement du paradigme de protection. Les salariés soumis à une forte pénibilité physique bénéficient souvent d'une certaine autonomie dans l'exécution de leurs tâches, d'horaires fixes et d'un cadre de travail relativement stable. Ces caractéristiques, bien que physiquement éprouvantes, tendent paradoxalement à les préserver – dans une certaine mesure – des pathologies psychiques liées à l'organisation et au sens du travail³²⁵.

189. À l'inverse, les cadres, notamment ceux relevant du forfait en jours, apparaissent aujourd'hui comme particulièrement vulnérables à la souffrance mentale. Cette population est confrontée à une intensification du travail immatériel : surcharge cognitive, dilution des frontières entre vie personnelle et professionnelle, obligation d'être constamment joignable, injonctions paradoxales entre autonomie affichée et contrôle renforcé. Le reporting permanent, les objectifs mouvants, l'exigence de performance sans relâche, les injonctions de disponibilité et la culture du résultat produisent un stress chronique. À cela s'ajoutent des environnements physiques de travail devenus eux aussi facteurs de souffrance, comme les open-spaces, qui inhibent les temps de pause, survisibilisent les comportements et suppriment toute forme d'intimité au sein du collectif professionnel. Cette exposition accrue participe d'une pression continue, difficilement soutenable, qui affecte la santé mentale à long terme.

190. L'exemple du suicide. Le mal-être au travail des cadres n'est plus un phénomène marginal ou silencieux. Il s'observe désormais dans les statistiques les plus tragiques³²⁶.

³²² C. NICOLAS, *La pénibilité au travail*, Thèse, Avignon, 2021.

³²³ M. NGOULOU-KOBI, *op. cit.*

³²⁴ B. CHAILLOU, A. CHIGNARD, V. CIBERT-GOTON ANDANT, A. GOMOND, C. RUELLE, O. TRIMARCHE, *Risques psychosociaux*, Tissot, 2018.

³²⁵ S. FREMEAUX, *Sens au travail et management du travail*, HDR, Nantes, 2014.

³²⁶ Observatoire national du suicide, *Suicide : quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information*, 4^{ème} rapport, juin 2020.

Longtemps, les données de mortalité par suicide montraient une surreprésentation des ouvriers et employés. Un rapport de 2010 fondé sur les données de mortalité masculine entre 1976 et 2002 soulignait ainsi que les taux de suicide les plus élevés concernaient les secteurs de la santé et de l'action sociale (34,3 pour 100 000), de l'administration publique hors fonction publique d'État (29,8), de la construction (27,3) et de l'immobilier (26,7). Les ouvriers et les employés présentaient alors un risque trois fois supérieur à celui des cadres³²⁷.

191. Mais cette hiérarchie des expositions est en voie de recomposition. Le taux de suicide chez les cadres est en nette progression : de 8,2 pour 100 000 entre 1976 et 1982, il atteint 11,7 pour 100 000 entre 1997 et 2002, avant même l'accélération numérique du travail et l'irruption des technologies de communication permanentes. Cette hausse suggère une transformation structurelle des conditions d'exercice des fonctions d'encadrement, marquées par l'isolement, la charge mentale, la dilution des repères temporels, la solitude décisionnelle et une responsabilisation croissante sans moyens supplémentaires.

Cette évolution appelle une attention particulière des pouvoirs publics, des partenaires sociaux et du droit du travail, qui doit aujourd'hui penser des dispositifs de prévention adaptés aux nouvelles formes d'exposition psychique, au-delà des anciennes. Ce sont désormais toutes les catégories qui peuvent être atteintes – avec des modalités, des temporalités et des effets différenciés.

B. Une réponse juridique incomplète

192. La santé mentale fait officiellement partie de la définition de la santé depuis 1946, selon le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé³²⁸. Pourtant, cette reconnaissance est longtemps restée dépourvue de traduction juridique effective dans le monde du travail³²⁹. Pendant des décennies, les normes protectrices adoptées tant au niveau national qu'international ont été presque exclusivement tournées vers la santé physique des travailleurs, en ignorant largement la dimension psychique du bien-être professionnel³³⁰. Il ne s'agissait pas

³²⁷ Institut national de veille sanitaire, *Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations des données disponibles*, 2010. Les chiffres mentionnés sont hors fonction publique.

³²⁸ Date de signature de la constitution de l'OMS.

³²⁹ S. KARAGIANNIS, « Le droit à la santé dans certains textes internationaux et constitutionnels : entre généreuse utopie et mesquin pragmatisme ? », *Journal du droit international*, octobre 2012, n°4.

³³⁰ L. LEROUGE, « Le droit du travail français confronté aux « nouveaux risques ». Quelle prise en compte de la santé mentale en droit du travail ? », *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail*, 2010, Vol. 5, n°2, p. 21-28.

d'un oubli accidentel : la question de la souffrance mentale au travail ne s'imposait pas encore comme un enjeu de société. Le travail, perçu comme facteur d'émancipation et d'intégration sociale, était davantage envisagé comme une source d'épanouissement que comme un lieu de mal-être.

193. Cette perspective a profondément changé à partir des années 2000, sous l'effet conjugué de plusieurs facteurs³³¹ : l'augmentation sensible des pathologies psychiques liées à l'activité professionnelle, la médiatisation de drames humains – notamment les suicides au travail³³² – et les pressions croissantes exercées par les organisations internationales. Le mal-être au travail est ainsi devenu un objet juridique à part entière, contraignant le législateur à réagir, à la fois par des textes généraux affirmant des droits fondamentaux applicables à tous les travailleurs³³³, et par l'élaboration de normes plus spécifiques encadrant certains risques particuliers ou modalités d'organisation du travail.

194. Deux dynamiques juridiques distinctes peuvent ainsi être identifiées. D'une part, l'affirmation d'un droit à la santé mentale comme composante du droit à la santé³³⁴, avec une portée transversale qui dépasse les catégories professionnelles et les types d'emploi (1). D'autre part, la mise en place de garanties ciblées mais limitées, visant à prévenir ou encadrer certains facteurs de risques – harcèlement moral, violences au travail, télétravail – sans pour autant proposer un cadre d'ensemble à la souffrance psychique professionnelle³³⁵ (2).

1. L'affirmation d'un droit à la santé mentale

195. Une consécration progressive du droit à la santé mentale. La reconnaissance du droit à la santé³³⁶, dans sa dimension mentale, constitue une conquête juridique récente³³⁷. Le droit à la santé n'a explicitement intégré sa composante psychique qu'à la faveur d'évolutions normatives tardives, portées principalement par les instruments internationaux et européens.

³³¹ I. LEVY FEITSHANS, « La santé au travail : un droit de l'homme », *Organisation Internationale du Travail*, 1995.

³³² C. BOSSARD, C. COHIDON, G. SANTIN, *Mise en place d'un système de surveillance des suicides en lien avec le travail. Étude exploratoire.*, Rapport, Institut national de Veille Sanitaire, octobre 2013.

³³³ L. JOUDANE, M. STAMBOULI, « Il n'y a pas de développement possible de la santé publique sans réalisation des droits humains », *Les cahiers de santé publique et de protection sociale*, juin 2013, p. 9-13.

³³⁴ L. LEROUGE, *La reconnaissance de la santé mentale en droit du travail*, Thèse, Nantes, 2004.

³³⁵ M. BADEL, « Souffrance au travail et risque professionnel : la difficile appropriation du mal-être du salarié par le droit de la sécurité sociale », *Revue de droit sanitaire et social*, 2006, n°5, p. 918-928.

³³⁶ Organisation Mondiale de la Santé, « Le droit à la santé », aide-mémoire n°323, novembre 2013.

³³⁷ L. LEROUGE, « La reconnaissance de la santé mentale en droit du travail », *op. cit.*

L'article 3 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne proclame, depuis le 7 décembre 2000³³⁸, que « *toute personne a droit à son intégrité physique et mentale* », tandis que son article 31 affirme que « *tout travailleur a droit à des conditions de travail qui respectent sa santé, sa sécurité et sa dignité* ». Si ces proclamations peuvent sembler élémentaires, elles ont marqué une étape fondamentale dans l'édification d'un droit subjectif à la santé mentale, en l'érigeant en exigence autonome, indépendante de toute pathologie visible ou médicalement objectivable³³⁹.

196. Cette reconnaissance a tardé à pénétrer le droit du travail français. La notion de santé mentale y est demeurée absente des textes jusqu'au début des années 2000, en dépit du caractère fondamental de ce droit au regard de la dignité humaine. Ce silence révélait l'influence persistante de principes antagonistes, notamment la liberté d'entreprendre et l'autonomie de gestion de l'employeur. Il a fallu attendre la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale pour qu'apparaisse, dans le Code du travail, une prise en compte explicite de la santé mentale comme objet de prévention³⁴⁰. Le droit du travail a alors timidement commencé à s'ouvrir à la protection du bien-être psychique, sans pour autant renverser les logiques productivistes dominantes³⁴¹.

197. Un encadrement normatif impulsé par les partenaires sociaux. L'affirmation du droit à la santé mentale au travail s'est par la suite concrétisée par l'adoption de normes plus opérationnelles, reposant sur une logique de prévention des atteintes à la santé globale des travailleurs³⁴². Cette dynamique n'a pas été portée exclusivement par le législateur : elle doit beaucoup à l'implication des partenaires sociaux, dont l'action conventionnelle a permis de structurer un cadre normatif plus proche des réalités professionnelles. L'accord national interprofessionnel (ANI) du 19 juin 2013 sur la qualité de vie au travail³⁴³ a ainsi posé les

³³⁸ F. BENOIT-ROHMER, « La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne », *Recueil Dalloz*, 2001 n°1483.

³³⁹ D. RITLENG, « La portée de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne », *Revue trimestrielle de droit européen*, 2011 n°887.

³⁴⁰ Loi de modernisation sociale n°2002-73, 17 janv. 2002, JO 18 janvier 2002.

³⁴¹ P-Y. VERKINDT, « L'irrésistible ascension du droit de la santé au travail », *La Semaine Juridique – Social*, juin 2015, n° 26, p. 45-48.

³⁴² D. KESTEL, « La santé mentale au travail », *who.int/fr*, 22 janvier 2019.

³⁴³ Accord national interprofessionnel relatif à une politique d'amélioration de la qualité de vie du travail et de l'égalité professionnelle, signé le 19 juin 2013, étendu par l'arrêté du 15 avr. 2014, JORF 23 avr. 2014.

premiers jalons d'une approche élargie de la santé en entreprise, fondée sur la recherche d'un environnement de travail favorable à l'épanouissement psychique des salariés³⁴⁴.

198. L'ANI du 9 décembre 2020 sur la santé au travail marque un tournant plus affirmé. Adopté dans un contexte de mutation rapide des organisations professionnelles – notamment sous l'effet de la numérisation et du développement du télétravail – cet accord met en lumière un double objectif : décroiser la santé publique et la santé au travail, et renforcer la prévention des risques psychosociaux au sein de l'entreprise. Il consacre ainsi une conception intégrée de la santé mentale au travail, en soulignant l'importance d'une coordination renforcée entre les services de santé au travail et la médecine de ville³⁴⁵. Il ne s'agit plus seulement d'éviter les atteintes graves à la santé, mais de promouvoir un accompagnement global, durable et proactif, des travailleurs dans leur environnement professionnel.

199. Un dispositif de prévention renoué et ciblé. L'accord propose en ce sens une restructuration des missions confiées aux services de santé au travail, qui s'articulent désormais autour de trois axes transversaux : la prévention primaire, le suivi individuel de l'état de santé des salariés, et la prévention de la désinsertion professionnelle. Cette dernière mission, encore émergente, revêt une importance stratégique dans la lutte contre la souffrance psychique des publics les plus vulnérables, notamment les salariés précaires, les intérimaires, les personnes en situation de handicap ou les travailleurs itinérants. En les accompagnant avant que la rupture du lien d'emploi ne survienne, elle contribue à déplacer le curseur de la réponse juridique : il ne s'agit plus seulement de réparer le dommage ou de sanctionner un manquement, mais bien d'intervenir en amont, dans une logique préventive et inclusive.

200. Le déploiement effectif de cette politique suppose la mobilisation d'instruments techniques renoués. Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)³⁴⁶, considéré comme l'outil central de la prévention en entreprise³⁴⁷, voit ainsi son contenu enrichi, sa mise à jour facilitée, et son articulation renforcée avec les politiques de

³⁴⁴ H. LANOUZIERE, « Un coup pour rien ou tournant décisif ? L'accord du 19 juin 2013 sur la qualité de vie au travail », *Semaine Sociale Lamy*, septembre 2013, n° 1597, p. 4-9.

³⁴⁵ Cette mission est d'autant plus importante face au constat de pénurie de personnels médicaux dans certaines zones géographiques.

³⁴⁶ Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État).

³⁴⁷ Ph. DAVEZIES, « Le document d'évaluation des risques : une occasion unique pour débattre sur le travail », *Santé & Travail*, juillet 2008, n°63, p. 28-30.

gestion des ressources humaines³⁴⁸. D'autres dispositifs viennent compléter ce socle : le passeport de prévention, les démarches inspirées de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), ou encore la nouvelle définition élargie de la qualité de vie au travail, intégrant désormais les conditions effectives d'exercice professionnel. Autant d'éléments qui traduisent une lente mais réelle mutation du droit vers une prise en charge globale du mal-être au travail.

Enfin, cette dynamique de reconnaissance générale du droit à la santé mentale s'est accompagnée de la mise en place de garanties ciblées, relatives à certaines formes particulières d'atteinte au bien-être psychique. Ces garanties, bien qu'importantes, demeurent éparses et limitées, comme nous allons le voir.

2. L'instauration de garanties spécifiques et limitées

201. Le droit du travail français n'a jamais été vide de solution face à ces problématiques. Plusieurs principes juridiques anciens auraient pu être redéfinis et sollicités afin de protéger la santé mentale des travailleurs de toute atteinte. Il s'agit par exemple du droit à la dignité au travail, du droit à la vie, du droit à la santé ou encore du droit à la vie privée et familiale. Toutefois, peu de réformes et interprétations jurisprudentielles sont intervenues en ce sens. En pratique, les différentes normes nationales récentes en la matière ont été prises soit sous l'impulsion des mesures internationales et européennes, soit en réponse aux faits divers et à la médiatisation de l'urgence en la matière. En effet, les premières instances à réagir aux atteintes à la santé mentale des salariés relèvent de la communauté internationale. L'OMS a par exemple précisé que « *les États doivent créer des conditions permettant à chacun de jouir du meilleur état de santé possible, c'est-à-dire (...) veiller à la santé et à la sécurité au travail* »³⁴⁹. Au niveau européen et international, des normes juridiques ont rapidement été adoptées.

202. La reconnaissance juridique des problématiques liées à la souffrance au travail a eu lieu étape par étape. Des dispositions particulières ont été prises pour des points précis. Souvent, il s'agit de l'acte des partenaires sociaux qui ont œuvré justement pour protéger les salariés des risques pour leur santé mentale. Bien que les enjeux soient de santé publique, la réglementation est intervenue progressivement et la législation demeure toujours lacunaire.

³⁴⁸ E. PETIT, « Risques professionnels - Le document unique d'évaluation des risques professionnels », *JA*, 2015, n°522, p. 42.

³⁴⁹ Organisation mondiale de la Santé, *Le droit à la santé*, aide-mémoire n°323, Centre des médias, nov. 2013

203. La reconnaissance juridique du stress. La thématique du stress lié au travail a fait l'objet d'une réelle reconnaissance juridique en France en 2008. Un accord national interprofessionnel a été signé le 2 juillet 2008³⁵⁰, puis étendu par un arrêté ministériel du 23 avril 2009. Il s'impose à tous les employeurs et tous les salariés, peu importe la taille de l'entreprise et son domaine d'activité. L'objectif de cet accord est double : dépister le stress au travail et le prévenir. Il communique à cet effet des indicateurs pour diagnostiquer cette pression et les facteurs à prendre en compte³⁵¹. Il s'agit par exemple de « *l'organisation et les processus de travail, les conditions et l'environnement du travail, la communication et des facteurs subjectifs* ». L'accord explicite également le devoir de prévention s'imposant aux employeurs dont la responsabilité peut être engagée. En cas d'identification d'une situation de stress, une action doit être immédiatement entreprise. L'objectif à atteindre est l'élimination du stress ou, à défaut, sa réduction³⁵².

204. Cette reconnaissance est le fruit d'un cheminement juridique long et incertain. Elle résulte d'une prise de conscience européenne et non française. En effet, les partenaires sociaux européens ont signé le 8 octobre 2004 un accord sur le stress au travail dans le cadre de l'article 138 du Traité CE. À la suite de cet accord, un rapport a été réalisé puis remis au ministre du travail en mars 2008³⁵³. C'est à la suite de l'accord européen, suivi du rapport français alarmant sur la situation de stress au travail, qu'ont été entreprises des négociations pour un ANI en France. Concrètement, l'accord français du 2 juillet 2008 a pour objet de transposer l'accord européen en droit interne³⁵⁴. Son ajout unique s'apprécie dans la prise en compte des évolutions plus récentes de la société sur ce sujet³⁵⁵.

205. Harcèlement et violence au travail. Le harcèlement et la violence au travail ont ensuite fait l'objet d'un accord national interprofessionnel le 26 mars 2010³⁵⁶. À la suite de la démarche

³⁵⁰ Accord national interprofessionnel du 2 juill. 2008 sur le stress au travail, étendu par l'arrêté du 23 avr. 2009.

³⁵¹ L. GUILLET, « Concept de stress et outils d'évaluation du stress au travail », *La santé à l'épreuve des nouveaux risques*, Tec & Doc. Sciences du risque et du danger, série Innovations, Lavoisier, 2010.

³⁵² Ph. DAVEZIES et Y. CLOT, « Des accords sur le stress qui sonnent faux », *Santé et Travail*, avril 2011, n° 74, p. 26-29.

³⁵³ Ph. NASSE, P. LÉGERON, *La détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, Rapport remis au Ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité le 12 mars 2008, 42 pages.

³⁵⁴ C. SACHS-DURAND, « La transposition dans les États membres de l'accord conclu par les partenaires sociaux au sein de l'Union européenne, sur le stress au travail », *Revue de droit du travail*, avril 2009, n° 4, p. 243-245.

³⁵⁵ B. LEGROS, « La transposition de l'accord-cadre européen du 8 octobre 2004 sur le stress au travail », *La Semaine Juridique - Social*, juin 2009, n° 26, p. 19-21.

³⁵⁶ P. ADAM, « Une lecture de l'accord du 26 mars 2010 sur le harcèlement et la violence au travail », *Revue de droit du travail*, juillet 2010, n° 7, p. 428-434.

amorcée par l'accord du 2 juillet 2008, puis de la signature de l'accord-cadre européen sur le harcèlement et la violence au travail, les partenaires sociaux ont débuté une négociation sur ces sujets³⁵⁷. L'accord national interprofessionnel du 26 mars 2010, tout comme celui de 2008, poursuivent deux objectifs. Le premier est d'œuvrer en faveur de la prise de conscience par les employeurs, les salariés et leurs représentants de ces problématiques et de leurs enjeux³⁵⁸. Dans un second temps, le but à atteindre est de favoriser l'identification, la prévention³⁵⁹ et la gestion des problèmes de harcèlement³⁶⁰ et de violence au travail³⁶¹ en fournissant un cadre concret. Si un fait de harcèlement ou de violence est établi, des mesures adaptées doivent immédiatement être prises à l'égard du ou des auteurs. Le règlement intérieur doit, à ce titre, préciser les sanctions applicables aux auteurs de tels agissements³⁶². En parallèle, les victimes de ces faits doivent faire l'objet d'un accompagnement. Celui-ci doit être de deux ordres : médical et psychologique. L'utilité de cet accord est cependant à nuancer. Son contenu s'apparente plus à un code de bonne conduite. Peu de mesures contraignantes y sont prévues. L'objectif est ainsi davantage de prévention et de sensibilisation, que d'encadrement juridique de ces problématiques³⁶³.

206. Une reconnaissance institutionnelle du mal-être au travail. Parallèlement aux actions des partenaires sociaux, d'autres évolutions ont été amorcées. Ces dernières n'ont pas toujours abouti à la mise en place de dispositions juridiques. Elles témoignent cependant d'une reconnaissance de ces problématiques par les pouvoirs publics. Par exemple, le Sénat et l'Assemblée Nationale ont fait la demande de plusieurs rapports portant sur la santé au travail ou particulièrement le bien-être / mal-être au travail. À ce titre, peuvent être cités le Rapport Lachmann sur le bien-être et l'efficacité au travail ou le rapport déposé le 7 juillet 2010 sur le thème « *Le mal-être au travail : passer du diagnostic à l'action* ». Plusieurs plans santé au travail ont également été entamés, notamment celui sur les années 2010-2014. Des collègues

³⁵⁷ P. ADAM, *Harcèlements moral et sexuel en droit du travail*, Dalloz, Corpus, 2020.

³⁵⁸ F. PELLETIER, « L'ANI sur le harcèlement et la violence au travail : de nouvelles obligations pour l'employeur ? », *La Semaine Juridique - Social*, mai 2010, n° 19, p. 3-6.

³⁵⁹ B. LAPEROU-SCHENEIDER, « Les mesures de lutte contre le harcèlement moral », *Droit social*, 2002, n°3.

³⁶⁰ P. ADAM, *Harcèlements moral et sexuel en droit du travail*, *op. cit.*

³⁶¹ F. AIT BOUGHIMAA, K. WIFAQB, A. BELHOUSSE, H. BENYAICH, A. EL KHOLTIB, « La violence physique en milieu du travail (étude descriptive à propos de 80 cas) », *La Revue de Médecine Légale*, mars 2012, Vol. 3, n°1, p. 14-20.

³⁶² M. VERICEL, « L'employeur dispose-t-il d'un pouvoir normatif en dehors du domaine du règlement intérieur ? », *Droit social*, décembre 2000, n°12, p. 1059-1063.

³⁶³ S. LICARI, « De la nécessité d'une législation spécifique au harcèlement moral au travail », *Librairie technique et économique*, mai 2000, n°5, p. 492-506.

d'expertise ont été instaurés pour suivre les risques psychosociaux au travail (par exemple, celui dirigé par Michel Gollac et Marceline Bodier, à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, dont le rapport a été remis en avril 2011). Toutes ces actions illustrent la prise de conscience du législateur des difficultés et des enjeux. Il peut s'agir d'une première étape avant l'adoption de mesures juridiques.

Le mal-être au travail est donc une thématique d'enjeu public. Les mutations que l'organisation du travail a connu ces dernières années ont manifestement contribué à l'accentuation de la souffrance psychique au travail. Les considérations sanitaires et économiques se trouvent tant dans l'existence du mal-être que dans les conséquences médicales qu'il engendre³⁶⁴. Entre pathologies psychiques et pathologies physiques, l'arrêt de travail peut être une nécessité pour la guérison du salarié souffrant.

Section II. Une souffrance génératrice de pathologies

207. Le mal-être au travail ne saurait être réduit à une difficulté ponctuelle propre à chaque salarié. Il constitue désormais un enjeu de santé publique, en ce qu'il peut être à l'origine, de manière directe ou indirecte, de nombreuses pathologies, tant psychiques que physiques. La littérature scientifique et médicale a largement documenté les effets délétères de certaines conditions de travail sur la santé mentale³⁶⁵. Nombreux sont ceux qui évoquent une relation « toxique » au travail, une toxicité susceptible d'altérer durablement l'équilibre psychique de l'individu.

208. C'est dans ce contexte qu'est née une discipline nouvelle : la psychopathologie du travail, définie par Christophe Dejours comme l'« *étude (du) rapport psychique de l'homme au travail* »³⁶⁶. Selon cette approche, un travail est dit pathogène lorsque ses effets nuisent à la santé mentale du salarié. À l'inverse, il peut être qualifié de structurant lorsqu'il participe à l'équilibre psychique de la personne. Cette discipline a offert un cadre théorique fécond pour penser les liens entre activité professionnelle et souffrance mentale. Toutefois, ses contours

³⁶⁴ T. LE ROUX, « Les corps soumis de l'industrialisation », *Santé & Travail*, janvier 2011, n°73, p. 48-49.

³⁶⁵ J. COLETTE, « Travail et santé : le point de vue d'un médecin », *Droit social*, mai 2002, n°5, p. 479-484.

³⁶⁶ Ch. DEJOURS, *Travail, usure mentale*, Bayard, 2015.

demeurent incertains, notamment pour les praticiens (médecins du travail, ergonomes, sociologues...) confrontés à des situations cliniques complexes. Parmi les hypothèses proposées, la charge psychique constitue un concept central.

209. La charge psychique au travail, bien qu'essentielle, demeure difficile à appréhender. Elle échappe à toute quantification stricte : elle est qualitative, invisible, ressentie mais non mesurable. Cette abstraction rend complexe sa reconnaissance et sa prise en compte dans les politiques de prévention. Le terme même de mal-être au travail s'avère, à cet égard, ambivalent : il laisse une large place à la subjectivité et semble souvent décrédibilisé dans le discours courant. Il est perçu par certains employeurs comme une plainte inhérente à la condition salariale elle-même, voire comme l'expression d'un désajustement individuel. Nombreux estiment qu'« on ne peut pas être bien au travail » car le travail n'aurait pas vocation à procurer du bien-être, mais à être supporté. Le mal-être perd alors en légitimité, renvoyé à une dimension quasi existentielle, et non plus professionnelle.

210. Pourtant, les conséquences du mal-être au travail sont bien réelles et dépassent largement le cadre de l'inconfort ou de l'insatisfaction³⁶⁷. Elles affectent profondément la santé des travailleurs, sous des formes diverses – troubles psychiques, manifestations physiques, altération de la motivation, etc. Trop souvent réduites à une anxiété passagère ou à une dépression légère, ces atteintes peuvent pourtant se révéler graves et durables³⁶⁸. Le mal-être peut ainsi constituer le facteur déclenchant d'une pluralité de pathologies (I) et conduire à la nécessité d'un arrêt de travail à visée thérapeutique. Lorsque l'environnement professionnel devient délétère, l'éloignement temporaire peut être le seul moyen de permettre une stabilisation, voire une amélioration de l'état de santé du salarié (II). Loin d'être un simple choix ou une défaillance, l'arrêt maladie est dans certains cas une exigence médicale, face à une situation professionnelle pathogène.

Le recours à des travaux issus de la sociologie, de la psychopathologie du travail ou encore de la médecine pourrait paraître, à première vue, s'écarter du registre habituel de l'analyse juridique. Il n'en est rien. Comprendre l'arrêt maladie – et plus largement la souffrance au travail – exige d'appréhender les mécanismes psychiques et organisationnels qui

³⁶⁷ A. THEBAUD-MONY, *Travailler peut nuire gravement à votre santé, Sous-traitance des risques, mise en danger d'autrui, atteintes à la dignité, violences physiques et morales, cancers professionnels*, La découverte / Poche, 2008.

³⁶⁸ M-F. HIRIGOYEN, « La souffrance au travail et les pathologies émergentes », *L'information psychiatrique*, 2008, Vol. 84, p. 821-826.

en constituent l'arrière-plan. Se limiter au seul texte juridique reviendrait à ignorer les conditions mêmes dans lesquelles il est mobilisé, interprété et parfois contourné. Intégrer ces éclairages extra-juridiques n'est donc pas un détour méthodologique, mais une nécessité pour saisir la portée réelle des normes et formuler des propositions susceptibles d'être effectives en pratique. L'analyse juridique ne s'en trouve pas diluée : elle s'en trouve renforcée, précisément parce qu'elle s'arrime aux réalités qu'elle prétend réguler.

I. Un mal-être pathogène

211. Les mutations profondes qu'a connues le monde du travail ces dernières décennies ont fait émerger de nouveaux risques professionnels. Là où les atteintes à la santé des salariés relevaient historiquement de facteurs physiques, biologiques ou chimiques, les préoccupations se sont déplacées vers des risques d'un autre ordre. L'obligation de prévention pesant sur l'employeur ne visait autrefois que ces atteintes tangibles ; les pathologies professionnelles traitées concernaient principalement la santé physique – telle une atteinte pulmonaire chez un menuisier exposé aux poussières de bois. Désormais, ce sont les risques psychosociaux (RPS) qui dominent les consultations en santé au travail³⁶⁹.

212. Le rapport Gollac a permis de structurer l'analyse de ces risques en identifiant six grandes catégories de facteurs³⁷⁰ : l'intensité et l'organisation du travail (surcharge, objectifs irréalistes, imprécision des missions...), les exigences émotionnelles, le déficit d'autonomie, la qualité des relations professionnelles (conflits, isolement, management délétère...), les conflits de valeurs, et enfin l'insécurité de l'emploi. Ces facteurs, bien que variés, trouvent tous leur origine dans l'activité professionnelle elle-même³⁷¹, témoignant d'une responsabilité structurelle du travail dans la genèse de la souffrance psychique³⁷².

³⁶⁹ www.anses.fr, Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles.

³⁷⁰ *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, Rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail réuni à la demande du ministre du Travail, de l'emploi et de la santé, 11 avril 2011.

³⁷¹ Cf. I. Des dynamiques professionnelles pathogènes, Section I, Chapitre I, Titre I, Première partie, p. 66.

³⁷² La DARES a publié en novembre 2016 une étude sur les conditions de travail, la santé au travail et particulièrement les risques psychosociaux. En mettant en avant la pression que subissent les salariés dans le cadre de leur activité professionnelle, celle-ci dénonce les mauvaises conditions de vie omniprésentes au sein des entreprises. À titre d'exemple, 31% des actifs occupés déclarent devoir cacher ou maîtriser leurs émotions. Plus encore, 47% d'entre eux estiment devoir toujours ou souvent se dépêcher dans leur activité. Au moins 64% des actifs occupés déclarent être soumis à un travail intense ou subir des pressions temporelles.

213. Ces différents facteurs conduisent à des réactions diverses, au premier rang desquelles le stress. Depuis plusieurs années, tant au niveau national qu'international, la montée du stress au travail fait l'objet d'alertes récurrentes. L'OCDE a ainsi souligné l'augmentation, dans l'ensemble des pays membres, de la proportion de travailleurs exposés à des tensions ou à une pression psychique excessive³⁷³. Le stress résulte d'une combinaison de facteurs – surcharge de travail, exigences contradictoires, interruptions fréquentes, délais irréalistes – et sa perception varie selon les individus³⁷⁴. Des éléments psychologiques, neurobiologiques ou encore sociaux influencent en effet la vulnérabilité au stress.

214. Or, ce dernier constitue en lui-même un facteur pathogène³⁷⁵. Lorsqu'il est ponctuel, toléré et intégré dans l'activité, il peut être surmonté. Mais lorsqu'il devient chronique, il menace l'intégrité physique et mentale du salarié. Les conséquences physiologiques d'un stress prolongé sont nombreuses et bien documentées³⁷⁶.

215. Les troubles psychiques apparaissent généralement en premier³⁷⁷ (A). Ils constituent l'expression la plus immédiate de la souffrance au travail, mais ne sont pas les seules manifestations possibles³⁷⁸. D'autres atteintes, cette fois physiques, peuvent également se développer (B). Ces pathologies, souvent invisibles ou négligées, relèvent pourtant d'un enjeu de santé publique. La protection de la santé mentale des travailleurs est d'intérêt collectif, tant du point de vue sanitaire que du point de vue économique : l'épuisement des ressources internes des salariés se traduit par des dysfonctionnements individuels et collectifs, dont le coût peut être considérable. Face à cette usure, un arrêt de travail peut devenir médicalement nécessaire.

³⁷³ OCDE, *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, op. cit.

³⁷⁴ S. LEKA, A. GRIFFITS, T. COX, *Organisation du travail et Stress : Approches systémiques du problème à l'intention des employeurs, des cadres dirigeants et des représentants syndicaux*, Organisation mondiale de la santé, 2004, 27 pages.

³⁷⁵ H. SULTAN-TAIEB, I. NIEDHAMMER, « Le poids imputable à l'exposition au stress au travail en termes économiques et de santé publique : enjeux et écueils méthodologiques », *Travail et Emploi*, janvier 2012, n° 129, p. 35-49.

³⁷⁶ F. BLANC, *Stress au travail chez les salariés consommateurs excessifs d'alcool. Un risque à prendre en compte par les médecins du travail dans l'analyse du risque alcool en santé au travail ?*, Thèse, Paris Val-de-Marne, 2009.

³⁷⁷ A. RAGOT, « Troubles psychiatriques rencontrés en consultation de psychopathologie du travail au centre hospitalier universitaire d'Angers », *Santé publique*, décembre 2013, n° 25, p. 729-736.

³⁷⁸ E. COTTINI, C. LUCIFORA, "Mental health and working conditions in European countries", *ILR Rev*, 2013, p. 958-988.

A. Les atteintes psychiques

216. La santé mentale se définit comme l'aptitude de l'individu à faire face aux exigences de son environnement, à réguler ses émotions et à maintenir un fonctionnement psychique harmonieux³⁷⁹. Elle constitue une composante essentielle de l'état de santé, entendu comme un état de bien-être global. Lorsqu'un déséquilibre survient, perturbant cette stabilité mentale, on parle de troubles psychiques³⁸⁰. Dans ce contexte, le salarié se trouve en difficulté pour s'adapter aux situations, exprime une souffrance marquée, et peut manifester des comportements inadaptés³⁸¹. Il s'agit d'un véritable trouble de l'équilibre intérieur, dont les répercussions sur la vie professionnelle et personnelle peuvent être profondes.

217. Les troubles psychiques regroupent un ensemble d'affections aux origines multiples. Le travail peut en être la cause directe, ou constituer un facteur aggravant ou déclencheur. Ainsi, une surcharge de travail combinée à une pression temporelle excessive peut doubler le risque de développer une pathologie psychique. En 2016, plus de 10 000 affections psychiques ont été reconnues comme accidents du travail, tandis que 596 l'ont été au titre des maladies professionnelles³⁸². Ces données confirment l'imbrication étroite entre travail et santé mentale³⁸³, et témoignent de l'augmentation des troubles psychosociaux liés à l'activité professionnelle³⁸⁴.

218. Parmi les troubles les plus fréquemment rencontrés figurent l'anxiété (1) et la dépression (2), parfois associées dans des tableaux cliniques mixtes. Le travail peut également être un facteur de risque dans l'émergence d'autres pathologies, telles que le syndrome d'épuisement professionnel, ou « burn-out », qui occupe une place centrale dans les préoccupations actuelles en santé au travail (3). D'autres troubles peuvent aussi apparaître dans des contextes particuliers

³⁷⁹ institutducerveau-icm.org.

³⁸⁰ Un *trouble mental* peut être également désigné sous les termes de *trouble psychique* ou *trouble psychiatrique*.

³⁸¹ Fédération pour la Recherche sur le Cerveau, « Les maladies psychiatriques et les troubles du comportement », frneurodon.org (consulté le 22 septembre 2023).

³⁸² Assurance maladie, *Santé Travail : enjeux et actions*, dossier, 16 janvier 2018.

³⁸³ F. DESRIAUX, « Centres de pathologies professionnelles : des troubles mentaux en nette augmentation », *Santé & Travail*, janvier 2008.

³⁸⁴ A. RAGOT, « Troubles psychiatriques rencontrés en consultation de psychopathologie du travail au centre hospitalier universitaire d'Angers », *Santé publique*, décembre 2013, n° 25, p. 729-736.

: le syndrome de stress post-traumatique – notamment en cas de violence ou de harcèlement³⁸⁵ – ou encore certains troubles obsessionnels-compulsifs³⁸⁶.

1. Les troubles anxieux

219. L'un des premiers signes de souffrance au travail est l'apparition d'une inquiétude persistante, qui peut évoluer vers un véritable trouble anxieux. Ce dernier se caractérise par une anxiété intense, durable et déconnectée d'un danger réel ou immédiat³⁸⁷. Il ne s'agit plus d'un simple stress passager, mais d'une forme pathologique de tension psychique³⁸⁸. Ces troubles sont particulièrement fréquents dans les contextes professionnels où les situations stressantes se prolongent ou se répètent³⁸⁹. Il s'agit d'une expérience émotionnelle particulièrement pénible : près d'un adulte sur cinq (21 %) y sera confronté au cours de sa vie, avec une prévalence deux fois plus élevée chez les femmes³⁹⁰³⁹¹. Entre 2010 et 2014, le nombre de personnes prises en charge pour ce motif – en soins ambulatoires ou en hospitalisation psychiatrique – a crû de 3,65 % par an, confirmant l'ampleur croissante du phénomène³⁹².

220. Un trouble multifactoriel. Les troubles anxieux trouvent leur origine dans une combinaison complexe de facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux. Des antécédents familiaux, la consommation de substances psychoactives (alcool³⁹³, drogues, médicaments), ou encore des expériences traumatisantes peuvent en favoriser l'apparition. Le monde professionnel peut, à lui seul, constituer un déclencheur. Les risques psychosociaux – surcharge de travail, instabilité, isolement, pression hiérarchique³⁹⁴ – contribuent à une

³⁸⁵ « La névrose traumatique », souffrance-et-travail.com (consulté le 22 septembre 2023).

³⁸⁶ « Les obsessions sont des pensées, des envies ou des images intrusives ou non sollicitées qui reviennent sans cesse à l'esprit » : Centre de toxicomanie et de santé mentale, « Trouble obsessionnel-compulsif », camh.ca (consulté le 22 septembre 2023).

³⁸⁷ INSERM, *Troubles anxieux : quand l'anxiété devient pathologique*, Dossier en collaboration avec W. EL-HAGE, A. BEYELER, 2 mars 2021.

³⁸⁸ Institut Cardiologique de l'Université d'Ottawa, *Stress, anxiété et dépression*, dossier, pwc.ottawaheart.ca (consulté le 22 septembre 2023)

³⁸⁹ INRS, *Stress au travail*, Dossier, inrs.fr (consulté le 22 septembre 2023).

³⁹⁰ Haute autorité de la santé, *Affections psychiatriques de longue durée - Troubles anxieux graves*, Guide - Affection de longue durée, juin 2007.

³⁹¹ N. QUERUEL, « Quand le travail malmène les femmes », *Santé & Travail*, juillet 2008, n° 63, p. 6-9.

³⁹² C. CHAN CHEE, « Prise en charge des patients avec troubles anxieux entre 2010 et 2014 dans les établissements ayant une autorisation en psychiatrie en France métropolitaine : analyse des données du RIM-P », *Santé publique*, juin 2018.

³⁹³ F. BLANC, *Stress au travail chez les salariés consommateurs excessifs d'alcool. Un risque à prendre en compte par les médecins du travail dans l'analyse du risque alcool en santé au travail ?*, Thèse, Paris Val-de-Marne, 2009.

³⁹⁴ S. PONTHEU, *op. cit.*

accumulation émotionnelle, jusqu'à provoquer une véritable rupture de l'équilibre psychique³⁹⁵. Dans bien des cas, les troubles anxieux coexistent avec des symptômes dépressifs, qu'ils précèdent, accompagnent ou annoncent.

221. Une symptomatologie multiple et invalidante. L'anxiété, à l'origine, remplit une fonction d'alerte face à une menace : elle mobilise l'organisme en réponse à un danger. Mais lorsque cette réaction devient chronique, disproportionnée ou inadaptée, elle perturbe profondément le fonctionnement quotidien. Les manifestations des troubles anxieux varient selon les individus, mais reposent souvent sur une double composante. Sur le plan psychique, on observe des difficultés de concentration, une irritabilité marquée, une impulsivité accrue, une vision pessimiste de l'avenir, voire des pensées intrusives. Sur le plan somatique, l'anxiété peut entraîner tachycardie, troubles digestifs, fatigue chronique, céphalées, vertiges ou encore insomnies. Ce tableau clinique pèse lourdement sur la qualité de vie au travail comme en dehors.

2. La dépression

222. Trop souvent banalisée, voire disqualifiée comme simple mal-être passager, la dépression est pourtant un enjeu majeur de santé publique. En France, entre 5 % et 15 % de la population est amenée à traverser un épisode dépressif au cours de sa vie. Elle représente aujourd'hui la première cause d'incapacité dans le monde³⁹⁶.

223. Une maladie multifactorielle. La dépression clinique est un trouble complexe de l'humeur³⁹⁷. Elle se distingue clairement d'une tristesse passagère ou d'une réaction émotionnelle à une difficulté ponctuelle³⁹⁸. Elle constitue un trouble de l'humeur profond, durable et invalidant. Son origine est plurielle : facteurs sociaux (conditions de vie et de travail), psychologiques (vulnérabilités personnelles) et biologiques (predisposition génétique) interagissent de façon complexe. Le contexte professionnel peut aggraver ce terrain : une forte

³⁹⁵ M. GOLLAC, « Les risques psychosociaux au travail : d'une « question de société » à des questions scientifiques. Introduction », *Travail et Emploi*, 2012, n° 129, p. 5-10.

³⁹⁶ "GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators", *Global Health Metrics*, Vol. 392, 10 novembre 2018.

³⁹⁷ camh.ca. CAMH est l'acronyme de « Centre for Addiction and Mental Health », ensemble d'hôpitaux psychiatriques au Canada étudiant la santé mentale et les addictions.

³⁹⁸ Organisation Mondiale pour la Santé, « Dépression », 30 janvier 2020, who.int (consulté le 23 septembre 2023).

exigence psychique combinée à une faible autonomie décisionnelle, un soutien social défaillant ou une reconnaissance insuffisante favorisent nettement l'apparition d'un état dépressif³⁹⁹.

224. Une symptomatologie précise. L'Organisation mondiale de la santé décrit la dépression par un ensemble de symptômes persistants qui affectent profondément la vie quotidienne. Le tableau clinique associe une tristesse durable, une perte d'intérêt marquée pour les activités habituelles, et une altération significative du fonctionnement personnel, professionnel et social. Cette symptomatologie doit s'inscrire dans une durée d'au moins quatorze jours pour permettre le diagnostic. Elle s'accompagne fréquemment de manifestations telles que : perte d'énergie, troubles du sommeil ou de l'appétit, anxiété, baisse de concentration, sentiment de culpabilité ou de désespoir, voire idées suicidaires⁴⁰⁰.

225. Des retentissements somatiques et vitaux. Au-delà de la souffrance psychique, la dépression aggrave les risques pour la santé physique. L'OMS souligne son lien étroit avec certaines maladies non transmissibles telles que les troubles cardiovasculaires ou le diabète. La comorbidité avec les addictions est également fréquente. Par ailleurs, la dépression constitue l'un des premiers facteurs de risque suicidaire. Selon l'INSERM, le taux de suicide chez les personnes dépressives oscille entre 10 % et 20 %. Cette pathologie est aussi régulièrement constatée chez les salariés en situation d'épuisement professionnel, illustrant sa place au croisement des souffrances psychiques liées au travail.

3. Le syndrome d'épuisement professionnel

226. Le syndrome d'épuisement professionnel – ou burn-out – se définit comme un « *épuisement physique, émotionnel et mental résultant d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel* »⁴⁰¹. S'il ne figure pas dans les classifications internationales de référence en tant que maladie professionnelle (CIM-10, DSM-5), il n'en constitue pas moins une réalité clinique reconnue. Il s'inscrit dans une constellation de souffrances au travail, au croisement du stress chronique, de la fatigue émotionnelle et de la démotivation professionnelle.

³⁹⁹ Job strain du modèle de Karasek.

⁴⁰⁰ Organisation Mondiale pour la Santé, « Dépression : parlons-en », Communiqué de presse, 30 mars 2017.

⁴⁰¹ W. SCHAUFELI, E. GREENGLASS, "Introduction to special issue on burnout and health", *Psychol Health*, 2001.

227. Une pathologie liée au contexte professionnel. À la différence des troubles anxieux ou dépressifs, dont les causes peuvent être multiples, le burn-out trouve nécessairement sa source dans le cadre du travail. Il résulte d'un processus d'usure psychique induit par la dégradation du lien subjectif au travail. Ce processus s'articule classiquement autour de trois dimensions : un épuisement émotionnel, une forme de cynisme ou de dépersonnalisation vis-à-vis de l'activité, et une baisse de l'accomplissement personnel ou du sentiment d'efficacité. L'identification des facteurs de risque suppose une analyse individualisée, conduite notamment par le médecin du travail, souvent appuyé par une équipe pluridisciplinaire⁴⁰². Celle-ci s'appuie sur les six grandes familles de risques psychosociaux : intensité du travail, exigences émotionnelles, autonomie, relations professionnelles, conflits de valeurs, et insécurité de l'emploi⁴⁰³.

228. Une symptomatologie hétérogène et progressive. Les manifestations cliniques du burn-out varient en intensité et en nature selon les individus⁴⁰⁴. Contrairement à la dépression, l'épuisement professionnel s'installe souvent de manière insidieuse⁴⁰⁵. Les premiers symptômes sont fréquemment d'ordre émotionnel : irritabilité, hypersensibilité, indifférence affective, troubles de l'attention, anxiété. À cela peuvent s'ajouter des réactions comportementales telles que le repli sur soi, une agressivité inhabituelle, ou encore une hostilité vis-à-vis des collègues. Le désengagement progressif vis-à-vis de l'entreprise, alimenté par une perte de sens, des doutes sur ses compétences ou un conflit de valeurs, constitue également un indicateur important. Ces symptômes sont propres à chaque individu et ne suivent pas un schéma uniforme.

229. Des répercussions physiques. Le burn-out peut également se manifester par des troubles somatiques, bien que non spécifiques. Troubles du sommeil, vertiges, troubles digestifs, crampes musculaires ou douleurs musculosquelettiques peuvent ainsi accompagner l'épuisement professionnel. Ces atteintes physiques traduisent l'extension du mal-être au-delà de la sphère psychique.

⁴⁰² C. BÈGUE, « Syndrome d'épuisement professionnel, Dès le début, une collaboration médecin généraliste / médecin du travail », *Le concours médical*, décembre 2016, n°10, p. 12-18.

⁴⁰³ Sont reprises ici les six catégories de facteurs de risques psychosociaux tirées du rapport Gollac. Selon les auteurs, les groupes de RPS divergent.

⁴⁰⁴ Haute Autorité de la Santé, « Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout », Recommandation, 22 mai 2017, has-santé.fr (consulté le 22 septembre 2023).

⁴⁰⁵ C. CHAIX, *Le syndrome de burn out : étude clinique et implications en psychopathologie du travail*, Thèse, Limoges, 1992.

230. L'étude « *Souffrance psychique au travail : rôle des psychiatres libéraux* » (2016) met en lumière la diversité des troubles présentés par les patients consultant pour un mal-être professionnel : symptômes somatiques (troubles digestifs, migraines, insomnies), cognitifs (troubles mnésiques, difficultés de concentration) et psychiques (obsessions, phobies, prostration, syndrome de stress post-traumatique)⁴⁰⁶. Le mal-être au travail ne se limite donc pas à une altération du bien-être mental. Il constitue un véritable risque global pour la santé des travailleurs, engageant à la fois leur intégrité psychique et leur équilibre corporel.

B. Les atteintes physiques

231. La souffrance au travail ne se limite pas à des atteintes psychiques : elle peut également altérer la santé physique des salariés⁴⁰⁷. Les formes que peut revêtir cette dégradation sont multiples, variables selon l'intensité et la durée de l'exposition à la situation pathogène⁴⁰⁸. Une part irréductible de subjectivité doit ici être prise en compte. L'exposition professionnelle, bien qu'importante, ne constitue qu'un facteur parmi d'autres dans la genèse des pathologies somatiques liées au travail. L'état de santé initial, les antécédents médicaux personnels, les conditions de vie, l'environnement familial ou social sont autant d'éléments qui interfèrent dans la vulnérabilité individuelle. Chaque salarié, avec son histoire, son terrain et ses ressources propres, réagit de manière singulière aux contraintes subies dans le cadre professionnel.

232. Parmi les atteintes physiques les plus fréquemment observées chez les salariés en situation de souffrance, la fatigue constitue souvent le premier signal d'alerte (1). Lorsqu'elle devient chronique et persistante, elle peut s'accompagner de douleurs diffuses. Certaines pathologies sont directement liées aux conditions matérielles de l'activité exercée : ainsi en va-t-il des troubles musculosquelettiques (TMS), qui résultent notamment de la répétition de gestes professionnels inadaptés ou insuffisamment encadrés (2). Plus graves, ces affections peuvent entraîner des séquelles durables, voire irréversibles, pour la santé des travailleurs concernés. Le stress professionnel⁴⁰⁹, quant à lui, est désormais reconnu comme un facteur de risque majeur dans l'émergence de maladies cardiovasculaires (3). De nombreuses études internationales ont

⁴⁰⁶ F. CHEVALIER, S. ROUGEVIN-BAVILLE, V. PONT, F. NOGUES, *Souffrance psychique au travail : rôle des psychiatres libéraux*, Rapport enquête qualitative, URPS Médecins libéraux Ile-de-France, novembre 2016, 133 pages.

⁴⁰⁷ V. LAM, "The link between mental health problems and later physical health", *The conversation*, 19 mai 2021.

⁴⁰⁸ J. GUILLEN, C. DUPUIS-GAUTHIER, F. LEROY, « Souffrance « mentale » et douleur du corps. Étude de leur dimension économique à partir d'une séquence clinique », *L'évolution psychiatrique*, 2012, n° 77, p. 15-28.

⁴⁰⁹ P. LEGERON, « Le stress professionnel », *L'information psychiatrique*, 2008/09, Vol. 84, p. 809-820.

confirmé le lien entre stress – d’origine professionnelle ou non – et pathologies cardiaques ou vasculaires. D’autres pathologies, telles que certains cancers ou troubles hormonaux (affectant par exemple la fertilité ou impliquant des risques de prématurité), ont également été associées à l’exposition à un stress chronique. Ces liens, bien que scientifiquement débattus, tendent à élargir encore le spectre des atteintes somatiques imputables au travail.

233. En outre, le mal-être professionnel constitue un facteur aggravant du risque d’accident du travail ou de trajet. Une altération de la concentration, une vigilance affaiblie par la fatigue ou l’épuisement émotionnel, peuvent suffire à provoquer des incidents aux conséquences parfois graves.

1. La fatigue chronique

234. La réaction physiologique au stress. Face à une situation perçue comme stressante, l’organisme humain met en œuvre une série de réponses physiologiques visant à préserver l’intégrité de l’individu. Cette adaptation, connue sous le nom de syndrome général d’adaptation⁴¹⁰, s’organise en trois phases successives qui traduisent la mobilisation puis l’épuisement des ressources physiologiques. La première phase, dite d’alarme, se caractérise par une mobilisation immédiate de l’organisme : celui-ci se prépare à affronter ou à fuir la menace. Médicalement, cette réaction se traduit par une sécrétion hormonale rapide, en particulier d’adrénaline, destinée à activer les fonctions vitales nécessaires à la survie⁴¹¹. L’élévation de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle, de la vigilance ou encore de la température corporelle favorise une oxygénation accrue des organes sollicités dans l’action.

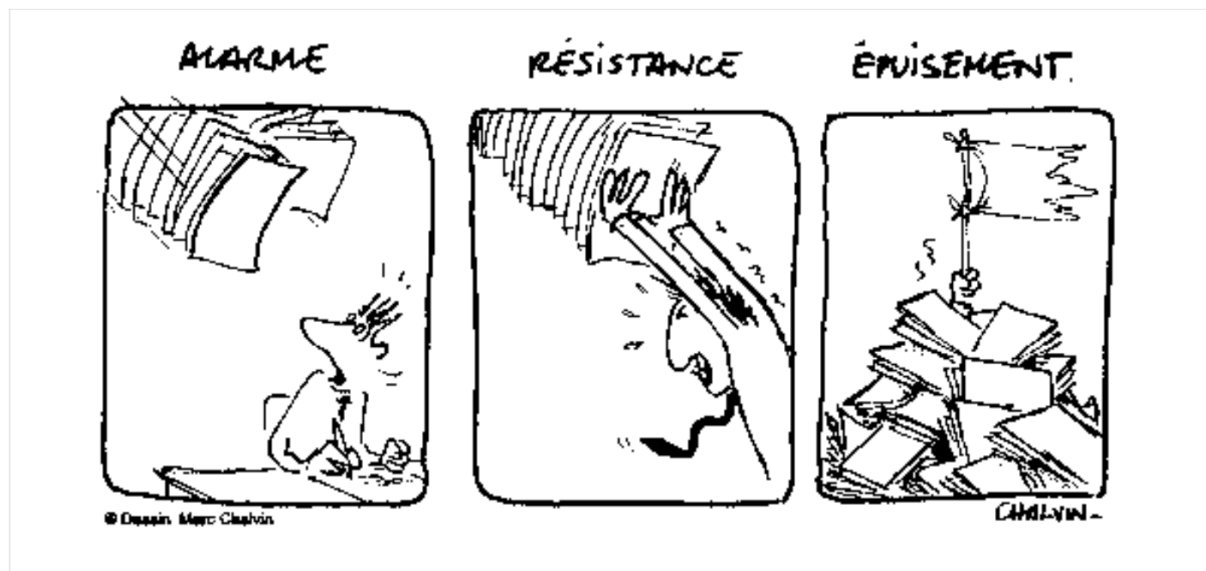
235. Lorsque la situation stressante se prolonge, l’organisme entre dans une seconde phase, dite de résistance. D’autres hormones, notamment les glucocorticoïdes, sont alors sécrétées pour maintenir l’effort d’adaptation. Ces substances ont pour effet d’augmenter le taux de glucose dans le sang, afin de fournir une énergie continue au cerveau, au cœur et aux muscles. Ce mécanisme, qui repose théoriquement sur un équilibre autorégulé, peut cependant être déstabilisé en cas de sollicitation prolongée.

236. Dans l’hypothèse d’une exposition chronique au stress, l’organisme atteint ses limites : la phase dite d’épuisement survient. Les capacités d’adaptation sont alors dépassées, la

⁴¹⁰ Ce syndrome a été découvert en 1935 par Hans Selye. Il met en avant les mécanismes physiologiques du stress en trois phases.

⁴¹¹ INRS, « Stress au travail », *op. cit.*

régulation hormonale devient déficiente et l'excès de sécrétion peut nuire à la santé de l'individu. À ce stade, une modification des conditions environnementales devient impérative pour éviter l'installation durable d'un déséquilibre pathologique.



237. Les manifestations somatiques de la fatigue. Lorsque la fatigue devient chronique, elle tend à s'accompagner de manifestations somatiques multiples. Les plus fréquentes sont les troubles du sommeil, de l'appétit ou de la digestion, les sensations d'oppression thoracique, d'essoufflement, ou encore les sueurs inhabituelles. La douleur constitue également un signal d'alerte récurrent : douleurs musculaires, articulaires, céphalées, ou douleurs diffuses sont fréquemment rapportées dans ces contextes.

238. Une fatigue généralisée et persistante peut être le symptôme d'une pathologie sous-jacente, mais elle peut aussi révéler un syndrome d'épuisement professionnel. Celui-ci prend des formes cliniques distinctes : le burn-out, fruit d'un sentiment d'impuissance et d'épuisement émotionnel ; le bore-out, associé à l'ennui profond et au sous-investissement ; ou encore le brown-out, engendré par l'absurdité perçue des tâches accomplies⁴¹². Ces syndromes ne se réduisent pas à des troubles psychiques : ils ont des répercussions somatiques tangibles, notamment sur la santé cardio-vasculaire⁴¹³, et peuvent générer un cortège de symptômes tels que l'anxiété, l'isolement social, les pensées intrusives ou le sommeil perturbé.

⁴¹² Dictionnaire Larousse.

⁴¹³ Fédération française de cardiologie, « Le stress, facteur majeur de risque cardio-vasculaire », Communiqué de presse, 20 septembre 2018, fedecardio.org (consulté le 23 septembre 2023).

2. Les troubles musculosquelettiques

239. Une problématique majeure. Les troubles musculosquelettiques (TMS) se définissent, selon l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, comme des affections de l'appareil locomoteur attribuables à des contraintes physiques répétées, à des postures prolongées ou à des efforts excessifs. Ils constituent, de loin, la première cause de maladies professionnelles reconnues. En 2017, 87 % des affections professionnelles indemnisées relevaient de cette catégorie, représentant plus de 42 000 cas. Le seul tableau n°57 du régime général de la sécurité sociale, relatif aux affections périarticulaires dues à certains gestes et postures, concentrait plus des trois quarts des reconnaissances⁴¹⁴. Les TMS sont aussi la première cause de journées de travail perdues – plus de dix millions en 2015 – et la deuxième cause médicale d'entrée en invalidité.

240. La gravité de cette problématique dépasse le cadre national. En 2015, les douleurs lombaires et les atteintes musculaires du cou et des membres supérieurs constituaient les deux premières causes de troubles de santé signalés par les travailleurs européens, avec des taux de prévalence de 44 % et 42 %⁴¹⁵. Ces chiffres sont d'autant plus préoccupants que les TMS sont largement sous-déclarés : en France, selon une estimation de 2011, le taux de non-déclaration atteignait 53 % pour les atteintes lombaires, 60 % pour le canal carpien, 62 % pour les atteintes de l'épaule et 73 % pour celles du coude.

241. Une catégorie hétérogène. Sous l'appellation de TMS se regroupent de nombreuses affections de l'appareil locomoteur, affectant principalement les muscles, les tendons, les articulations et les nerfs – soit l'ensemble des tissus mous. Bien que les zones corporelles les plus touchées soient le cou, les épaules et les poignets⁴¹⁶, les membres inférieurs peuvent également être concernés. Si ces affections diffèrent par leur localisation et leur expression clinique, elles partagent un dénominateur commun : une inadéquation structurelle entre les

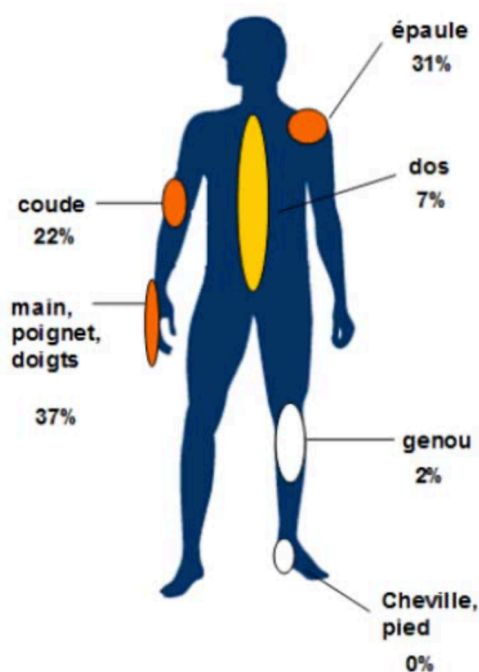
⁴¹⁴ Assurance Maladie, *Rapport annuel 2017. L'Assurance Maladie - Risques professionnels*, 1er décembre 2018, 159 pages.

⁴¹⁵ A. PARENT-THIRION, I. BILETTA, J. CABRITA, O. VARGAS LLAVE, G. VERMEYLEN, A. WILCZYNSKA, M. WILKENS, « Sixth European Working Conditions Survey - Overview Report », eurofound.europa.eu, 17 novembre 2016, mis à jour le 29 octobre 2019.

⁴¹⁶ Y. ROQUELAURE, *Les troubles musculosquelettiques des membres supérieurs liés au travail : un défi pour la santé au travail*, In La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques, TEC & DOC, Sciences du risque et du danger, série Innovation, Lavoisier, 2010.

capacités physiques de l'organisme et les contraintes auxquelles il est exposé professionnellement⁴¹⁷.

242. Les symptômes varient selon la zone atteinte, mais la douleur reste centrale, souvent accompagnée de raideurs, picotements, engourdissements ou sensations de brûlure. Cette gêne, parfois chronique, altère significativement la qualité de vie⁴¹⁸. Les pathologies les plus fréquentes sont la tendinite, la lombalgie, le syndrome canalaire, la cervicalgie, le syndrome du canal carpien ou encore celui de la coiffe des rotateurs. Ces troubles peuvent apparaître même chez des salariés n'exerçant pas une activité physiquement exigeante, soulignant le rôle décisif des facteurs psychosociaux dans leur genèse.



Répartition par localisation des TMS reconnus en maladie professionnelle

Source : Rapport annuel 2017, Assurance Maladie - Risques professionnels

243. Une origine professionnelle dominante. L'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) souligne que les TMS résultent de facteurs variés, souvent conjugués. Si certains

⁴¹⁷ T. SCHAEVERBEKE, « Les TMS, troubles musculosquelettiques en quelques mots », 14 mars 2014, CHU Bordeaux.

⁴¹⁸ Y. ROQUELAURE, J. BODIN, A. DESCATHA, A. PETIT, « Troubles musculo-squelettiques liés au travail », *Revue du praticien*, janvier 2018, Vol. 68, p. 84-90.

facteurs individuels (âge, surcharge pondérale...) existent, la composante professionnelle est déterminante dans la survenue, le maintien ou l'aggravation des troubles⁴¹⁹.

244. Les risques professionnels se divisent classiquement en deux grandes catégories. Les facteurs physiques comprennent la répétitivité des gestes, la rapidité d'exécution, la manutention de charges, ou encore la nécessité d'une grande précision. Ces contraintes sont d'autant plus dommageables qu'elles peuvent être aggravées par des facteurs environnementaux – exposition au bruit, aux vibrations, ou à des températures extrêmes. Moins visibles, les facteurs psychosociaux et organisationnels sont pourtant majeurs : surcharge de travail, pression temporelle, absence d'autonomie, faible reconnaissance, manque de soutien social ou hiérarchique, insuffisance des temps de récupération, etc. Le stress, en particulier, modifie les réponses physiologiques : il augmente la tension musculaire, retarde la récupération et renforce la perception de la douleur⁴²⁰. Ainsi, la souffrance psychique au travail est à la fois cause et amplificateur de pathologies physiques.

245. Des répercussions multiples. Les conséquences des TMS sont lourdes : pour le salarié, elles se traduisent en douleur persistante, perte de mobilité, voire usure professionnelle pouvant aller jusqu'à l'invalidité. En l'absence de prise en charge précoce, les lésions peuvent s'aggraver et devenir irréversibles⁴²¹. Pour l'employeur, les effets sont également sensibles : baisse de productivité, absentéisme accru, tensions sociales internes et altération de l'image de l'entreprise.

3. Les maladies cardio-vasculaires

246. Les maladies cardio-vasculaires constituent la deuxième cause de mortalité en France. Ce spectre pathologique est large et hétérogène, incluant les cardiopathies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux, les insuffisances cardiaques, les thromboses veineuses profondes, ainsi que diverses pathologies vasculaires périphériques. Les facteurs de risque associés sont tout aussi nombreux et variés : plus de deux cents ont été recensés dans la littérature médicale. L'enjeu sanitaire est considérable, tant en termes de morbi-mortalité que de qualité de vie des patients. Par ailleurs, ces affections représentent un poids économique

⁴¹⁹ Santé publique France, *Troubles musculo-squelettiques*, Dossier, mis à jour le 26 sept. 2022.

⁴²⁰ Institution national de recherche et de sécurité, *Troubles musculo-squelettiques*, Dossier, mis à jour le 4 février 2015.

⁴²¹ Centre de connaissance belge sur le bien-être au travail, *Troubles musculo-squelettiques*, Dossier, beswic.be (consulté le 22 septembre 2023).

majeur, absorbant 20,7 % des dépenses totales remboursées par l'assurance maladie, soit environ 30 milliards d'euros annuels — un montant qui double celui alloué aux cancers, qui pèsent pour 10 % des dépenses⁴²².

247. Les facteurs de risque. Depuis les premières études sur les maladies cardio-vasculaires publiées dès 1961⁴²³, les facteurs de risque classiques tels que le tabagisme, l'obésité ou l'hypertension artérielle ont été largement identifiés. Toutefois, les progrès scientifiques ont progressivement mis en lumière des déterminants plus complexes, notamment d'ordre génétique, environnemental et socioprofessionnel⁴²⁴. Ce dernier domaine, longtemps sous-estimé, a gagné en reconnaissance notamment grâce aux travaux pionniers d'Hans Selye en 1971⁴²⁵, qui soulignait le rôle crucial des stimuli psychosociaux dans la genèse de ces pathologies. Dans cette optique, la dimension professionnelle apparaît comme un facteur psychosocial multifacette, où instabilité de l'emploi, précarité, intensification du travail, exigences émotionnelles et conflits de valeurs constituent des contraintes susceptibles de générer un stress chronique délétère.

248. Les recherches de Selye ont été approfondies notamment par Robert Karasek en 1979, qui a conceptualisé le stress professionnel à travers la théorie du « job strain ». Selon lui, une charge psychologique excessive liée à la réalisation de tâches spécifiques, conjuguée à une faible latitude décisionnelle — soit un manque d'autonomie dans l'organisation et le contrôle du travail — ainsi qu'à des interruptions fréquentes et des exigences contradictoires, contribue substantiellement à l'augmentation du risque de maladies cardio-vasculaires. Par ailleurs, la souffrance psychique, qu'elle soit d'origine professionnelle ou non, est désormais reconnue comme un facteur aggravant : anxiété, dépression, fatigue et stress généralisé exercent un effet nocif sur le système cardiovasculaire⁴²⁶.

249. Un corpus scientifique étendu a consolidé la relation entre facteurs psychosociaux et morbi-mortalité cardio-vasculaire. Parmi ces travaux, quatre études épidémiologiques revêtent une importance particulière : l'*Interheart Study* (Rosengren, 2004), la *Whitehall Study* (Steptoe,

⁴²² E. DIENE, A. FOUQUET, Y. ESQUIROL, « Maladies cardiovasculaires en milieu de travail », *Archives of Cardiovascular Diseases*, janvier 2012, Vol. 105, n°1, p. 33-39.

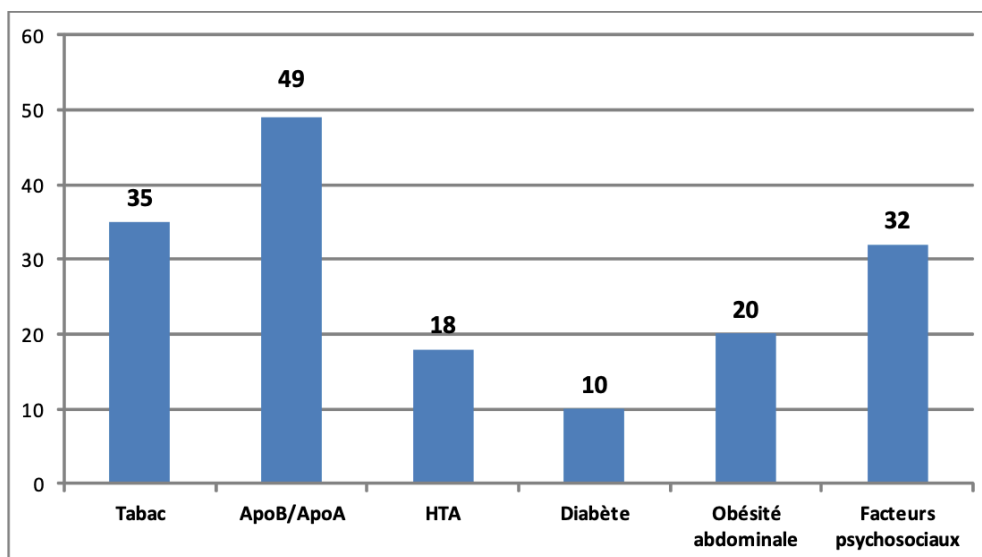
⁴²³ « Factors of risk in the development of coronary heart disease – six year follow-up experience », The Framingham study. *Ann Intern Med* 191.

⁴²⁴ E. DIENE, A. FOUQUET, Y. ESQUIROL, *op. cit.*

⁴²⁵ Médecin québécois, il est le fondateur et le directeur de l'Institut de médecine et chirurgie expérimentale de l'Université de Montréal. Il est également connu comme étant le pionnier des études sur le stress.

⁴²⁶ Fédération française de cardiologie, *op. cit.*

2004 ; Chandola, 2008), une méta-analyse regroupant treize cohortes européennes (Kivimaki, 2012), ainsi que des cohortes européennes et extra-européennes (Xu, 2000). L'*Interheart Study*, menée sur un échantillon de près de 30 000 individus dans 52 pays, est remarquable pour son estimation précise de la contribution relative de divers facteurs de risque, parmi lesquels figurent les facteurs psychosociaux définis au sens large (stress professionnel, stress financier, événements de vie majeurs). Cette étude met en exergue la nécessité de dépasser la seule dimension professionnelle pour appréhender la complexité des déterminants psychosociaux.



Source : Part attribuable au risque d'infarctus du myocarde - Étude Interheart (2004)

250. L'exposition prolongée au stress professionnel apparaît désormais comme un facteur de risque indépendant de pathologie coronarienne ischémique. En France, le stress au travail serait responsable d'environ 3,5 % des cas d'infarctus du myocarde, soit une fourchette annuelle de 3 400 à 4 000 cas. Ce chiffre, significatif, souligne l'importance d'intégrer les risques psychosociaux dans les politiques de prévention cardiovasculaire.

251. Les mécanismes physiologiques par lesquels le stress influence le système cardiovasculaire sont aujourd'hui bien documentés⁴²⁷. Par exemple, l'anxiété favorise les palpitations, arythmies, spasmes coronariens et tachycardies, qui peuvent précipiter des complications graves. Plus largement, le stress chronique induit des modifications métaboliques subtiles mais persistantes : libération accrue de lipides sanguins, convertis en cholestérol ; activation plaquettaire favorisant la thrombose ; élévation durable de la tension artérielle. Par ailleurs, le

⁴²⁷ Fédération Française de Cardiologie, « 5ème cahier de l'Observatoire du Cœur des Français », 29 septembre 2018.

stress nuit aux comportements protecteurs tels qu'une alimentation équilibrée, l'exercice physique régulier et un sommeil réparateur⁴²⁸. Ce contexte favorise l'émergence du syndrome métabolique, condition reconnue comme facteur aggravant pour la santé cardiovasculaire.

252. Des disparités individuelles. Les effets des facteurs psychosociaux sur la santé cardiovasculaire ne sont pas uniformes. Selon la typologie comportementale proposée par Friedman et Rosenman en 1959, la personnalité influe sur la vulnérabilité face au stress⁴²⁹. De surcroît, les salariés confrontés à un fort contrôle sur leur travail ou soumis à de fortes exigences productives - assimilable au modèle du « job strain » de Karasek par exemple - sont plus fréquemment exposés aux pathologies cardiovasculaires. La littérature souligne également une exposition plus prononcée chez les femmes, notamment celles vivant en situation de précarité, de dépression ou dans des conditions socioéconomiques difficiles⁴³⁰. Le Professeur Claire Mounier-Vehier note que les effets délétères du stress s'exercent avec une intensité accrue sur le cœur et les artères féminins, ce qui requiert une attention spécifique.

253. Une fois que la maladie s'est déclarée, la prévention primaire a échoué. Le salarié doit alors interrompre son activité pour se soigner, engendrant des arrêts de travail. Cependant, sans transformation des conditions de travail, la pathologie récidive inéluctablement à son retour, souvent avec des conséquences irréversibles. Ce cycle démontre l'inefficacité d'une approche uniquement curative. En ce sens, les critiques portant sur le prétendu « coût abusif » des arrêts maladie sont dénuées de fondement, voire contre-productives. Le poids financier lié aux traitements, aux invalidités et aux incapacités de longue durée excède largement le coût des absences, soulignant l'urgence de mesures de prévention adaptées.

II. Un arrêt du travail justifié

254. Le mal-être au travail, en particulier lorsqu'il dégénère en pathologie avérée, emporte des conséquences humaines et économiques considérables. Le premier impact se manifeste au niveau des finances publiques, à travers la mobilisation des ressources de la sécurité sociale : indemnisation journalière de l'assuré, remboursement des traitements médicaux et prise en charge des soins nécessaires. Mais le coût est également supporté par les entreprises, sous des

⁴²⁸ Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, *op. cit.*

⁴²⁹ M. BRUCHON-SCHWEITZER, E. BOUJUT, *Psychologie de la santé*, Dunod, Psycho Sup, 2021.

⁴³⁰ T. BARNAY, E. DEFEBVRE, « L'effet des contraintes physiques du travail sur les maladies cardiovasculaires chez les femmes. Enquête Santé et itinéraire professionnel, vagues 2006 et 2010 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, mars 2016, n° 7-8, p. 148-153.

formes variées. Qu'il se traduise par un absentéisme récurrent ou un présentéisme inefficace, le résultat est identique : une altération du fonctionnement collectif du travail et une dégradation de la performance organisationnelle.

255. Les évaluations chiffrées, quoique datées, donnent la mesure du phénomène. Dès 2002, le coût du stress professionnel était estimé à 20 milliards d'euros par an au niveau européen⁴³¹. En France, une étude menée en 2007 évaluait le coût social du stress entre 2 et 3 milliards d'euros par an⁴³². Ce chiffrage recouvre les effets directs (absentéisme, soins médicaux) mais aussi les conséquences plus durables (cessations d'activité, décès prématurés)⁴³³. Il s'agit toutefois d'une estimation minimale, qui ne prend en compte qu'une fraction des situations de travail pathogènes – celles caractérisées par une combinaison de pression élevée et de faible autonomie – et une sélection restreinte de pathologies (affections cardiovasculaires, troubles musculosquelettiques, états dépressifs). Par ailleurs, cette évaluation laisse hors champ la souffrance subjective, non quantifiable, mais pourtant bien réelle, que ces situations engendrent pour les individus concernés⁴³⁴.

256. Ainsi, les conditions de travail dégradées ont un impact tangible sur la santé des salariés, lequel se répercute inévitablement sur le plan économique. Dans ce contexte, l'arrêt de travail constitue à la fois un signal d'alerte et un mécanisme de protection. Lorsqu'il intervient précocement, il permet de prévenir l'aggravation de l'état de santé, d'engager une dynamique de soins, et d'éviter les formes les plus lourdes d'incapacité ou d'exclusion durable de l'emploi (A). Toutefois, l'effectivité de cette fonction curative et préventive se heurte à de multiples obstacles. L'arrêt de travail est de plus en plus perçu, non comme une ressource thérapeutique, mais comme une épreuve en soi, exposant le salarié à des suspicions, à des pressions, voire à une fragilisation de sa position professionnelle. Il tend ainsi à devenir une source supplémentaire de souffrance, au point de dissuader certains salariés d'y recourir (B).

⁴³¹ Le stress serait aussi à l'origine de 50 à 60 % de l'ensemble des journées de travail perdues. « Travailler sans stress ! », *Semaine européenne de la sécurité et de la santé au travail*, 2002, p. 4.

⁴³² Ch. TRONTIN, S. BOINI, M. LASSAGNE, S. RINAL, *Le coût du stress professionnel en France en 2007*, Rapport d'information, INRS, janvier 2010, 10 pages.

⁴³³ S. BEJEAN, H. SULTAN-TAIEB, "Modelling the social cost of diseases imputable to stress at work", *European Journal of Health Economics*, 2005, n° 50, p. 16-23.

⁴³⁴ INRS, *Stress au travail*, op. cit.

A. Une mise à l'écart thérapeutique

257. Une réponse à l'incapacité de travailler. Le mal-être psychique, lorsqu'il s'installe dans la durée, se manifeste par des troubles aux expressions cliniques variables, selon les individus et leur contexte de travail. Toutes les pathologies n'entraînent pas une incapacité de travail visible ou objectivable par des signes cliniques classiques. Si une fracture ou une infection virale ne suscitent guère de contestation, la souffrance psychique, en revanche, peut engendrer une paralysie fonctionnelle totale sans que cela soit immédiatement perceptible. Une détresse morale intense peut ainsi rendre impossible toute activité professionnelle, y compris le simple fait de se rendre sur le lieu de travail.

258. Un outil thérapeutique. Une fois le diagnostic posé, un parcours thérapeutique est engagé, le plus souvent sous l'égide du médecin traitant, et parfois en coordination avec d'autres spécialistes (psychiatre, psychologue, cardiologue...). Si les traitements médicamenteux permettent d'atténuer certains symptômes, ils ne suffisent pas toujours à enrayer l'origine du trouble. Lorsque le facteur pathogène réside dans l'activité professionnelle elle-même, un retrait temporaire du poste de travail, par le biais d'un arrêt maladie, devient alors indispensable⁴³⁵. Il ne s'agit pas seulement de mettre un terme à une exposition nocive, mais également de permettre au salarié de prendre la distance nécessaire à un processus de reconstruction⁴³⁶.

259. Selon l'étude « Souffrance psychique au travail : rôle des psychiatres libéraux » (2016), l'arrêt maladie constitue, pour de nombreux praticiens, un élément central de la stratégie de soin. Il ne s'agit pas uniquement d'un temps de repos : en retirant le salarié de son environnement de travail, l'arrêt permet notamment de limiter le risque suicidaire. Lorsqu'il intervient de manière préventive, avant toute altération manifeste de l'état de santé, il remplit une fonction protectrice essentielle.

260. L'arrêt maladie représente aussi une période précieuse de coordination entre les différents acteurs du soin⁴³⁷. Le traitement des pathologies liées au travail, souvent complexes

⁴³⁵ Conseil national de l'Ordre des médecins, « Prescrire un arrêt de travail », 2 mai 2019.

⁴³⁶ Observatoire régional de la santé PACA et Système d'information en santé, Travail et environnement, « Conduite à tenir pour le médecin traitant », sistepaca.org, mis à jour en mars 2019 (consulté le 22 septembre 2023).

⁴³⁷ « Guide pratique pour les médecins généralistes », souffrance-et-travail.fr, mis à jour en mars 2021 (consulté le 22 septembre 2023).

et multifactorielles, appelle une approche pluridisciplinaire : médecins généralistes, psychiatres, psychologues, mais aussi médecin du travail.

261. Une rupture avec l'exposition pathogène. L'arrêt de travail s'impose dans les situations où la poursuite de l'activité professionnelle aggrave l'état de santé du salarié. Ce dernier conserve, malgré la maladie, un droit fondamental à la protection de sa santé. Or, tant que le contexte professionnel pathogène subsiste, une stabilisation spontanée de l'état du patient est improbable. Dans certaines hypothèses, l'exposition prolongée peut même engendrer de nouvelles pathologies. Le maintien dans un poste de travail délétère est alors incompatible avec les impératifs de soin : il convient de soustraire immédiatement l'individu à une situation toxique, et l'arrêt de travail médicalement prescrit devient un levier d'urgence thérapeutique.

262. Un temps de préparation du retour à l'emploi. L'arrêt de travail, par nature temporaire, appelle une réflexion sur les conditions du retour dans l'entreprise. Or, une réintégration sans accompagnement, ni aménagement, expose le salarié au risque d'une rechute. La seule guérison clinique ne suffit pas à garantir une reprise pérenne de l'activité. Un travail en amont doit être mené pour analyser les facteurs de risque et, le cas échéant, modifier les conditions de travail. Cela suppose souvent l'implication des services RH, du médecin du travail, voire d'intervenants extérieurs. À défaut, l'arrêt n'a qu'un effet transitoire : la souffrance se reconstitue dès la reprise.

263. Dans certaines situations, l'arrêt de travail ouvre sur une réflexion plus radicale : celle d'une sortie définitive de l'entreprise. La souffrance éprouvée peut avoir détruit la confiance du salarié envers son environnement professionnel, rendant tout retour inenvisageable. Des alternatives peuvent être discutées avec le médecin du travail, comme une mobilité interne. Mais, si le salarié aspire à quitter l'entreprise, et faute d'accord pour une rupture conventionnelle, il peut se voir contraint à la démission, sans droit à l'assurance chômage. L'arrêt de travail permet alors un statu quo temporaire, offrant au salarié le temps nécessaire pour se soigner, envisager une reconversion ou rechercher un nouvel emploi.

264. L'arrêt de travail constitue ainsi un outil thérapeutique indispensable face aux atteintes à la santé liées au travail. En rompant temporairement avec un environnement professionnel pathogène, il permet la mise en place d'un parcours de soins et prépare la suite, qu'il s'agisse d'une reprise ou d'une sortie de l'entreprise. Pourtant, son recours n'est pas toujours évident. Il

existe une fracture préoccupante entre le droit théorique à l'arrêt maladie et son effectivité pratique – un décalage que la suite de l'analyse permettra d'éclairer.

B. Une solution incertaine et stigmatisée

265. Si l'état de santé d'un salarié fait obstacle à l'exercice de son activité, celui-ci peut, en principe, bénéficier d'un arrêt de travail prescrit médicalement. Ce droit repose sur une condition simple : l'incapacité temporaire de travailler, qu'elle soit due à une pathologie physique ou psychique. Pourtant, malgré une reconnaissance juridique claire, le recours à l'arrêt maladie demeure, en pratique, bien inférieur à ce qu'exigerait la réalité des souffrances au travail. De nombreux salariés, bien que confrontés à une altération manifeste de leur santé, continuent de travailler alors même qu'ils sont objectivement inaptes à le faire. Ce maintien au poste peut résulter d'un choix personnel, d'un attachement à l'équipe ou encore d'un sentiment de responsabilité, mais il est souvent le produit d'incitations implicites, de freins institutionnels ou d'une crainte du regard social.

266. Deux séries d'obstacles se dessinent alors. La première tient à la difficulté de reconnaissance des pathologies liées au mal-être professionnel : qu'elles soient physiques ou psychiques, leur diagnostic et leur prise en charge sont souvent laborieux, tant sur le plan médical qu'organisationnel (1). La seconde réside dans la perception profondément ambivalente, parfois disqualifiante, dont fait l'objet l'arrêt maladie, en particulier lorsqu'il est motivé par une pathologie psychique : crainte d'être stigmatisé, jugé ou marginalisé au sein de l'entreprise et au-delà, dans l'espace social (2). Dans un tel contexte, de nombreux salariés renoncent à faire valoir un droit pourtant essentiel, au détriment de leur santé.

1. Une reconnaissance laborieuse

267. Une subjectivité obstacle. A chaque pathologie correspond une procédure de diagnostic spécifique. Lorsqu'il s'agit de troubles physiques – par exemple musculosquelettiques⁴³⁸ – le diagnostic repose le plus souvent sur des signes cliniques objectivables, des antécédents médicaux bien identifiés, et, le cas échéant, sur des examens complémentaires. En présence de maladies plus complexes comme les affections cardiovasculaires, le recours à des spécialistes – tel un cardiologue – s'impose pour confirmer le

⁴³⁸ Assurance Maladie, « Symptômes, diagnostic et évolution des troubles musculosquelettiques », 12 février 2020, [ameli.fr](https://www.ameli.fr) (consulté le 22 septembre 2023).

diagnostic, évaluer la gravité de la pathologie et orienter le choix thérapeutique⁴³⁹. Dans ce contexte, la reconnaissance médicale de la maladie suit un chemin balisé, généralement dépourvu de remise en question quant à la légitimité de la souffrance.

268. À l'inverse, la reconnaissance des pathologies psychiques demeure marquée par une incertitude persistante. Les symptômes y sont fondamentalement subjectifs, évolutifs et variables selon les individus. Un patient peut se sentir mieux le jour de sa consultation médicale, ou encore minimiser ses symptômes par pudeur ou doute. Cette variabilité rend le trouble difficile à objectiver, tant pour le professionnel de santé que pour le salarié lui-même. Il peut en résulter un sentiment de décalage, voire d'illégitimité, renforcé par la comparaison implicite avec les pathologies somatiques plus facilement reconnaissables.

269. Un devoir de convaincre. Cette invisibilité des symptômes engendre une difficulté supplémentaire : le sentiment de devoir convaincre son médecin, de justifier d'une souffrance qui ne se voit pas. Ce devoir de preuve est d'autant plus pesant qu'il entre en contradiction avec l'état psychique du salarié, souvent marqué par le doute de soi, l'épuisement ou la culpabilité. Si le médecin peine parfois à mesurer l'intensité de la souffrance, c'est aussi en raison d'une vigilance légitime face aux risques d'abus ou à la diversité des tableaux cliniques. Dès lors, la prescription d'un arrêt peut être retardée ou refusée, accentuant la souffrance psychique au lieu de l'apaiser.

270. L'absence de manifestation physique tangible complique d'autant plus la reconnaissance de la nécessité d'un arrêt de travail. La définition juridique de l'arrêt maladie repose sur l'existence d'une incapacité physique de travailler, sans que le critère psychique ne soit clairement intégré. Or, dans les cas de souffrance mentale, le corps ne trahit rien. Rien ne semble, extérieurement, justifier une interruption d'activité. Pourtant, dans bien des cas, un arrêt immédiat s'avère nécessaire. En pratique, l'errance diagnostique peut être longue, surtout lorsqu'elle impose de consulter plusieurs spécialistes non conventionnés, dont les honoraires élevés et la faible accessibilité (notamment l'absence de tiers payant) peuvent dissuader des salariés précaires ou isolés⁴⁴⁰.

⁴³⁹ M. JSHEA, T. CASCINO, « Introduction au diagnostic des maladies cardiovasculaire », *Merck de diagnostic et thérapeutique*, octobre 2019.

⁴⁴⁰ Ministère de la santé et des sports, « Parcours de soins coordonnés : Règles de facturation dans les établissements de santé », mis à jour le 15 septembre 2009 (consulté le 22 septembre 2023).

271. Un lien de causalité complexe. Une seconde difficulté réside dans l'identification du lien entre la pathologie et les conditions de travail. Toute prise en charge durable suppose d'agir non seulement sur les symptômes, mais aussi sur les causes du mal. De même qu'une douleur lombaire réapparaîtra en l'absence d'ajustement des postes de travail, une souffrance psychique non traitée dans son origine professionnelle ne peut que ressurgir. L'arrêt maladie ne peut donc être pensé en dehors d'un travail sur les conditions d'exercice du salarié.

272. Pourtant, dans nombre d'entreprises, ce lien est nié ou ignoré. Le mal-être au travail reste sous-estimé, voire refoulé. Ce déni organisationnel empêche toute action préventive efficace. L'arrêt de travail doit alors devenir un levier de prise de conscience pour l'employeur : il doit être utilisé pour analyser les causes professionnelles du trouble et mettre en place les ajustements nécessaires à un retour en emploi viable. Faute de quoi, le retour du salarié, même après guérison partielle, se fera dans un cadre inchangé, reproduisant les mêmes effets délétères.

273. Une double expertise est donc requise. Tandis que le médecin traitant (souvent épaulé par des spécialistes) diagnostique la pathologie et prescrit un traitement, le médecin du travail doit, avec le soutien de son équipe pluridisciplinaire, préparer les conditions d'un retour sécurisé en entreprise. Or, en pratique, cette articulation fait défaut. Le salarié consulte spontanément son médecin traitant, sans toujours penser à solliciter le médecin du travail⁴⁴¹. Le lien entre pathologie et activité professionnelle peut alors passer inaperçu, compromettant toute tentative de réintégration durable⁴⁴².

274. À ces difficultés s'ajoute un facteur de blocage majeur : le poids du regard social. Dans l'imaginaire collectif, l'arrêt de travail est parfois associé à la paresse, à l'abus, voire à une forme d'assistanat. Cette représentation stigmatisante dissuade nombre de salariés de s'arrêter, par crainte d'être jugés, suspectés ou marginalisés. La stigmatisation frappe d'autant plus fort les arrêts pour souffrance psychique, perçus comme moins « légitimes » que les arrêts consécutifs à des blessures physiques. Ainsi, le choix de se soigner entre en tension avec le désir de rester digne et respecté dans l'espace professionnel comme dans l'espace social.

⁴⁴¹ G. DERIOT, *Le mal-être au travail : passer du diagnostic à l'action*, Rapport d'information n°642 (2009-2010), Sénat, 7 juillet 2010, 127 pages. Au sein de ce rapport, le Sénat affirme sa volonté de sensibiliser davantage les médecins au cours de leur formation initiale ou continue aux questions de santé au travail. L'objectif est qu'ils puissent faire rapidement le lien entre une pathologie et les conditions de travail subies par le salarié/ patient.

⁴⁴² *Ibid.*

2. Une perception sociale souvent disqualifiante

« Quelle triste époque où il est plus facile de désintégrer un atome qu'un préjugé. »

- Albert Einstein.

275. L'arrêt de travail pour raison de santé, loin d'être perçu comme un droit fondamental du salarié en situation de souffrance, demeure entaché de représentations sociales archaïques et disqualifiantes. Ce décalage entre la réalité clinique du besoin de repos et les perceptions collectives participe à un processus insidieux de stigmatisation des salariés malades, aggravant leur vulnérabilité et nuisant à leur rétablissement.

276. Une stigmatisation du salarié arrêté. L'arrêt maladie est fréquemment assimilé à une faiblesse personnelle ou à un manque d'investissement professionnel, et cela avec une intensité accrue lorsqu'il s'agit de pathologies psychiques, dont l'invisibilité alimente les soupçons. Ces représentations relèvent d'une logique de disqualification sociale : la stigmatisation, entendue comme l'attribution de traits négatifs à une personne en raison de caractéristiques jugées déviantes, conduit à l'isolement, à la méfiance, voire au rejet⁴⁴³. Comme le rappelle la littérature spécialisée, *« la stigmatisation accompagne toutes les formes de maladie mentale, mais elle est en général d'autant plus marquée que le comportement de l'individu diffère davantage de ce qui est "normal" »*⁴⁴⁴.

277. Une culture managériale de la suspicion. Le premier cercle dans lequel s'exerce cette stigmatisation est celui de l'entreprise. Face à la hausse du nombre d'arrêts et à la crainte d'abus, nombre d'employeurs adoptent une posture de suspicion systématique. L'arrêt est interrogé non seulement dans son principe, mais également dans sa durée ou son opportunité. Certaines directions vont jusqu'à remettre en cause publiquement la légitimité de la procédure d'arrêt, instillant chez les salariés l'idée que s'arrêter de travailler, c'est se mettre en faute vis-à-vis du collectif. Le simple fait de solliciter un rendez-vous auprès du médecin du travail peut alors être perçu comme suspect. La crainte de représailles ou de blocages dans l'évolution professionnelle devient un facteur de dissuasion puissant. Ces dynamiques sont encore plus marquées lorsque

⁴⁴³ Propos de Brendan Bannon, Médecins sans frontières, dans « La stigmatisation en Santé mentale » publié par l'association québécoise pour la réadaptation psychosociale (page internet consultée le 23 oct. 2023).

⁴⁴⁴ Citation de l'« OMS Santé mentale : la charge cachée et indéterminée », dans « La stigmatisation en Santé mentale », *op. cit.*

la pathologie en cause est psychique : les représentations dominantes les associent à l'instabilité, au manque de fiabilité ou à l'imprévisibilité.

278. Le poids du collectif. Cette défiance ne provient pas uniquement de la hiérarchie. Les collègues eux-mêmes peuvent participer à ce processus. L'absence d'un salarié alourdit en effet la charge de travail de l'équipe, notamment lorsque le travailleur n'est pas immédiatement remplacé — ce qui est fréquent dans les fonctions spécialisées ou lors d'absences de courte durée. Le salarié absent peut alors être perçu comme un facteur de déséquilibre ou d'injustice. Son retour sera d'autant plus difficile que la défiance s'est installée, instaurant un climat de suspicion et d'exclusion. Le cercle vicieux du mal-être est alors pleinement engagé.

279. Une disqualification relayée dans l'espace public. La stigmatisation s'étend bien au-delà du milieu professionnel. Dans l'espace public et médiatique, les arrêts maladie sont régulièrement décriés comme autant de manifestations d'un relâchement moral, d'une culture de la dépendance, ou encore d'un coût social excessif. Jean-Baptiste Obéniche, directeur général de l'Anact, évoque à cet égard des caricatures tenaces : les arrêts sont vus « *par les uns comme une prise illégale de congés, par les autres comme le résultat des insuffisances du management... Les caricatures ont la vie dure lorsqu'on évoque l'absentéisme* »⁴⁴⁵. Or, cette déconsidération sociale produit des effets directs sur les comportements individuels. De nombreux salariés en souffrance renoncent à demander un arrêt médicalement justifié, redoutant d'être perçus comme des profiteurs ou des personnes fragiles. Ce déni de leurs propres besoins aggrave leur état de santé et reporte d'autant la prise en charge thérapeutique.

280. Conscients de ce phénomène, les professionnels de santé tirent la sonnette d'alarme. Le Syndicat de la médecine générale (SMG) a, dans une lettre ouverte, dénoncé « *les raccourcis idéologiques* » réduisant l'arrêt maladie à un acte de paresse ou de fraude. Le SMG y souligne une double conséquence délétère : d'une part, la culpabilisation des médecins et des patients ; d'autre part, la montée d'un « *présentéisme contraint* » où les salariés poursuivent leur activité malgré des pathologies avérées, par crainte de perdre une partie de leur salaire ou de peser sur leurs collègues⁴⁴⁶. Le syndicat appelle donc les patients à revendiquer sans honte leur droit à l'arrêt, à protéger leur santé, et à ne pas se justifier au-delà de ce qui est requis par la loi.

⁴⁴⁵ « Absentéisme : le débat est ouvert », *Travail et changement*, Revue de la Qualité de vie au travail, janvier 2010, p. 3.

⁴⁴⁶ Syndicat de la Médecine Générale, « Défendre les arrêts de travail - Les arrêts maladie sont un droit des personnes malades, ils font partie des traitements », 3 mai 2018.

281. L’auto-stigmatisation. Cette culpabilité intériorisée donne naissance à un phénomène bien documenté dans la littérature internationale : l’auto-stigmatisation. Le salarié finit par adhérer aux jugements négatifs portés à son encontre, s’interdisant toute demande d’aide ou renonçant à ses droits. Il anticipe les critiques, se censure, et en vient à considérer qu’il mérite les conséquences de sa situation⁴⁴⁷. Une enquête québécoise révélait ainsi que près des deux tiers des personnes atteintes de troubles psychiques renonçaient à demander un arrêt ou à consulter, par peur d’être jugées⁴⁴⁸. Ce mécanisme contribue à l’enracinement du mal-être et à la chronicisation des pathologies.

282. Ainsi, le stigmate social associé à l’arrêt maladie — et plus encore à celui fondé sur une souffrance psychique — constitue un frein puissant à la reconnaissance, à la prise en charge et à la prévention des pathologies professionnelles. Cette disqualification symbolique opère sur un terrain déjà marqué par la vulnérabilité, renforçant l’isolement et compromettant la rémission. Il devient dès lors essentiel de déconstruire ces représentations sociales, d’encourager une parole libérée sur la santé mentale au travail, et de restaurer la légitimité pleine et entière du recours à l’arrêt maladie⁴⁴⁹. Car, si le mal-être au travail est aujourd’hui une réalité objectivée, il n’est en rien une fatalité : il appelle des réponses structurelles, à la hauteur des enjeux humains, sociaux et économiques qu’il soulève (chapitre II).

⁴⁴⁷ B. LAVAUD-LEGENDRE, « La paradoxale protection de la personne vulnérable par elle-même : les contradictions d’un « droit de la vulnérabilité » en construction », *Revue de droit sanitaire et social*, mai 2010, n°3, p. 520-526.

⁴⁴⁸ Société pour les troubles de l’humeur du Canada (<https://troubleshumeur.ca/stigma/>).

⁴⁴⁹ H. SAVALI, V. ZARDET, D. BONNET, « Gestion des risques psychosociaux au travail. Un impératif ... à démystifier », *Connexions*, 2015, n° 103, p. 61-74.

Chapitre II

Les limites structurelles de la prévention primaire

283. La souffrance au travail ne constitue ni une fatalité, ni un phénomène intangible auquel il conviendrait de se résigner. Elle n'est pas l'expression d'un destin, mais bien celle d'une organisation du travail défaillante, dont les effets délétères pourraient être contenus, voire évités. Le mal-être professionnel, produit des mutations contemporaines du monde du travail, appelle donc une réponse en amont : celle de la prévention⁴⁵⁰. La protection de la santé mentale des salariés n'est pas un vœu pieux, mais une exigence juridique et éthique qui s'impose aux employeurs comme aux institutions publiques⁴⁵¹.

284. La prévention des risques professionnels s'inscrit dans une démarche à trois niveaux. Le Bureau International du Travail (2002) en propose une typologie désormais classique : la prévention primaire, qui vise à éliminer les causes mêmes du stress au travail ; la prévention secondaire, qui tend à renforcer les capacités individuelles à faire face aux tensions professionnelles ; et la prévention tertiaire, qui consiste à prendre en charge les conséquences des risques avérés⁴⁵². Ces niveaux d'action, complémentaires, sont reconnus au plan européen comme au plan national. L'accord-cadre européen d'octobre 2014 souligne que la prévention du stress au travail peut mobiliser des mesures collectives ou individuelles, et les recommandations françaises, notamment l'Accord national interprofessionnel de 2008 ou les

⁴⁵⁰ E. LAFUMA, C. WOLMARK, « Le lien santé-travail au prisme de la prévention. Perspectives juridiques », *PISTES*, 2018, n° 20-1.

⁴⁵¹ D. BOISSARD, « Les assises de la santé au travail, Prévenir pour éviter le pire, les entreprises n'ont plus le choix », *Liaisons sociales*, juin 2008.

⁴⁵² P. LÉGERON, *op. cit.*

rapports de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, s'inscrivent dans cette logique articulée.

285. Le mal-être au travail représente un coût humain, social et économique considérable. Or, si ce phénomène est évitable, force est de constater que les dispositifs de prévention ne parviennent pas à endiguer sa progression. Cette inefficacité tient à une double carence. Elle s'explique, d'une part, par le désengagement ou l'inadéquation des politiques internes de prévention au sein des entreprises : les outils juridiques sont disponibles, mais restent souvent inadaptés, obsolètes ou inopérants (Section I). Elle trouve, d'autre part, son origine dans les limites structurelles des acteurs extérieurs à l'entreprise, qui, bien qu'essentiels à la protection de la santé mentale au travail, sont freinés par un manque de moyens, d'autonomie ou de reconnaissance (Section II).

Section I. Une prévention institutionnelle inadaptée aux risques psychosociaux

286. La lutte contre la souffrance psychique en milieu professionnel suppose une action coordonnée, au plus près des réalités du travail. C'est au sein même des entreprises, par les encadrants et les services internes, que cette prévention primaire devrait s'enraciner. Elle implique une évaluation continue des conditions de travail et la mise en œuvre de mesures adaptées avant même l'apparition des premiers signes de mal-être. Si certaines grandes entreprises se dotent désormais de référents dédiés à la qualité de vie au travail, la plupart laissent cette responsabilité aux services des ressources humaines, dont ce n'est ni la seule, ni toujours la principale mission⁴⁵³.

287. Face à l'inaction ou à l'insuffisance des démarches internes⁴⁵⁴, le législateur a posé des obligations juridiques censées encadrer cette prévention⁴⁵⁵. Mais ces instruments normatifs, pour l'essentiel conçus à l'époque des risques physiques traditionnels, peinent à s'adapter aux

⁴⁵³ E. DRAIS, M. FAVARO, *Manager la santé-sécurité au travail : de l'outil de gestion à l'organisation de la prévention*, in *Risques psychosociaux, santé et sécurité au travail : une perspective managériale*, Magnard-Vuibert, 2012.

⁴⁵⁴ M. BLATMAN, « Regards sur l'état de santé au travail et la prévention des risques », *Droit social*, novembre 2005, n°11, p. 960-970.

⁴⁵⁵ J-B. MOUSTIE, *op. cit.*

enjeux contemporains des risques psychosociaux⁴⁵⁶. Le cadre structurel de la prévention reste en grande partie inopérant : ni la négociation collective ni l'obligation générale de santé et de sécurité ne parviennent à prévenir efficacement les atteintes à la santé mentale au travail⁴⁵⁷ (I).

288. En parallèle, les entreprises ne semblent véritablement contraintes qu'en cas de contentieux, lorsque leur responsabilité est engagée. Or cette responsabilité demeure morcelée, aux contours souvent incertains, et insuffisamment dissuasive. Si la multiplication des affaires judiciaires pourrait laisser croire à un tournant, les leviers juridiques disponibles – qu'il s'agisse de la faute inexcusable ou du risque pénal – restent peu mobilisés. La dilution des responsabilités, permise notamment par la délégation de pouvoirs, affaiblit encore l'efficacité du droit (II).

I. Des obligations structurelles inopérantes

289. La protection de la santé des salariés repose sur un socle d'obligations légales mises à la charge de l'employeur⁴⁵⁸. Au premier rang figure le devoir d'information. L'article L. 4141-1 du Code du travail impose ainsi à l'employeur d'organiser une information des travailleurs « *sur les risques pour la santé et la sécurité ainsi que sur les mesures prises pour y remédier* ». Cette exigence présente un double intérêt : elle permet non seulement une meilleure connaissance des risques par les salariés eux-mêmes, mais manifeste aussi, du côté de l'employeur, la reconnaissance des difficultés potentielles et son engagement, au moins formel, à les prévenir.

290. À cette information s'ajoute une obligation de formation à la sécurité, adaptée aux spécificités de chaque poste et aux évolutions de la situation professionnelle. Elle concerne prioritairement les nouveaux embauchés et les salariés faisant l'objet d'un changement de poste ou de conditions de travail⁴⁵⁹. Pratique et ciblée, cette formation est intégralement financée par l'employeur⁴⁶⁰. Elle peut nécessiter le concours d'organismes spécialisés ou de services de

⁴⁵⁶ J-B. MOUSTIE, *Droit et risques psychosociaux*, Thèse, Bordeaux, 2014.

⁴⁵⁷ M-A. MOREAU, « Pour une politique de santé dans l'entreprise », *Droit social*, septembre 2002, n° 9/10, p. 817-827.

⁴⁵⁸ M-A. MOREAU, « L'obligation générale de préserver la santé des travailleurs », *Droit social*, mai 2013, n° 5, p. 410-414.

⁴⁵⁹ C. Trav., Art. L.4141-2.

⁴⁶⁰ C. Trav., Art. L.4141-4.

prévention des caisses régionales d'assurance maladie⁴⁶¹. Elle constitue un levier essentiel de maîtrise des risques professionnels.

291. Toutefois, ces dispositifs sont historiquement centrés sur les risques physiques. Dans les faits, rares sont les entreprises qui informent leurs salariés sur les risques psychosociaux, pourtant omniprésents dans toutes les sphères professionnelles. La crainte de démotiver les équipes ou de ternir l'image de l'organisation freine toute transparence à cet égard. Ce déficit d'information a des conséquences directes : les mesures de prévention restent inexistantes ou inadaptées, et les représentants du personnel sont privés des outils nécessaires à leur action. Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), censé pallier ce manque, demeure souvent formel ou lacunaire dans sa prise en compte des atteintes à la santé mentale.

292. D'autres obligations, plus structurelles, peuvent également servir de vecteurs à une meilleure prévention. La négociation collective, d'une part (A), constitue une voie privilégiée pour adapter les conditions de travail aux réalités du terrain, à condition qu'elle soit effectivement menée et aboutisse à des mesures concrètes. D'autre part, l'obligation générale de sécurité (B), dont la portée est vaste mais mal définie, impose à l'employeur de préserver la santé physique et mentale des salariés. Pourtant, aucune disposition légale ne lui impose expressément de mettre en œuvre une politique de prévention des risques psychosociaux⁴⁶². Toute démarche en ce sens relève encore aujourd'hui de l'initiative volontaire de l'entreprise – un volontarisme d'autant plus incertain que les incitations juridiques sont ténues.

A. La négociation collective

« Pour agir avec prudence, il faut savoir écouter. »

- Sophocle.

293. Ce précepte ancien prend une résonance toute particulière dans le champ de la santé et de la sécurité au travail, où la prudence doit aller de pair avec l'écoute. Toute réforme de l'organisation ou du contenu du travail est susceptible d'avoir des répercussions – souvent sous-estimées – sur la santé physique ou mentale des salariés. D'où la nécessité, soulignée par la jurisprudence comme par la doctrine, d'intégrer systématiquement les travailleurs à la réflexion via leurs représentants. Non seulement l'écoute des salariés permet de mieux évaluer l'impact

⁴⁶¹ C. Trav., Art. L.4142-1.

⁴⁶² J-B. MOUSTIER, *op. cit.*

psychique des transformations envisagées, mais elle ouvre également la voie à une prévention plus ajustée, plus humaine, plus efficace.

294. La négociation collective constitue à cet égard un levier stratégique⁴⁶³. Elle permet, d'une part, de rééquilibrer le pouvoir de décision de l'employeur en donnant une place institutionnelle à l'expression des intérêts collectifs. D'autre part, elle contribue à renforcer la cohésion interne, à nourrir un sentiment d'inclusion et de reconnaissance, et plus généralement à améliorer le climat social. Ces effets sont loin d'être anecdotiques dans une économie marquée par la précarité, la mobilité contrainte et l'usure psychique. Même sans aboutir à un accord formel, le processus de dialogue social peut avoir des effets bénéfiques, à lui seul, sur la qualité de vie au travail.

295. Au-delà de son efficacité directe, la négociation peut également produire des effets réflexifs. Elle favorise, au sein des directions, une prise de conscience des tensions ou dysfonctionnements internes. Cette prise de conscience, même si elle ne débouche pas sur un accord, peut conduire à l'adoption de mesures unilatérales, comme le recours au télétravail, la réorganisation des horaires ou la réduction de la charge de travail. Le pouvoir de direction demeure ici entier, sous réserve du respect du Code du travail et des stipulations contractuelles. Toute modification d'un élément essentiel du contrat nécessite en effet l'accord exprès du salarié, tandis que certaines mesures, comme le télétravail, doivent respecter des formalismes spécifiques.

296. C'est toutefois lorsque la négociation aboutit à un accord collectif que son potentiel préventif s'exprime pleinement. L'élaboration conventionnelle permet de concevoir des dispositifs sur mesure, adaptés aux besoins réels de l'entreprise et de ses salariés. En ce sens, la souplesse normative de la convention collective est un atout. Elle autorise la construction d'un plan d'action progressif, cohérent et juridiquement sécurisé. Le dialogue social devient alors un véritable instrument de régulation des risques psychosociaux, permettant d'anticiper plutôt que de réparer.

297. Pourtant, malgré ses vertus, la négociation collective demeure sous-exploitée en matière de prévention des risques psychosociaux. Certes, une obligation légale de négocier sur la qualité de vie et des conditions de travail existe (1). Mais celle-ci est souvent abordée de manière

⁴⁶³ P-H. ANTONMATTEI, « Négocier un accord sur la qualité de vie au travail », *Droit social*, février 2015, n° 2, p. 131-133.

formelle, voire contournée. L'investissement réel des entreprises et la qualité du dialogue conditionnent pourtant son efficacité (2).

1. Une obligation en question

298. Le Code du travail impose aux entreprises dotées de délégués syndicaux d'engager une négociation sur la qualité de vie et les conditions de travail (a). Si cette obligation traduit une volonté de structurer le dialogue social autour des enjeux de bien-être au travail⁴⁶⁴, elle reste partielle : toutes les entreprises ne sont pas concernées, et l'exercice se limite souvent à un simple formalisme. Une véritable dynamique préventive supposerait pourtant, en amont des discussions, un diagnostic des risques psychosociaux et une évaluation de l'impact des réformes organisationnelles envisagées (b). Mais cette étape essentielle n'est pas imposée par les textes, ce qui en limite fortement la diffusion.

299. En outre, certaines transformations majeures des conditions de travail échappent à toute discussion obligatoire. Le télétravail en est un exemple emblématique (c) : son déploiement peut profondément bouleverser l'équilibre psychique des salariés, sans pour autant susciter, dans la plupart des cas, un véritable dialogue structuré.

a. Un statut quo initial

300. Un effort législatif structurant. L'article L. 2242-1 du Code du travail impose, dans les entreprises dotées de sections syndicales, une négociation quadriennale sur plusieurs thèmes, parmi lesquels figurent l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes ainsi que la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT). Le législateur a précisé le contenu de cette négociation à l'article L. 2242-17, en fixant un périmètre thématique large : articulation des temps de vie⁴⁶⁵, égalité professionnelle, droit d'expression des salariés, droit à la déconnexion, prévention de la désinsertion professionnelle, etc. Cette densité témoigne d'une double reconnaissance : celle de la pluralité des déterminants du bien-être au travail⁴⁶⁶, et celle du rôle stratégique du dialogue social dans la prévention des risques psychosociaux.

⁴⁶⁴ N. DEDESSUS-LE-MOUSTIER, *La protection de la santé du salarié : de l'hygiène et la sécurité au bien-être au travail*, In *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*, Tec & Doc. Sciences du risque et du danger, série Innovation. Lavoisier, 2010.

⁴⁶⁵ Pour rappel, 36% des actifs déclarent avoir des difficultés à articuler vie privée et vie professionnelle.

⁴⁶⁶ T. COUTROT, *Travail et bien-être psychologique*, rapport, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, mars 2018.

301. Une avancée formelle. En ce sens, l'obligation de négocier constitue un progrès. Elle structure l'agenda du dialogue social autour d'enjeux immatériels trop longtemps négligés, tout en contraignant l'employeur à prendre en compte les déterminants organisationnels du mal-être⁴⁶⁷. Le législateur promeut ainsi une forme d'anticipation institutionnelle des troubles liés au travail, en posant la négociation comme vecteur d'alerte, d'ajustement et, potentiellement, de transformation des conditions de travail.

302. Cependant, cette ambition normative reste en grande partie théorique. La portée de l'obligation demeure limitée à deux égards. D'abord, elle ne concerne que les entreprises d'au moins cinquante salariés, alors que les petites structures sont loin d'être épargnées par les tensions organisationnelles. Cette exclusion soulève un débat sur la capacité des petites structures à instituer des dispositifs préventifs efficaces en l'absence d'obligations légales contraignantes, ainsi que sur la pertinence d'un seuil numérique arbitraire dans un contexte où la qualité de vie au travail se déploie dans toutes les dimensions professionnelles. Ensuite, sa périodicité – tous les quatre ans⁴⁶⁸ – apparaît en décalage avec les mutations rapides du travail contemporain. Crises sanitaires, transitions numériques, inflation normative : autant de facteurs qui affectent durablement les équilibres internes et rendent insuffisante une concertation aussi espacée.

303. Un enjeu de prévention et d'engagement. En dépit de la formalisation légale, la négociation sur la QVCT reste souvent déconnectée des démarches effectives de prévention des risques psychosociaux. L'absence d'obligation d'évaluation préalable et d'analyse des impacts conduit à une forme de ritualisation du dialogue social, cantonné à un exercice de communication plus que de transformation. Ce phénomène questionne la portée réelle du droit souple (« soft law ») dans le domaine de la santé au travail, et met en lumière le paradoxe d'une obligation légale qui pourrait se réduire à un simple signal symbolique. Pour dépasser cette impasse, la doctrine insiste sur la nécessité d'inscrire la négociation dans un processus continu,

⁴⁶⁷ C. Trav., Art. L.2243-2 : « *Le fait de se soustraire aux obligations prévues aux articles L.2242-1 et L.2242-20 est puni d'un emprisonnement d'un an et d'une amende de 3 750 euros* ».

⁴⁶⁸ Les entreprises peuvent encadrer cette négociation en définissant au préalable par accord sa périodicité, le calendrier, ou encore les thèmes à aborder (C. Trav., Art. L.2242-10 et Art. L.2242-11). Par accord, la négociation en la matière peut intervenir au maximum tous les quatre ans. En l'absence d'accord, celle-ci doit être engagée chaque année par l'employeur. « *À défaut d'initiative de l'employeur depuis plus de douze mois (...), cette négociation s'engage obligatoirement à la demande d'une organisation syndicale représentative. La demande de négociation formulée par l'organisation syndicale est transmise dans les huit jours par l'employeur aux autres organisations représentatives. Dans les quinze jours qui suivent la demande formulée par une OS, l'employeur convoque les parties à la négociation* » (C. Trav., Art. L.2242-13).

articulé à une politique globale de prévention, qui suppose un engagement authentique de l'employeur et une mobilisation effective des représentants du personnel.

b. Une obligation à ouvrir

304. La qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) ne constitue pas le seul thème sur lequel le législateur invite à négocier. D'autres sujets, parfois obligatoires, souvent incitatifs, sont proposés aux entreprises. Ces derniers concernent rarement directement la santé mentale, mais peuvent en influencer l'état, à travers leurs impacts organisationnels et sociaux. La pluralité des thèmes révèle un cadre normatif éclaté, où la QVCT côtoie des problématiques aussi variées que la gestion des emplois ou la prévention des risques, sans véritable cohérence d'ensemble. Cette situation complexifie la mobilisation du dialogue social sur des enjeux qui, pour être transversaux, mériteraient une approche intégrée.

305. Le cadre restrictif de la gestion des emplois et des parcours professionnels. L'obligation de négocier sur la gestion des emplois et parcours professionnels s'impose à un cercle restreint d'entreprises, notamment celles de plus de 300 salariés dotées d'un comité de groupe⁴⁶⁹. Cette négociation vise à anticiper les évolutions des compétences, à travers la gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC), ainsi que les dispositifs d'accompagnement tels que la formation, la validation des acquis ou la mobilité professionnelle et géographique. Elle s'intéresse aussi au recours aux différents types de contrats de travail. Ce cadre précis traduit une volonté législative de sécurisation des parcours professionnels mais demeure limité dans son champ d'application.

306. Si cette négociation est souvent analysée sous l'angle de la compétitivité, elle constitue également un instrument majeur de prévention du mal-être au travail. En offrant au salarié plus de visibilité sur son avenir professionnel, en valorisant ses compétences et en sécurisant les mobilités, la GEPP limite les incertitudes et les souffrances liées aux transformations organisationnelles. La doctrine souligne que la gestion des emplois et des parcours est désormais reconnue comme un corollaire direct de la qualité de vie au travail, au-delà de sa fonction économique. L'exclusion de cette obligation pour les entreprises de taille moyenne ou petite fragilise ce dispositif préventif.

⁴⁶⁹ C. Trav., Art. L.2242-20.

307. Une incohérence normative. L'évolution professionnelle est une préoccupation universelle, indépendamment de la taille de l'entreprise. Pourtant, cette négociation obligatoire n'est réservée qu'à un faible nombre de structures, créant une inégalité d'accès à un véritable dialogue social sur ces enjeux. En comparaison, l'égalité professionnelle est un thème imposé dans toutes les entreprises où des sections syndicales existent, avec une obligation effective même en cas d'échec des négociations⁴⁷⁰. Cette asymétrie interroge la cohérence et l'efficacité du dispositif légal. Il serait pertinent d'envisager un élargissement de l'obligation de négocier la GEPP, à l'instar de ce qui est fait pour l'égalité professionnelle.

308. Des thèmes complémentaires sous-utilisés. Le code du travail propose aussi des thèmes de négociation facultatifs en lien avec la qualité de vie au travail. Depuis le 31 mars 2022, l'article L.2242-19-1 permet d'aborder, lors de la négociation sur la QVCT, des sujets relatifs à la santé et la sécurité au travail, ainsi qu'à la prévention des risques professionnels⁴⁷¹. Cette ouverture est essentielle, car elle élargit le champ de la négociation aux risques physiques et psychosociaux, dont l'impact sur la santé mentale est désormais avéré.

309. La négociation peut également porter sur la prévention des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels⁴⁷². La prévention des risques professionnels recouvre des facteurs divers : contraintes physiques (postures, port de charges), environnementales (bruit, température), ou organisationnelles (rythme et répétitivité du travail⁴⁷³). Si ces facteurs sont principalement associés à la santé physique, leurs effets sur la santé mentale (stress, dépression) sont reconnus⁴⁷⁴. Or, la négociation sur cette prévention n'est obligatoire que pour les entreprises de plus de 50 salariés, employant une proportion minimale de salariés exposés à ces risques, ou présentant un taux élevé d'accidents du travail/maladies professionnelles. Une exception exclut les structures de moins de 300 salariés déjà couvertes par un accord de branche. Cette double conditionnalité limite l'efficacité de la prévention collective, paradoxalement là où elle pourrait être la plus nécessaire.

⁴⁷⁰ Cf : c. Une piste à étudier : le plan annuel de prévention, 2., A., I., Section I, Chapitre II, Titre I, Première partie, p. 138

⁴⁷¹ « La négociation prévue à l'article L. 2242-17 peut également porter sur la qualité des conditions de travail, notamment sur la santé et la sécurité au travail et la prévention des risques professionnels. (...) ».

⁴⁷² C. Trav., Art. L.2242-19.

⁴⁷³ C. Trav., Art. L.4161-1.

⁴⁷⁴ Cf : Section II. Une souffrance génératrice de pathologies, Chapitre I, Titre I, Première partie, p. 95.

310. La liberté du dialogue social. Si la loi propose un cadre minimal, elle laisse aux entreprises une latitude large pour aborder des sujets complémentaires via le dialogue informel ou les réunions avec les représentants du personnel. Cette souplesse est une force du droit collectif, favorisant une adaptation aux réalités internes propres à chaque entreprise. Cependant, elle peut aussi être perçue comme une faiblesse structurelle, faute d'encadrement contraignant susceptible d'assurer une régularité et une profondeur suffisantes à ces échanges. La doctrine met en lumière cette tension entre flexibilité nécessaire et besoin de sécurité juridique, appelant à un équilibre plus fin qui favoriserait un dialogue social continu, ancré dans une véritable culture de prévention, au-delà de la simple obligation formelle⁴⁷⁵.

c. L'exemple symptomatique du télétravail

311. Un bouleversement organisationnel sous-estimé. Nombreux sont les événements internes à l'entreprise susceptibles d'affecter les salariés. Pourtant, dans la majorité des cas, la négociation collective en amont demeure facultative. L'exemple du télétravail illustre de manière particulièrement éloquente la nécessité de réinterroger cette approche⁴⁷⁶. Ce mode d'organisation du travail, défini à l'article L.1222-9 du Code du travail comme une activité pouvant être exercée hors des locaux de l'employeur grâce aux technologies de l'information et de la communication, a longtemps été marginalisé, perçu tantôt comme improductif, tantôt comme un privilège⁴⁷⁷.

312. L'année 2020 a opéré un basculement radical. La crise sanitaire a imposé en urgence le télétravail à une large frange de la population active, sans préparation, ni concertation, bouleversant profondément les repères professionnels. Les difficultés rencontrées – isolement, brouillage des frontières entre vie personnelle et professionnelle, défaut d'équipement, surcharge cognitive – ont eu un impact direct sur la qualité de vie au travail et sur la santé mentale. Ce changement précipité a ainsi agi comme un révélateur des fragilités psychiques du monde du travail et du rôle négligé du dialogue social dans l'anticipation de ces risques.

313. Un régime juridique éclaté. Le droit offre plusieurs modalités de mise en place du télétravail : un simple accord bilatéral (souvent formalisé par avenant au contrat), une charte

⁴⁷⁵ J-N MOREAU, « L'entreprise et la négociation sur le stress au travail », *Les cahiers du DRH*, novembre 2009, n°159, p. 33-44.

⁴⁷⁶ A. PROBST, « Télétravail au domicile : confusion des lieux et distinction des temps », *Droit social*, décembre 2006, n° 12, p. 1109-1116.

⁴⁷⁷ C. Trav., Art. L.1222-9, Al.1.

unilatérale de l'employeur, un accord collectif⁴⁷⁸ ou encore un recours sans formalités en cas de circonstances exceptionnelles⁴⁷⁹. Avant 2020, la négociation collective était largement ignorée au profit des modalités les plus souples. Ce choix procédait d'une logique de rationalisation : négocier est coûteux, incertain, et souvent jugé disproportionné face à l'enjeu perçu.

314. Cette marginalisation du dialogue social est toutefois révélatrice d'une conception utilitariste du droit du travail, centrée sur la performance et la flexibilité organisationnelle. En négligeant l'ancrage collectif de ce mode d'organisation, les entreprises se sont privées d'un levier essentiel de prévention des risques psychosociaux.

315. L'intérêt démontré du dialogue social. Pourtant, le télétravail concentre à lui seul un faisceau de risques susceptibles d'altérer la santé mentale des salariés : isolement relationnel, perte de repères spatio-temporels, sentiment de surveillance, difficulté de déconnexion⁴⁸⁰. Ces risques ne sont ni accidentels ni secondaires ; ils relèvent du fonctionnement structurel même du télétravail. En ce sens, ce dernier constitue un cas d'école de ce que devrait être un dialogue social préventif, organisé en amont, pour encadrer le changement et accompagner les salariés.

316. La crise sanitaire a, de fait, déclenché une prise de conscience tardive. De nombreuses entreprises ont ouvert des discussions avec les représentants du personnel⁴⁸¹. Cette dynamique a été soutenue au niveau interprofessionnel avec l'accord du 26 novembre 2020, qui rappelle que la réussite du télétravail suppose un dialogue social approfondi, tant pour définir les modalités pratiques (jours, équipements, droit à la déconnexion) que pour prévenir l'isolement et préserver la cohésion collective.

317. Une culture managériale réticente. Le principal obstacle réside dans la hiérarchisation implicite des priorités au sein des entreprises. La santé psychique au travail demeure un impensé dans de nombreuses cultures organisationnelles, perçue comme relevant de la sphère individuelle plutôt que d'une responsabilité collective. Le télétravail, pourtant riche

⁴⁷⁸ C. Trav., Art. L.1222-9.

⁴⁷⁹ C. Trav., Art. L.1222-11 : cet article a été particulièrement sollicité lors de l'annonce de la pandémie afin de placer les salariés en télétravail sans délai ni préavis. Une épidémie, ou menace d'épidémie, est considérée comme une circonstance exceptionnelle.

⁴⁸⁰ J-E RAY, « De la question sociale du XXI^e siècle au télétravail », *Droit social*, janvier 2018, n° 1, p. 52-58.

⁴⁸¹ Entre la fin du premier confinement et octobre 2020, plus de 860 accords collectifs portant sur le télétravail ont été signés (Source : base de données Légifrance).

d'enseignements sur la nécessité d'une régulation collective, continue d'être abordé à travers le prisme de la performance, au détriment d'une vision holistique de la qualité de vie au travail.

318. Ce constat souligne l'insuffisance d'un cadre juridique qui se veut souple, mais qui, ce faisant, laisse en jachère l'essentiel : la participation effective des salariés aux choix organisationnels susceptibles d'affecter leur bien-être. Le télétravail n'est pas un simple aménagement technique ; il constitue une transformation anthropologique du rapport au travail, qui appelle une régulation démocratique fondée sur la négociation.

2. Une dynamique préventive marginale

319. La négociation collective constitue, en théorie, l'un des leviers les plus puissants pour prévenir le mal-être au travail. Pourtant, dans les faits, son rôle demeure souvent marginal. Trop fréquemment cantonnée à une formalité, elle souffre d'une double carence : d'une part, les discussions engagées restent souvent superficielles, voire déconnectées des réalités vécues par les salariés (a) ; d'autre part, même lorsqu'un dialogue s'instaure, il débouche rarement sur des mesures concrètes et structurées de prévention primaire (b). Cette inertie s'explique en grande partie par la faible prise en compte des dimensions humaines dans l'élaboration des politiques internes, les logiques juridiques et financières continuant à primer.

Face à ce constat, certaines pistes méritent d'être envisagées pour recentrer le dialogue social sur la prévention effective des risques psychosociaux. Parmi elles, l'instauration d'un plan d'action annuel constitue une voie prometteuse (c).

a. Une mobilisation fragile et inconstante

320. Une vision formelle de l'obligation. Dans bien des entreprises, la négociation collective est réduite à l'accomplissement minimal d'une obligation légale, plus qu'à un véritable outil de gestion des risques humains. L'objectif poursuivi est souvent exclusivement juridique⁴⁸² : satisfaire à l'exigence posée par l'article L.2242-1 du Code du travail, sans se préoccuper du contenu ou des effets de la discussion. Il suffit d'ouvrir la négociation, d'inviter les délégués syndicaux, de traiter les thèmes imposés par la loi, et, en l'absence d'accord, de dresser un procès-verbal de désaccord. Dans ce schéma formel, l'acte de négocier se vide de toute substance. Les accords signés, lorsqu'ils existent, se bornent à reprendre les exigences légales, sans réelle prise en compte des besoins spécifiques de l'entreprise ou des aspirations

⁴⁸² Cf : a. Un statut quo initial, I., A., I., Section I, Chapitre II, Titre I, Première partie, p. 128.

des salariés. Loin d'être un levier de transformation sociale, la négociation devient un acte administratif, standardisé, sans ambition. Cette situation interroge : comment expliquer la rareté des accords réellement substantiels, et plus encore, le peu de mesures effectives en faveur du bien-être psychique des salariés ?

321. Une indispensable prise de conscience préalable. À la racine de cette inertie réside l'absence de conscience managériale des enjeux psychosociaux. Une négociation authentique suppose en amont une reconnaissance explicite d'un dysfonctionnement ou d'un malaise. Or, une telle reconnaissance implique que l'employeur accepte de voir la réalité de son organisation du travail et d'en interroger les effets. Cela suppose aussi une information suffisante, transmise par les représentants du personnel ou issue d'un diagnostic interne. Sans connaissance, point de conscience ; sans conscience, point de volonté d'agir. En l'absence de signalement ou d'alerte, ou si les canaux de dialogue sont défaillants, la souffrance au travail reste invisible — non pas parce qu'elle n'existe pas, mais parce qu'elle est tue.

322. Cette invisibilisation est particulièrement prégnante lorsqu'il s'agit de souffrance psychique. Le mal-être ne se donne pas aisément à voir : il touche à l'intime. Dans le monde professionnel, les émotions restent largement perçues comme des faiblesses, voire des menaces pour la performance collective. Dans ces conditions, les salariés intériorisent la nécessité de taire leurs ressentis, de peur de perdre en crédibilité ou en légitimité. Ce silence, socialement construit, alimente un cercle vicieux : plus les émotions sont tues, moins elles sont audibles, et moins l'organisation est en mesure de les accueillir. Pourtant, le travail n'est pas un espace neutre, dénué d'affects : il est un lieu d'implication, de reconnaissance ou d'abandon. Sortir de cette logique suppose de repenser le collectif de travail comme un espace d'humanité partagée, fondé sur la reconnaissance de la vulnérabilité de chacun.

323. Un diagnostic, clef de voute d'un système efficace. Une négociation véritablement efficace ne saurait se contenter d'un échange superficiel de positions. Elle implique, en amont, un travail de fond : un diagnostic partagé, fondé sur une analyse rigoureuse de la situation interne. Cette étape est décisive. Elle permet de contextualiser les discussions, de cibler les priorités, et d'élaborer des réponses adaptées. Dans une perspective de prévention primaire, il s'agit de penser la négociation comme un processus progressif, structuré, fondé sur la connaissance du réel. Or, le droit du travail reste lacunaire sur ce point : il ne prévoit aucun cadre méthodologique pour accompagner cette phase préalable. Le législateur laisse aux acteurs

de terrain le soin d'inventer, dans chaque structure, leur propre méthode, adaptée à leur taille, leur secteur, leurs ressources et leurs fragilités.

324. Ce diagnostic devrait pourtant s'imposer comme une étape incontournable. Deux axes fondamentaux méritent une attention systématique : d'une part, l'analyse des dysfonctionnements organisationnels, d'autre part, l'état du droit existant dans l'entreprise (accords collectifs, usages, pratiques internes). Il ne s'agit pas d'un exercice purement théorique : il suppose un dialogue sincère avec les salariés, la remontée des signaux faibles, et parfois le recours à des expertises extérieures. Toutefois, cette démarche se heurte à deux obstacles majeurs : son coût – financier et temporel – et l'absence de ressources internes compétentes. Dans ces conditions, les entreprises renoncent souvent à tout état des lieux, conduisant à des négociations déconnectées de la réalité et à des accords peu opérants.

b. Des freins économiques persistants

325. L'efficacité du dialogue social en matière de santé mentale au travail est aujourd'hui difficilement contestable : en permettant la co-construction de mesures adaptées, il constitue un levier privilégié pour agir sur les déterminants organisationnels du mal-être. Mais ce consensus reste largement théorique. Dans la pratique, peu de négociations collectives aboutissent à des accords substantiels, et lorsque ceux-ci existent, leur contenu reste souvent trop modeste pour produire des effets significatifs. L'écart entre discours et réalité s'explique par plusieurs facteurs de résistance, d'ordre économique, structurel et normatif.

326. L'invisibilité du retour sur investissement social. Le premier frein réside dans la difficulté à objectiver les bénéfices économiques d'une politique ambitieuse de qualité de vie et des conditions de travail. Certes, le coût du mal-être est documenté : absentéisme, désengagement, turn-over, pathologies chroniques... Le coût annuel moyen est estimé à 13 500 euros par an par salarié⁴⁸³. Mais ce coût, bien qu'élevé, reste diffus, réparti dans le temps et difficilement imputable à des causes précises. À l'inverse, les mesures correctives ou préventives ont un coût immédiat, tangible, et sans garantie de rentabilité. Le paradigme gestionnaire dominant, fondé sur une logique de performance mesurable à court terme, ne favorise guère ce type d'investissement incertain. Contrairement à l'achat d'une machine, dont

⁴⁸³ Mozart Consulting, *Baromètre Indice de Bien-Être au Travail*, 2011. Or, un gain de 10 % sur la qualité de vie au travail est plus facile à obtenir que 1% de performance économique (Baromètre IBET 2013). Le calcul de l'IBET repose sur le taux d'absentéisme, le volume de sorties « forcées » de l'entreprise, la compétitivité, l'état de santé général, la responsabilité sociale et enfin la QVT.

le retour sur investissement peut être anticipé, les effets d'une politique de bien-être relèvent d'un temps long, difficilement quantifiable.

327. Cette logique s'inverse dès lors qu'un enjeu économique devient manifeste et immédiat. L'épisode du Covid-19 l'a spectaculairement illustré : la mise en œuvre accélérée d'accords sur le télétravail n'a pas été dictée par une prise de conscience humaniste, mais par la nécessité impérieuse de maintenir l'activité dans un contexte de confinement. L'urgence a fait du bien-être des salariés – ou plus exactement de leur acceptation d'un nouveau mode de travail – un facteur de survie économique. Cette réactivité, certes salubre, montre que la QVCT devient une priorité uniquement lorsqu'elle s'aligne avec les intérêts financiers de l'entreprise, et non lorsqu'elle relève de considérations sociales ou éthiques. La prévention n'est donc jamais première : elle est réactive, conditionnée par la pression extérieure ou le risque de désorganisation.

328. L'asymétrie des pouvoirs. En régime de plein emploi, la QVCT peut devenir un outil stratégique d'attractivité et de fidélisation. Mais dans le contexte actuel, marqué par un taux de chômage toujours supérieur à 7 %⁴⁸⁴, cette dynamique vertueuse reste marginale. Les salariés, en position de relative vulnérabilité⁴⁸⁵, acceptent des conditions dégradées faute d'alternatives professionnelles crédibles. Le pouvoir de négociation individuel s'en trouve diminué, et la menace de départ, qui pourrait inciter l'employeur à améliorer les conditions de travail, perd de sa force. Ce phénomène est renforcé par une culture professionnelle encore empreinte de résignation et de normalisation de la souffrance au travail. Tant que les salariés restent silencieux ou s'auto-censurent, rien ne vient perturber le statu quo. Dans ces conditions, le mal-être au travail n'est pas perçu comme un coût, mais comme une variable d'ajustement tolérable.

329. Il existe certes des contre-exemples, notamment dans les secteurs en tension comme le numérique, où la rareté des profils inverse le rapport de force et donne aux salariés un pouvoir de négociation réel. Dans ces cas, la QVCT devient un argument de recrutement et de rétention. Mais ces situations, marginales, ne doivent pas masquer la réalité majoritaire. Elles illustrent surtout combien l'effectivité des droits sociaux dépend de l'équilibre du marché, et donc de

⁴⁸⁴ Au deuxième trimestre 2023, le taux de chômage au sens du BIT était de 7,2% en France hors Mayotte (Source : INSEE, *Taux de chômage selon le sexe et l'âge*, enquêtes Emploi annuelles, 11 août 2023).

⁴⁸⁵ 25 % des salariés craignent de perdre leur travail : DARES, *Conditions de travail - Risques psychosociaux*, Enquête, 2016.

facteurs extrinsèques au droit du travail. Il en résulte une protection inégalitaire, tributaire du secteur, du bassin d'emploi et du profil du salarié.

330. Enfin, cette dynamique est aggravée par l'insuffisance du cadre juridique. Si le législateur impose une obligation de négociation périodique sur la QVCT⁴⁸⁶ (art. L.2242-17 C. trav.), il n'impose ni l'obligation de conclure, ni celle d'agir. L'absence d'accord n'est assortie d'aucune sanction, et aucun contenu minimal n'est exigé en cas de conclusion. En l'état, le droit ne contraint pas, il invite. Cette faiblesse structurelle entretient un paradoxe : plus la négociation est formellement encadrée, moins elle est substantiellement investie. En l'absence de norme impérative, la QVCT reste une variable d'engagement facultatif, tributaire de la bonne volonté des acteurs.

c. Une piste à étudier : le plan annuel de prévention

331. Le modèle de l'égalité professionnelle comme référence normative. Face aux limites du cadre juridique actuel en matière de qualité de vie et des conditions de travail, l'exemple de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes offre un précédent éclairant. Dans ce domaine, le législateur n'a pas seulement prescrit une obligation de négociation annuelle pour les entreprises dotées de représentation syndicale ; il a également prévu une obligation subsidiaire autonome en cas d'échec de la négociation : la mise en œuvre d'un plan d'action unilatéral⁴⁸⁷. Cette double exigence témoigne d'un souci de concrétisation effective du droit, au-delà des seules logiques formelles de dialogue social. La sanction attachée au non-respect de cette obligation achève de souligner le caractère structurant de cette architecture juridique.

332. Ce plan annuel ne saurait se réduire à une déclaration d'intention : il s'agit d'un outil normé, structuré autour de critères précis, fondé sur un diagnostic préalable et une évaluation rigoureuse des actions passées. Le texte impose une démarche itérative : identifier les écarts, mesurer les effets, redéfinir les priorités, planifier les moyens⁴⁸⁸. L'obligation de dépôt auprès de l'administration participe de sa publicité et de son opposabilité. La sanction pécuniaire, pouvant atteindre 1 % de la masse salariale, souligne l'importance accordée par le législateur à

⁴⁸⁶ C. Trav., Art. L.2242-17.

⁴⁸⁷ C. Trav., Art. L.2242-3.

⁴⁸⁸ C. Trav., Art. L.2242-3.

l'effectivité des politiques d'égalité⁴⁸⁹. Ce modèle invite à réfléchir à la transposition de cette logique à d'autres champs de la négociation collective.

333. Une transposition souhaitable à la QVTC. Le parallèle est d'autant plus légitime que la QVCT constitue elle aussi un thème de négociation obligatoire inscrit à l'article L. 2242-17 du Code du travail, au même titre que l'égalité professionnelle. Pourtant, en l'état du droit, l'absence d'accord n'emporte aucune conséquence : l'obligation de négocier s'épuise dans sa formalité. Introduire, à titre supplétif, une obligation de plan d'action permettrait de dépasser cette impasse. Une telle évolution présenterait une double vertu : elle garantirait d'une part la réalisation d'un diagnostic formalisé, première étape indispensable d'une politique de prévention crédible ; elle assurerait d'autre part la prise de mesures concrètes, adaptées à la réalité propre de chaque organisation. L'enjeu est ici celui de l'effectivité du droit, entendu comme capacité à produire des effets tangibles au sein des structures.

334. Une alternative aux accords de façade. Nombre d'accords QVCT aujourd'hui conclus restent peu ambitieux : mesures ponctuelles, approches gadget, absence de stratégie articulée dans le temps. En imposant un plan d'action annuel structuré, fondé sur une évaluation continue et assorti d'objectifs chiffrés, on pourrait limiter ces effets de façade. La souplesse du dispositif, qui permettrait d'associer les acteurs internes pertinents – notamment la médecine du travail en cas de souffrance identifiée –, renforcerait sa pertinence opérationnelle. En outre, le caractère opposable du plan, susceptible d'être invoqué en cas de contentieux, renforcerait la responsabilisation de l'employeur. Il ne s'agirait plus seulement d'une politique RH, mais d'un acte juridiquement engageant, susceptible de produire des effets de droit.

335. Enfin, cet outil présente l'avantage d'une relative légèreté procédurale. Par rapport à la négociation collective, chronophage et sujette à blocage, l'établissement unilatéral d'un plan d'action permet une réactivité accrue. Il confère à l'employeur une autonomie de mise en œuvre, tout en maintenant une exigence de rigueur et de résultats. Loin de vider le dialogue social de son contenu, cette approche le complète utilement : elle garantit que, même en l'absence d'accord, des mesures concrètes sont prises. Elle répond ainsi au besoin d'agilité exprimé par les structures sans sacrifier la cohérence d'ensemble de la politique de QVCT.

336. Refonder le dialogue social en matière de qualité de vie au travail impose de dépasser une logique purement incitative ou déclarative. L'instauration d'une obligation subsidiaire de

⁴⁸⁹ C. Trav., Art. L.2242-8.

plan d'action, sur le modèle de l'égalité professionnelle, permettrait de garantir une dynamique de progrès même en l'absence d'accord collectif. Elle traduirait un tournant : celui d'une conception substantielle de la négociation, visant l'effectivité des droits collectifs en matière de santé et de bien-être au travail.

B. L'obligation de sécurité

337. La consécration initiale d'une obligation de sécurité de résultat. L'article L. 4121-1 du Code du travail impose à l'employeur de « *prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* ». Cette disposition, d'apparence générale, a connu un développement jurisprudentiel décisif à partir du début des années 2000⁴⁹⁰. L'obligation ainsi énoncée fut initialement interprétée comme une obligation de sécurité de résultat : toute atteinte à la santé d'un salarié suffisait à engager la responsabilité de l'employeur, sauf à démontrer une cause étrangère⁴⁹¹. Ce régime rigoureux, bien que protecteur, faisait reposer sur l'entreprise une forme de présomption irréfragable de responsabilité en cas de dommage⁴⁹². La logique était simple : l'existence d'un trouble de santé prouvait, en creux, la carence du système de prévention⁴⁹³. Cette conception a suscité de vives critiques en doctrine, certaines voix dénonçant un déséquilibre entre les obligations pesant sur l'employeur et son contrôle effectif sur les facteurs de risque⁴⁹⁴, notamment en matière de risques psychosociaux.

338. La modulation de la responsabilité patronale. Dans un revirement notable, la chambre sociale de la Cour de cassation a infléchi cette jurisprudence par un arrêt du 25 novembre 2015 (Air France)⁴⁹⁵. Elle a jugé que l'employeur ne pouvait être tenu responsable s'il démontrait avoir pris les mesures prévues aux articles L. 4121-1 et L. 4121-2, même si un salarié subissait malgré tout une atteinte à sa santé. Ce changement a marqué le passage d'une responsabilité quasi-objective à une responsabilité fondée sur la diligence démontrée.

⁴⁹⁰ P. MORVAN, « *Securitas omnia corrumpit* ou le principe selon lequel il incombe à l'employeur de protéger la sécurité et la santé des travailleurs », *Droit social*, juin 2007, n°6, p. 674-686.

⁴⁹¹ M. BLATMAN, « L'obligation de sécurité », *Droit social*, juillet 2011, n°7/8, p. 743-757.

⁴⁹² S. FANTONI, P-Y. VERKINDT, « Obligation de résultat en matière de santé au travail : à l'impossible, l'employeur est tenu ? », *Droit social*, mars 2013, n° 3, p. 229-238.

⁴⁹³ Les arrêts *Amiante* du 28 février 2002 et *Snecma* du 5 mars 2008 ont été les premiers à clarifier cette obligation de sécurité comme une obligation de résultat. Cass. Soc., 28 févr. 2002, n°99-17.201, publié ; Cass. Soc., 28 févr. 2002, n°00-13.174 ; Cass. Soc., 28 févr. 2002, n°00-13.181 ; Cass. Soc., 28 févr. 2002, n°00-13.175.

⁴⁹⁴ F. FAVENNEC-HERY, « L'obligation de sécurité du salarié », *Droit social*, juin 2007, n°6, p. 687-696.

⁴⁹⁵ Cass. Soc., 25 nov. 2015, n°14-24.444, publié : *JCP S*, 2016, n°2, p. 13, 1011, note M. Babin ; *Dr. Soc.*, 2016, n°5, p. 457, note P-H. Antonmattei ; *JCP E*, 2016, p. 45, 1659, note Y. Pagnerre.

L'effectivité de la prévention devient alors le critère central de l'appréciation judiciaire. Cette approche renforce la logique d'évaluation a posteriori des mesures de prévention, au détriment d'une approche ex ante fondée sur l'éradication du risque.

339. En 2015, par l'arrêt *Air France*, le régime de l'obligation de *santé et de sécurité* a fait l'objet d'une évolution jurisprudentielle. Depuis, il ne s'agit plus d'une obligation *de résultat* au sens strict⁴⁹⁶. Les mesures mises en place destinées à prévenir tout risque sont prises en considération pour engager ou non la responsabilité de l'employeur⁴⁹⁷. Si l'employeur a établi toutes les actions opportunes pour prévenir tout risque, sa responsabilité ne sera pas engagée, même si le préjudice subi par le salarié est effectivement en lien avec le travail. En d'autres termes, la présence d'une atteinte à la santé psychique ou physique d'un salarié n'est plus suffisante. Elle ne permet plus d'engager, à elle seule, la responsabilité de l'employeur.

340. En 2015 a donc eu lieu un déplacement de l'appréciation de la suffisance de l'action de l'employeur. Auparavant, les juges se plaçaient a priori : l'employeur devait prendre les mesures nécessaires pour éviter l'apparition du risque. Depuis, la survenance du risque n'a plus d'enjeu. Il appartient uniquement à l'employeur de prendre les mesures pour réduire le risque de l'atteinte, puis l'atteinte en tant que telle. Cette position prétorienne a, dans un premier temps, était prise dans l'hypothèse d'une atteinte à la santé physique d'un salarié. Elle a ensuite été étendue aux atteintes à leur santé mentale en 2016 en présence d'une situation de harcèlement⁴⁹⁸.

341. Depuis, le terme *obligation de sécurité de résultat* est toujours utilisé⁴⁹⁹. Il tend toutefois à disparaître. Plusieurs raisons l'expliquent. La plus haute Cour a récemment renoncé à qualifier *de résultat*, l'obligation de sécurité et de protection de la santé des travailleurs. L'obligation s'apparente davantage à une obligation de moyen. En effet, l'employeur a la possibilité de démontrer qu'il a pris toutes les diligences prévues au sein des articles L.4121-1 et L.4121-2 du code du travail. Il appartient ensuite aux juges d'apprécier le caractère suffisant des mesures

⁴⁹⁶ A. BUGADA, « L'obligation de sécurité pesant sur l'employeur en matière prud'homale : obligation de moyen ou de résultat ? », *La Semaine juridique – Social*, novembre 2014, n° 48, p. 16-25.

⁴⁹⁷ L'arrêt de 2015 porte justement sur une atteinte psychique. Un salarié naviguant a fait l'objet d'un stress post traumatique consécutif aux attentats du 11 septembre 2001. Il reprochait à son employeur de ne pas avoir pris les mesures nécessaires à la protection de sa santé psychologique. La Cour de cassation a estimé que l'employeur n'avait pas manqué à son obligation de sécurité de résultat.

⁴⁹⁸ Cass. Soc., 1er juin 2016, n°14-19.702, publié : *JCP S*, 2016, n°24, p. 27, note G. Loiseau ; *RDT*, 2016, n°11, p. 709, obs. B. Géniaut ; *JCP E*, 2016, p. 45, 1659, note Y. Pagnerre.

⁴⁹⁹ Cass. Soc., 26 mai 2016, n°14-15.566.

prises. L'obligation de sécurité est en conséquence lacunaire. Elle ne permet pas d'appréhender toutes les pathologies actuelles issues du travail. Elle tend à écarter, tant via son champ d'application (1) que son régime (2), les pathologies psychiques. Son cadre légal est inadapté aux problématiques de santé mentale au travail.

1. Une portée conceptuelle floue

342. Chaque employeur est tenu, au titre de l'article L. 4121-1 du Code du travail, de protéger la santé de ses salariés. Cette obligation, souvent qualifiée de « large », implique la mise en œuvre de toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et préserver la santé physique et mentale des travailleurs⁵⁰⁰. L'obligation ne peut donc être satisfaite par une simple action ponctuelle : elle exige un engagement structuré, global et adapté, sans lacune. Le texte énumère des exemples concrets de mesures, qui doivent satisfaire plusieurs objectifs cumulativement :

- « 1° Éviter les risques ;*
- 2° Évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;*
- 3° Combattre les risques à la source ;*
- 4° Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;*
- 5° Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;*
- 6° Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;*
- 7° Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral et au harcèlement sexuel, tels qu'ils sont définis aux articles L. 1152-1 et L. 1153-1, ainsi que ceux liés aux agissements sexistes définis à l'article L. 1142-2-1 ;*
- 8° Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;*

⁵⁰⁰ M-A. MOREAU, « L'obligation générale de préserver la santé des travailleurs », *op. cit.*

- C. Trav., Art. L.4121-2.

343. En dehors de certains risques identifiés par le législateur — tels que ceux liés au harcèlement moral —, l’obligation de sécurité reste largement indéterminée dans son périmètre. Elle englobe tous les risques susceptibles d’émerger au sein de l’environnement de travail, pour autant qu’ils soient liés à l’activité professionnelle⁵⁰¹. Cette indétermination, si elle offre une souplesse d’adaptation, engendre dans les faits une tendance récurrente à l’exclusion des risques psychiques, pourtant omniprésents (a).

344. Par ailleurs, le régime juridique applicable à l’obligation révèle de profondes limites. Si l’obligation impose de mettre en œuvre toutes les mesures de prévention nécessaires pour éviter la survenance d’un risque, encore faut-il que celui-ci soit identifiable. Or, les risques psychosociaux échappent souvent à une approche causale classique, tant leurs sources peuvent être diffuses, multifactorielles, et parfois extérieures à l’activité stricto sensu. Cette indétermination concède ainsi à l’employeur une grande latitude dans la mise en œuvre de ses obligations (b).

345. Enfin, les conséquences juridiques attachées à une violation de l’obligation ne permettent pas de structurer une politique de prévention efficace à l’échelle collective. Le raisonnement demeure centré sur la réparation du dommage individuel subi par le salarié, alors que les risques psychiques relèvent d’une logique systémique et affectent, bien souvent, l’ensemble de la collectivité de travail (c).

a. Un champ d’application indéfini

346. Une obligation souple justifiée par la variabilité des activités. L’appréhension du risque pour la santé physique des salariés repose largement sur les spécificités de chaque organisation. Les dangers varient fondamentalement selon l’activité exercée. Un couvreur est exposé à des risques (chute de hauteur, écrasement, coupures, etc.) qui n’existent pas dans une entreprise de conseil. L’organisation même du travail, les outils employés ou encore les contraintes horaires participent à la définition du danger⁵⁰². Le document unique d’évaluation

⁵⁰¹ M. BLATMAN, « L’obligation de sécurité », *op. cit.*

⁵⁰² D. BELL, S. OTTERBACH, A. SOUSA-POZA, “Work hours constraints and health”, *Annals of Economics and Statistics*, juin 2012, n°105/106, p. 35-54.

des risques professionnels (DUERP) constitue le socle de cette démarche préventive : l'employeur doit y recenser, de façon précise, les risques auxquels ses salariés peuvent être exposés. L'obligation de santé et de sécurité, telle que formulée à l'article L.4121-1 du Code du travail, prend alors tout son sens : les mesures de prévention doivent être définies à partir des risques identifiés par l'entreprise elle-même, dans une logique d'auto-responsabilisation.

347. La loi ne peut, dans ce domaine, qu'énoncer des principes généraux. L'article L.4121-1 évoque ainsi « *les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* », sans en fixer les modalités précises. Cette généralité est inhérente à la diversité des situations de travail. Il serait inopérant de dresser une liste de risques exhaustifs à prévenir, tant les réalités professionnelles sont hétérogènes. Cette souplesse justifie également l'évolution prétorienne ayant transformé l'obligation de résultat en une obligation de moyens renforcée : dès lors que certains risques sont inhérents à une activité – le risque de chute pour un couvreur, celui de coupure pour un cuisinier –, la responsabilité de l'employeur ne saurait être automatiquement engagée dès lors qu'il a mis en œuvre l'ensemble des mesures préventives adaptées. La marge de manœuvre reconnue à l'employeur constitue donc un corollaire de cette variabilité des contextes professionnels.

348. Des risques psychiques communs à toutes les activités. Le traitement juridique des risques psychiques appelle, en revanche, une réflexion toute différente⁵⁰³. À la différence des atteintes physiques, les troubles mentaux au travail ne sont pas liés à une activité professionnelle particulière, mais concernent potentiellement tous les secteurs⁵⁰⁴. Aucune structure, quelle que soit sa taille ou son domaine d'activité, n'est épargnée par le mal-être au travail. Et tous les salariés peuvent, à un moment donné de leur carrière, être confrontés à des troubles de santé mentale, que ceux-ci soient liés au stress, à une perte de sens, à l'isolement ou à des conflits internes. Pourtant, il faut souligner l'inadaptation de la grille juridique actuelle, qui n'impose pas directement une obligation d'action préventive en la matière. Seules quelques situations précises sont expressément visées par le Code du travail⁵⁰⁵ — harcèlement moral, harcèlement sexuel, agissements sexistes —, ouvrant droit à une prévention spécifique. Les autres troubles

⁵⁰³ M-B. SANGLERAT, « Intégrer les risques psychosociaux dans le Document Unique : un cheval de Troie pour la prévention des risques professionnels ? », *Les cahiers des RPS*, juin 2012, n° 19, p. 14-18.

⁵⁰⁴ V. SANSEVERINO-GODFRIN, P. STEICHEN, *Convergences et divergences du traitement juridique des risques professionnels et des risques industriels*, in *Le risque industriel : Une question de sciences humaines et sociales*, Colloque international UMR 5600 - ENTPE, Lyon, mars 2010.

⁵⁰⁵ Via le biais d'une lecture restrictive de l'article L.4121-2 : « *liés au harcèlement moral et au harcèlement sexuel (...), ainsi que ceux liés aux agissements sexistes définis à l'article L. 1142-2-1 ;* ».

restent à la marge, voire ignorés, comme s'ils n'étaient pas des « risques professionnels » au sens du droit positif. Ce silence normatif révèle en creux un impensé du droit du travail contemporain : l'incapacité à penser le travail comme cause de souffrance en dehors des cas les plus extrêmes.

349. Il est dès lors nécessaire de reconsidérer le périmètre de l'obligation de santé et de sécurité à l'aune des pathologies psychiques, non comme des cas particuliers, mais comme des risques professionnels à part entière. Une telle redéfinition impliquerait, en amont, une transformation du cadre normatif : la reconnaissance explicite des risques psychosociaux comme catégorie de risques professionnels autonomes ; l'élaboration d'obligations préventives spécifiques ; et l'instauration d'une culture de santé mentale au sein des entreprises. Tant que cette mutation n'aura pas lieu, l'obligation légale continuera à exclure — de fait sinon de droit — une part essentielle des atteintes à la santé au travail. Cette inadéquation se prolonge logiquement dans la deuxième dimension de l'obligation : la mise en œuvre d'actions de prévention.

b. Une prévention à construire

350. Un désengagement du législateur. En matière de santé mentale, l'obligation de sécurité telle qu'interprétée par la jurisprudence ne paraît plus à la hauteur des enjeux⁵⁰⁶. L'employeur est réputé avoir satisfait à ses obligations s'il a mis en place des mesures propres à supprimer ou, à défaut, réduire les risques identifiés. L'apparition d'une atteinte à la santé d'un salarié ne suffit donc pas à caractériser une carence fautive, si les mesures de prévention étaient adéquates. Ce raisonnement, historiquement adapté aux risques physiques spécifiques à chaque activité, se révèle inopérant dès lors que le risque psychique est transversal et non contingent : toutes les entreprises y sont confrontées, à des degrés variables mais inéluctables. Ce décalage normatif justifie une évolution du cadre : à l'évidence, la souffrance mentale n'est plus une simple éventualité mais une réalité installée dans bien des environnements de travail. Il en résulte une nécessité impérieuse de dépasser le paradigme du « risque potentiel » pour construire un régime normatif prenant acte de l'existence du trouble.

351. Ce constat ne s'est pas encore traduit en actes normatifs significatifs. Faute d'un encadrement clair au niveau national, les mesures prises au sein des entreprises demeurent trop

⁵⁰⁶ F. HEAS, « De la sécurité à la santé, les évolutions de la prévention au travail », *Semaine Sociale Lamy supplément*, décembre 2014, n° 1655, p. 23-28.

souvent lacunaires, voire inexistantes. Si quelques accords collectifs ont été négociés, leur contenu est fréquemment vague, peu opérationnel et sans évaluation effective. Surtout, l'État semble se contenter d'un rôle d'observateur : les politiques publiques en matière de santé mentale au travail, bien que conscientes des enjeux, se limitent à des campagnes d'information ou à des rapports d'alerte. L'énonciation de principes sans instruments contraignants ne suffit pas à impulser un changement de culture. Ce retrait normatif laisse le champ libre à l'inaction, dans un domaine où le volontarisme ne peut suffire. Il révèle aussi un impensé juridique : la prévention des risques psychiques reste encore largement conçue comme une variable d'ajustement, non comme une composante structurelle du droit du travail.

352. Une triple logique d'action à étudier. L'édification d'un véritable droit de la prévention psychique suppose la reconnaissance d'une obligation modulaire, combinant des actions a priori, concomitantes et a posteriori⁵⁰⁷. En amont, des mesures concrètes doivent viser à identifier et à limiter les sources organisationnelles de souffrance (charge de travail excessive⁵⁰⁸, isolement, faible reconnaissance, conflits hiérarchiques...). Au fil de la relation de travail, la prévention doit s'exprimer comme un droit des salariés à des conditions de travail protectrices de leur santé mentale, ce qui suppose une capacité institutionnelle à évaluer ces conditions de manière dynamique. Enfin, en aval, une logique de responsabilisation ex post pourrait être envisagée : l'entreprise dont l'organisation cause ou favorise des troubles psychiques devrait pouvoir faire l'objet de mesures correctrices, voire financières. Le droit de la santé au travail gagnerait à intégrer cette architecture préventive en trois temps, articulée autour de la notion de risque diffus et structurel.

353. Vers une obligation de prévention formalisée. Un bon exemple de transposition normative de cette approche pourrait être la lutte contre le stress au travail. Il s'agit là d'un facteur déterminant dans l'étiologie des pathologies psychiques professionnelles. Une prévention systémique pourrait consister à imposer aux entreprises une analyse régulière des sources internes de stress. L'approche par le travail réel et son organisation devient ici centrale. L'engagement des directions, l'implication des représentants du personnel et la participation active des salariés sont essentiels pour garantir l'effectivité du processus. Des outils standards, à la fois accessibles et performants (grilles de diagnostic, entretiens, questionnaires, ateliers), faciliteraient la démarche. Le tout devrait aboutir à un plan d'action structuré, intégrant des

⁵⁰⁷ J-P. BARBOU, *Santé et sécurité au travail : de la complexité à l'effectivité. Proposition d'un guide de bonnes pratiques de prévention des risques professionnels*, Thèse, Vannes, 2020.

⁵⁰⁸ S. FANTONI-QUINTON, « Charge de travail et qualité de vie au travail », *Droit social*, 2015, n°106.

objectifs précis, des échéances réalistes et un mécanisme d'évaluation. Cette logique pourrait être rattachée au plan d'action annuel prévu à défaut d'accord collectif sur la qualité de vie et des conditions de travail⁵⁰⁹. Une telle évolution n'imposerait pas une uniformisation rigide mais bien une obligation de moyens substantiels et vérifiables.

354. Les mesures concrètes de prévention sont multiples et interdépendantes⁵¹⁰. La formation des encadrants, notamment aux méthodes de management participatif, constitue un levier fondamental⁵¹¹ : elle permet d'associer les salariés aux décisions et d'améliorer la reconnaissance au travail. De même, la communication ascendante et horizontale doit être renforcée, afin de permettre l'expression des difficultés rencontrées. La charge de travail doit être continuellement ajustée et les compétences maintenues grâce à la formation continue. Enfin, certaines actions peuvent viser à renforcer les ressources individuelles (gestion du stress, prévention des conflits, accompagnement thérapeutique). Toutefois, ces approches individuelles, si elles ne sont pas accompagnées de réformes structurelles, ne peuvent avoir qu'un effet transitoire. La prévention ne peut être réduite à une logique de responsabilisation du salarié : elle suppose une transformation de l'organisation du travail⁵¹².

355. L'objectivation du mal-être au travail comme condition d'efficacité. L'efficacité des politiques de prévention repose enfin sur leur capacité à objectiver le mal-être au travail. Il ne suffit pas de déclarer que la santé mentale est une priorité : encore faut-il en évaluer l'état de manière fiable. Des outils existent pour cela. Le questionnaire de Karasek⁵¹³, centré sur le lien entre contrainte psychologique et latitude décisionnelle, est un instrument pertinent pour une évaluation collective du stress. D'autres méthodes fondées sur la combinaison entre demandes, autonomie et soutien social permettent de mesurer de manière scientifique les risques psychosociaux⁵¹⁴. Démocratiser ces outils et les inscrire dans une démarche obligatoire

⁵⁰⁹ Cf : c. Une piste à étudier : le plan annuel de prévention, 2., A., I., Section I, Chapitre II, Titre I, Première partie, p. 138.

⁵¹⁰ J-P. BARBOU, *op. cit.*

⁵¹¹ L. LEROUGE, « Absence de formation à la sécurité et responsabilité de l'employeur », *Revue de droit du travail*, avril 2008, n° 4, p. 247.

⁵¹² S. VERNAC, *Le pouvoir d'organisation : au croisement du droit du travail et du droit des sociétés*, Thèse, Paris Ouest Nanterre La Défense, 2012.

⁵¹³ R. Karasek est Professeur au sein du département « Environnement de travail » et directeur du centre JCQ à l'Université du Massachusetts Lowell à Boston. Il est également Professeur émérite à l'Université de Copenhague. Il est notamment auteur du modèle Demande/Contrôle relatif à l'analyse des risques de stress au travail ou encore du modèle Valeur de Production Conduisible (= *Conducive Production Value model*) pour une organisation du travail active, participative, basée sur les compétences et innovante.

⁵¹⁴ Site internet : jqcenter.com (consulté le 22 septembre 2023).

serait un progrès déterminant. Une obligation de prévention déconnectée de toute objectivation du risque est vouée à l'inefficacité. À ce titre, c'est bien une ingénierie de la prévention qu'il faut construire, en dépassant le modèle minimaliste du droit actuellement en vigueur.

c. Un système de réparation à réarticuler

356. Un système de réparation mal calibré. Le système indemnitaire fondé sur la violation de l'obligation de sécurité trouve sa pleine légitimité en matière de santé physique. Le préjudice est alors aisément objectivable, tant médicalement qu'économiquement. Il s'évalue à travers les frais de traitement, les pertes de revenus, les incapacités fonctionnelles ou les souffrances endurées. Cette approche permet d'adosser le droit à des critères de réparation tangibles, susceptibles d'être traduits en forfaits ou en rentes, et d'évoluer en fonction de l'état de santé du salarié. Elle est par ailleurs articulée avec des dispositifs médico-légaux (consolidation, taux d'IPP, etc.) qui permettent une évaluation stabilisée du dommage. Le préjudice moral, s'il existe, s'inscrit dans un cadre secondaire, en accompagnement d'un dommage corporel principal.

357. Ce schéma devient inopérant lorsque l'atteinte porte uniquement sur la santé psychique. Le dommage y est instable, fluctuant, souvent partiellement invisible, et peu susceptible d'objectivation médico-légale. L'absence de lésion corporelle rend la consolidation incertaine et le calcul du préjudice économique (perte de gains professionnels, frais thérapeutiques, incidence sur la carrière) extrêmement aléatoire. Surtout, le dommage central du salarié est ici d'ordre moral, subjectif par définition. Dans un tel contexte, l'indemnisation devient aléatoire, souvent faible, voire symbolique. Cette imprévisibilité fragilise la fonction réparatrice du droit. Il est donc indispensable d'imaginer une grille indemnitaire spécifique aux troubles psychiques, certifiés médicalement, permettant une reconnaissance effective du préjudice. L'instauration d'un barème indicatif ou d'un plancher automatique d'indemnisation pourrait restaurer l'équilibre : il offrirait une sécurité juridique aux salariés tout en incitant les employeurs à prévenir ces risques spécifiques.

358. Un invisibilisation du préjudice collectif. Une autre limite majeure réside dans l'incapacité du droit à prendre en charge la dimension collective du dommage psychique. Le système actuel se concentre exclusivement sur l'individu, isolé dans sa souffrance, sans prise en compte du contexte organisationnel ou du fait que ce même trouble affecte souvent plusieurs membres d'un même collectif de travail. Or, les risques psychosociaux sont rarement singuliers

; ils relèvent de dynamiques systémiques. L'absence de reconnaissance du dommage collectif entretient l'illusion d'une pathologie personnelle, dissimulant la responsabilité organisationnelle. Une réforme du système de réparation pourrait ainsi intégrer des mécanismes collectifs (actions de groupe, sanctions organisationnelles, réparation symbolique à destination de la communauté de travail) afin de rétablir la vérité structurelle des atteintes à la santé mentale.

2. Une efficacité concrète en décalage avec les enjeux

359. Une charge probatoire inadaptée à la spécificité des troubles psychiques. Tout salarié peut, en principe, solliciter une indemnisation fondée sur la violation par l'employeur de son obligation de sécurité. Le mécanisme repose sur le droit commun de la responsabilité civile : il faut établir une faute (omission fautive de prévention), un préjudice et un lien de causalité entre les deux. Le montant de la réparation est fixé par les juges en fonction de l'ampleur du dommage. Ce schéma classique peut sembler protecteur ; il ne l'est que dans les apparences, tant les conditions d'accès à l'indemnisation demeurent, en pratique, restrictives.

360. En effet, l'architecture probatoire du droit actuel constitue un frein à l'effectivité de la réparation⁵¹⁵. Le salarié victime doit, selon le droit commun, établir l'existence d'un dommage, d'un manquement de l'employeur à son obligation de sécurité, et d'un lien de causalité entre les deux. Si le régime aménagé de l'article L. 4121-1 du Code du travail atténue en partie cette exigence, il demeure fondamentalement conçu pour les pathologies physiques. Or, les troubles psychiques — dont l'origine est multifactorielle et l'évolution souvent diffuse dans le temps — échappent aux cadres probatoires classiques. Le salarié se trouve ainsi désarmé pour démontrer une défaillance structurelle de son employeur. Cette inadaptation affaiblit l'intérêt même de l'obligation de sécurité en matière psychique, en la privant de sa portée préventive autant que réparatrice. Un réaménagement spécifique de cette charge, incluant par exemple des présomptions de lien causal en cas de signaux collectifs (turn-over anormalement élevé, alertes internes ignorées, taux d'absentéisme significatif), serait nécessaire pour redonner de l'effectivité à cette obligation.

361. Un contentieux éprouvant pour des salariés déjà fragilisés. Ce défaut d'adaptation du régime probatoire se double d'un coût émotionnel considérable pour les victimes.

⁵¹⁵ G. PIGNARRE, « Souffrance au travail et réparation des risques professionnels », *Revue de droit du travail*, mai 2010, n°5, p. 305 ; Jugement du TASS des Yvelines du 9 mars 2010, dossier n° 07-01555.

Rassembler les éléments de preuve implique de revivre les faits, de documenter des échanges parfois humiliants, de solliciter des témoignages dans un contexte de dépendance professionnelle. Le salarié voit sa vie personnelle exposée à la critique : a-t-il récemment divorcé ? A-t-elle connu une fausse couche ? La stratégie contentieuse de l'employeur repose souvent sur une requalification du mal-être comme trouble privé. Cet effet dissuasif annihile toute vocation préventive de l'obligation.

362. Une redéfinition doctrinale en germe : l'obligation de prévention des risques professionnels. Ces impasses favorisent l'émergence d'une conception renouvelée de la protection de la santé au travail. La Cour de cassation, dans son arrêt du 6 décembre 2017, a amorcé un glissement sémantique et normatif en substituant à l'ancienne obligation de sécurité la notion d'« *obligation de prévention des risques professionnels* »⁵¹⁶. Celle-ci, plus large, permettrait une appréhension proactive des risques, centrée sur la prévention primaire. Un tel basculement doctrinal redonnerait une portée tangible à l'obligation, en déplaçant le curseur de la sanction ex post vers l'action en amont, là où l'action préventive est la plus efficace. Il s'agirait alors d'un véritable changement de paradigme.

363. Tant que la charge probatoire restera inadaptée, que la logique de moyens primera sur celle de résultat, et que la reconnaissance des atteintes psychiques demeurera marginale, l'obligation de sécurité conservera une portée incantatoire. Il est urgent de reconfigurer le droit applicable aux troubles psychiques dans l'entreprise pour qu'il remplisse pleinement sa fonction : prévenir les atteintes, sanctionner les négligences, et reconnaître la souffrance invisible mais bien réelle des travailleurs.

II. Une responsabilité de l'employeur morcelée et limitée

364. En France, seuls 16 % des employeurs de très petites entreprises (TPE) et 14 % de ceux de petites et moyennes entreprises (PME) se déclarent véritablement préoccupés par la santé et la sécurité au travail⁵¹⁷. Ce faible niveau d'attention est pourtant problématique, dès lors que la

⁵¹⁶ Cass. Soc., 6 déc. 2017, n°16-10.885 : *JCP S*, 2018, n°5, p. 31, obs. G. Loiseau.

⁵¹⁷ L'intérêt presque inexistant des entreprises vis-à-vis de la santé au travail de leurs salariés est préoccupant. En 2016, pour rappel, la France présentait l'un des niveaux de stress au travail les plus élevés dans l'Union européenne. La souffrance au travail coûterait 3 à 4 % du PIB avec, pour causes principales, l'absentéisme, la démotivation ou encore le turn-over (Source : ESENER, *Calcul des coûts du stress et des risques psychosociaux liés au travail*, Rapport, Observatoire européen des risques). Outre la question de santé publique, il s'agit d'un enjeu économique majeur pour les entreprises.

prévention des risques professionnels repose d'abord sur l'action des employeurs, dont le rôle est central et les interventions potentiellement les plus efficaces.

365. La prévention des risques psychosociaux dans l'entreprise soulève une pluralité d'enjeux. L'enjeu premier est d'ordre juridique : la méconnaissance des règles normatives expose l'employeur à des sanctions. Mais le risque le plus immédiat est souvent d'ordre économique. Un salarié en souffrance psychique est moins performant, plus exposé aux erreurs, voire davantage absent. Il en résulte une perte de productivité pour l'entreprise et un coût collectif significatif, lié à la prise en charge de la maladie par la sécurité sociale.

366. Dans ce contexte, certains employeurs peuvent faire le choix délibéré de ne pas agir. La promotion de la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) suppose des investissements, tant en temps qu'en ressources. Elle implique une analyse organisationnelle approfondie, la mobilisation d'acteurs internes et externes, et la mise en œuvre de mesures concrètes dont le coût peut varier. Or, ces dépenses sont parfois perçues comme incertaines dans leur rentabilité. Dès lors, l'employeur peut être tenté de miser sur un risque contentieux faible ou hypothétique, préférant ne pas engager de politique de prévention. Une telle stratégie, fondée sur une analyse coûts/risques appliquée à la santé des salariés, est pourtant éthiquement insoutenable. Elle révèle l'ambiguïté de la responsabilité de l'employeur en matière psychique (A).

367. La notion même de responsabilité de l'entreprise peut être appréhendée à travers plusieurs prismes. Le professeur Archie Carroll a ainsi identifié, dès 1979, une pyramide des responsabilités⁵¹⁸ : économique, juridique, éthique, philanthropique... En droit du travail, la responsabilité juridique s'impose comme la principale. Elle suppose l'existence de normes impératives assorties de sanctions effectives, seules à même de contraindre l'employeur à se conformer à ses obligations. En théorie, la perspective d'une condamnation suffit à inciter à la conformité ; en pratique, cette fonction incitative est amoindrie par le morcellement du droit applicable (B).

368. La responsabilité de l'employeur en matière de santé psychique n'est jamais absolue. Elle peut être limitée, voire écartée, si le comportement du salarié est à l'origine du mal-être constaté. Le droit prend ainsi en compte, dans certaines hypothèses, l'action ou l'inaction du salarié, notamment si celle-ci a contribué à dégrader ses propres conditions de travail ou celles

⁵¹⁸ A. CARROLL, "A three-Dimensional Conceptual. Model of Corporate Performance", *Academy of Management Review*, 1979, n°4, p.497.

d'autrui. Cette approche, fondée sur une logique de partage des responsabilités, vient nuancer la portée de l'obligation de prévention (C).

A. La responsabilité morale

369. La responsabilité de l'employeur en matière de souffrance au travail est le plus souvent envisagée sous l'angle du droit positif⁵¹⁹ : sanction civile, réparation pécuniaire, voire responsabilité pénale dans les cas les plus graves. Cette lecture juridico-formaliste tend à reléguer au second plan une autre dimension pourtant essentielle : la responsabilité morale. Or, dans un univers professionnel marqué par les logiques de performance, de compétitivité et d'optimisation constante, les valeurs humaines semblent peu à peu évincées. L'expression des émotions, la reconnaissance de la vulnérabilité ou la simple écoute du mal-être psychique deviennent des variables négligeables. Ce recul de l'humain alimente un cercle vicieux : moins l'entreprise s'intéresse à la qualité de vie au travail, plus la souffrance s'installe, et moins elle est audible. Une relecture morale de la responsabilité de l'employeur permettrait de redonner du sens à cette relation asymétrique, au-delà des seuls impératifs juridiques.

370. Les fondements de la responsabilité morale. La responsabilité morale repose sur l'adhésion à un ensemble de principes qui, sans être sanctionnés par la loi, fondent les relations humaines : respect, bienveillance, loyauté, dignité⁵²⁰. À la différence des normes juridiques, les règles morales ne sont ni impératives ni sanctionnables par une autorité extérieure. Elles relèvent d'une éthique de la conscience, variable selon les individus, les cultures ou les périodes de vie⁵²¹. Leur efficacité repose sur l'intériorisation de ce qui est juste, au-delà de ce qui est légal⁵²². Comme le souligne Paul Ricœur, la morale renvoie à « *la visée de la vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes* » : elle fonde un horizon normatif qui précède le droit. Mais cette force intérieure est aussi sa faiblesse : faute de sanction, la transgression de la norme morale reste souvent sans effet tangible.

⁵¹⁹ P. BARDELLI, J. ALLOUCHE, *La souffrance au travail : quelle responsabilité de l'entreprise ?*, Armand Colin, 2012.

⁵²⁰ I. TCHOTOURIAN, « Les entreprises ont-elles une responsabilité morale ? », *ulaval.ca*, 1er juin 2017, site consulté le 15 septembre 2023.

⁵²¹ L. BACHLER, « Philosophie et psychologie : la question du jugement moral », *Psychologie du jugement moral*, 2013, p. 197-227.

⁵²² H. MAZEAUD, « La règle morale et la règle de droit », Extrait de son Cours de droit civil de licence 1^{ère} année - Les cours de droit 1954 – 1955.

371. Le travail comme espace d'expression de la morale. Dans l'entreprise, la responsabilité morale impose à l'employeur une conduite respectueuse, fondée sur la reconnaissance de l'autre en tant que sujet. Loin d'être un supplément d'âme, cette exigence constitue un socle minimal de l'humanité au travail. Le lien de subordination n'exonère en rien l'employeur de cette exigence. La dignité, l'écoute, la considération ne relèvent pas d'un luxe managérial mais d'un impératif éthique. L'oubli de cette dimension transforme la relation de travail en simple rapport utilitariste. Pourtant, comme le rappelle le philosophe Emmanuel Lévinas, « *la responsabilité pour autrui est le fondement de la subjectivité* ».

372. Le poids du jugement moral : une sanction sociale différée. Lorsqu'un employeur manque à ses devoirs moraux, il peut faire l'objet d'un jugement, non pas juridique, mais social ou réputationnel. La presse, les réseaux sociaux, les salariés eux-mêmes participent à la construction d'une image publique de l'entreprise. Certaines structures se voient ainsi durablement associées à des conditions de travail délétères, à des méthodes de gestion brutales ou à un mépris affiché du bien-être salarié. Ces atteintes à la réputation peuvent entraver le recrutement, compromettre la fidélisation des talents, voire altérer les relations commerciales. À l'inverse, des entreprises identifiées comme éthiques bénéficient d'une attractivité renforcée. Cette forme de « réputation morale », encore peu théorisée juridiquement, n'en constitue pas moins une réalité socio-économique.

373. Dans une dynamique inverse, certaines entreprises construisent leur identité autour de principes éthiques affirmés. Ce positionnement est particulièrement visible aux États-Unis, où l'éthique managériale devient un levier stratégique de différenciation. En France également, émergent des labels ou classements valorisant la qualité de vie au travail, le respect des droits humains ou l'engagement social. Cette reconnaissance publique fonde une forme de capital symbolique, propice à attirer et fidéliser les collaborateurs. La « responsabilité sociale des entreprises » (RSE), bien qu'encore perçue comme un outil de communication, contribue à cette mutation progressive du jugement porté sur l'entreprise au prisme de ses pratiques humaines. Comme le souligne Michel Capron, cette évolution pose la question du passage d'une « éthique incantatoire » à une « éthique institutionnelle », structurée et mesurable.

374. Une responsabilité sans coercition. Pour autant, la portée de cette responsabilité morale reste fragile. Le pouvoir d'interpellation des salariés est limité par la précarité de leur situation, le rapport de subordination et l'absence d'alternatives concrètes. Nombre d'entre eux expriment une forme de résignation : ils n'attendent plus de reconnaissance, encore moins de

considération, de la part de leur hiérarchie. Cette résignation est alimentée par l'idée que « ce n'est pas mieux ailleurs », ce qui participe à une banalisation de la souffrance. L'absence de mécanismes contraignants fragilise donc l'effectivité de la responsabilité morale, qui reste suspendue à la seule conscience de celui qui la détient.

375. En définitive, la responsabilité morale, bien qu'indispensable à une régulation éthique du travail, ne peut suffire à elle seule. Elle agit comme une norme implicite, à la fois puissante dans son exigence et impuissante dans son efficacité. Sans articulation avec des dispositifs juridiques et organisationnels concrets, elle risque de demeurer une exhortation sans portée. C'est pourquoi l'enjeu contemporain est moins de substituer le droit à la morale que de mieux les faire dialoguer, afin de construire une véritable culture de la prévention et du respect de la santé psychique au travail.

B. La responsabilité juridique

376. Le droit ne se conçoit pas sans sanction : l'effectivité des normes dépend de leur capacité à contraindre. En matière de santé mentale au travail, les employeurs, comme les salariés, sont tenus de respecter des règles juridiques dont la violation peut engager leur responsabilité. Si le droit prévoit un arsenal de sanctions civiles et pénales, force est de constater que leur mise en œuvre demeure marginale, ce qui réduit considérablement leur portée dissuasive. L'encouragement à agir pour prévenir la souffrance psychique est ainsi moins juridique que moral ou stratégique.

377. L'employeur peut voir sa responsabilité engagée sur le plan civil comme sur le plan pénal. La responsabilité civile, fondée sur l'article 1240 du Code civil, n'est mobilisable qu'à la condition – restrictive – d'une faute inexcusable dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (1). Quant à la responsabilité pénale, elle peut théoriquement être engagée en cas de violation d'une obligation ou de négligence ayant causé un dommage, mais là encore, les décisions de condamnation restent rares⁵²³. Ces mécanismes souffrent d'un manque d'effectivité et ne permettent pas d'instaurer une réelle culture de prévention (2).

378. La responsabilité juridique peut en outre être affaiblie par les mécanismes d'organisation interne, notamment la délégation de pouvoir (3). Dans les grandes structures, la direction générale délègue souvent les questions de santé et de sécurité à des services

⁵²³ Y. MAYAUD, *Droit pénal général*, PUF, Droit fondamental, 6^e éd., 2018.

spécialisés, en particulier les ressources humaines. Ce transfert peut avoir pour effet de déresponsabiliser juridiquement les dirigeants et de rendre plus complexe l'identification du fautif.

379. Dans ce contexte, l'idée d'une responsabilité financière spécifique mérite d'être explorée. À l'instar du régime des accidents du travail et maladies professionnelles, les entreprises pourraient être amenées à participer au financement des coûts collectifs induits par la souffrance psychique au travail : absentéisme, désinsertion professionnelle, dépenses de santé... Une telle contribution pourrait prendre la forme d'une cotisation dédiée, dont le taux serait adapté soit au secteur d'activité – solution équitable pour les petites structures –, soit aux indicateurs internes de désorganisation sociale, tels que le taux d'absentéisme ou de turn-over.

380. Une telle réforme, qui s'inscrirait dans une logique d'internalisation des coûts sociaux liés aux risques psychosociaux, permettrait de redonner au droit sa fonction incitative. Elle contribuerait à dépasser les limites actuelles du régime de responsabilité juridique. Reste à savoir si cette voie, plus économique que répressive, pourrait réellement modifier les comportements en profondeur – ce que l'analyse de la responsabilité du salarié viendra nuancer dans la suite du développement.

1. La faute inexcusable

381. Une action civile strictement limitée. Le champ d'application de la responsabilité civile de l'employeur est étroitement limité⁵²⁴. L'action en reconnaissance de faute inexcusable n'est recevable qu'en présence d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle préalablement reconnue comme telle. Les maladies ordinaires sont donc écartées, tout comme les rechutes⁵²⁵ ou les accidents de trajet⁵²⁶. En conséquence, le suicide d'un salarié sur le chemin du travail, pourtant souvent révélateur d'une détresse psychique liée à l'environnement professionnel, échappe au dispositif⁵²⁷. Or, la reconnaissance du caractère professionnel d'un trouble psychique s'avère particulièrement complexe⁵²⁸. Elle repose sur une procédure

⁵²⁴ P. LOKIEC, S. ROBIN-OLIVIER, S. DEAKIN, Ch. RADE, « Droit du travail et responsabilité civile (1re partie) », *Revue de droit du travail*, décembre 2007, n° 12, p. 748-757.

⁵²⁵ Cass. Civ. 2^e., 7 mai 2009, n°08-15.303 ; Cass. Civ. 2^{ème}., 9 déc. 2010, n°09-72.667, publié : *JCP S*, 2011, n°10, p. 30, obs. D. Asquinazi-Baillex.

⁵²⁶ Cass. Civ. 2^e., 8 juill. 2010, n°09-16.180, publié : *JCP S*, 2010, n°43, p. 37, note G. Vachet ; *JSL*, 2010, n°285, p.13, note F. Lalanne ; Cass. Civ. 2^e., 9 juill. 2015, n°14-20.679.

⁵²⁷ L. LEROUGE, « Suicide du salarié et faute inexcusable de l'employeur : quelles évolutions juridiques », *op. cit.*

⁵²⁸ Cf: B. La procédure spécifique hors tableaux, Section III, Chapitre II, Titre II, Première partie, p. 279.

incertaine et chronophage, de nature à décourager les victimes⁵²⁹. De nombreux comportements fautifs de l'employeur échappent ainsi à toute sanction civile.

382. Ce champ d'application restreint produit un effet paradoxal : la déresponsabilisation de l'employeur. Faiblement exposé juridiquement, ce dernier n'est que peu incité à adopter une politique active de prévention. Cette configuration est d'autant plus critiquable qu'elle cantonne la responsabilité civile à un régime dérogatoire, excluant, sauf exception, le recours au droit commun fondé sur l'article 1240 du Code civil. Or, en dehors de la faute inexcusable, la seule voie restante est une action fondée sur la violation de l'obligation de sécurité⁵³⁰. Cette marginalisation du droit commun interroge la cohérence d'ensemble du système normatif en matière de protection de la santé mentale au travail.

383. Une définition prétorienne. L'enjeu réside alors dans la définition même de la faute inexcusable. Issue de la jurisprudence, celle-ci a connu un infléchissement majeur en 2002, à la suite des affaires liées à l'amiante⁵³¹⁵³². La Cour de cassation a alors substitué à la définition antérieure – centrée sur la gravité exceptionnelle de la faute – une conception fondée sur l'obligation de sécurité de résultat. Désormais, la faute inexcusable est caractérisée lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié⁵³³, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver⁵³⁴. Cette évolution, plus réaliste, permet une appréciation plus fonctionnelle de la faute.

384. La charge de la preuve incombe au salarié ou, en cas de décès, à ses ayants droit⁵³⁵. Toutefois, une exception notoire subsiste : lorsque le risque à l'origine de l'accident ou de la maladie avait été signalé par la victime ou un membre du CSE, la faute inexcusable est

⁵²⁹ M. DEL SOL, « Reconnaissance de la faute inexcusable de Renault dans le suicide d'un salarié : un arrêt d'appel précurseur en matière de risques psychosociaux », *Lexbase Social*, 2011, n°443, p. 1009-1010.

⁵³⁰ M. BABIN, N. PICHON, « Obligation de sécurité et faute inexcusable de l'employeur », *Droit social*, septembre 2002, n° 9/10, p. 828-839.

⁵³¹ Cass. Soc., 11 avr. 2002, n°00-16.535, publié.

⁵³² Cass. Soc., 28 févr. 2002, n°00-11.793, publié : *Dr. Soc.*, 2017, n°11, p. 923, note G. Vachet ; *JCP E*, 2002, n°15, p. 672, note G. Strebelle.

⁵³³ M. CARON, « Reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur à la suite du suicide d'un salarié », *Bulletin Joly Travail*, janvier 2022, n°1, p. 10-12.

⁵³⁴ Cass. Ch Réunies, 15 juill. 1941, n°00-26.836, *D.*, 1941, p117 ; Cass. Soc., 29 févr. 1996, n°93-21.068.

⁵³⁵ N. DEDESSUS-LE-MOUSTIER, E. DRAIS, *Le rôle de l'employeur et du travailleur dans la prévention des risques liés aux nanotubes de carbone : la prévention à l'épreuve des risques incertains*, In *De l'innovation à l'utilisation des nanomatériaux*, Droit des technologies, Larcier, 2012.

présumée établie⁵³⁶. Ce mécanisme probatoire, bien que protecteur dans son principe, reste circonscrit à des cas spécifiques, laissant la majorité des victimes sans présomption favorable.

385. Deux conditions restrictives et discutables. Deux éléments sont indispensables pour caractériser la faute inexcusable : la conscience du danger par l'employeur (i) et l'absence de mesures adéquates pour y remédier (ii)⁵³⁷. Si cette grille de lecture permet d'appréhender les manquements graves, elle demeure tributaire d'une logique probatoire inadaptée aux réalités psychiques. Les troubles mentaux, souvent diffus, d'origine multifactorielle, et parfois silencieux, échappent malaisément à cette démonstration. La jurisprudence n'a pas encore pris la pleine mesure des spécificités du mal-être psychique au travail.

386. La notion de « conscience du danger » pose problème. L'employeur devait ou aurait dû avoir connaissance du risque. Or, cette connaissance ne peut découler que d'une alerte, d'une observation directe ou d'une expertise externe. En l'absence d'un signalement clair, prouver la conscience du danger devient extrêmement difficile, d'autant que certains employeurs ignorent volontairement les signaux faibles. Cette indifférence managériale empêche souvent l'établissement du lien cognitif exigé par la jurisprudence. Un renversement de la charge de la preuve ou des présomptions légales seraient ici de puissants leviers d'évolution.

387. Cette exigence de conscience préalable du danger est d'autant plus contestable qu'elle entre en contradiction avec les articles L. 4121-1 et suivants du Code du travail. Ceux-ci imposent déjà à l'employeur une obligation proactive de prévention, sans qu'il soit besoin d'être préalablement alerté. Toute carence dans la mise en œuvre des mesures de sécurité devrait, en elle-même, suffire à fonder sa responsabilité. En outre, le risque psychosocial étant universel, aucun employeur ne saurait prétendre l'ignorer⁵³⁸. À ce titre, la conscience du danger devrait être présumée dans toutes les organisations. Plusieurs auteurs ont d'ailleurs appelé à une refonte du régime, estimant que « la preuve d'une ignorance ne devrait jamais exonérer l'employeur d'une obligation de vigilance structurelle ».

⁵³⁶ C. Trav., Art. L.4131-4.

⁵³⁷ Cass. Civ. 2^{ème}, 8 oct. 2020, n°18-26.677, publié : *JCP S*, 2020, n°45, p. 33, obs. D. Asquinazi-Bailleux ; *JCP E*, 2021, n°22, p. 47, note V. Cohen-Donsimoni : même dans une situation de harcèlement moral reconnue par les juges, la faute inexcusable n'est pas automatiquement retenue. L'employeur devait avoir conscience du danger et ne pas avoir pris les mesures nécessaires pour l'en préserver.

⁵³⁸ Cf : a. Un champ d'application indéfini, B, I., Section I, Chapitre II, Titre I, Première partie, p. 143.

388. Un enjeu crucial de réparation. Malgré ces obstacles, engager la responsabilité civile présente un intérêt majeur pour le salarié : celui d'obtenir la réparation intégrale de son préjudice⁵³⁹. En effet, le régime d'indemnisation des AT/MP ne couvre qu'une partie des dommages : soins médicaux et perte de salaire. L'action en faute inexcusable permet d'obtenir une indemnisation complémentaire, couvrant notamment les préjudices extrapatrimoniaux⁵⁴⁰.

389. Le préjudice moral – psychologique, affectif ou atteinte à la dignité – peut être reconnu dans ce cadre. Il est indemnisé selon les règles du droit commun, mais son évaluation demeure aléatoire. Les juridictions peinent à quantifier ces atteintes en l'absence de manifestation somatique visible. Pourtant, dans les cas de harcèlement ou d'exposition prolongée à un environnement pathogène, ce dommage est souvent central⁵⁴¹. Un effort jurisprudentiel d'objectivation, à travers des barèmes indicatifs ou une meilleure prise en compte des expertises psychologiques, serait souhaitable pour assurer une justice plus équitable.

2. Le risque pénal

390. Une logique autonome. Le droit pénal du travail, par sa finalité répressive, se distingue fondamentalement du droit civil ou du droit social dans son mode d'intervention. Alors que ces derniers exigent souvent la preuve d'un dommage et d'un lien de causalité avec une faute, le droit pénal repose, en principe, sur la seule démonstration de la commission d'une infraction⁵⁴². Cette autonomie du champ pénal est d'autant plus pertinente en matière de souffrance au travail que les mécanismes traditionnels du droit de la responsabilité peinent à répondre à la complexité de ces atteintes diffuses, souvent invisibles, et étroitement liées à l'organisation du travail. La sanction pénale, par son intensité symbolique et la menace qu'elle fait peser sur la liberté personnelle de l'employeur, agit alors comme un puissant levier de prévention, permettant d'intervenir en amont, avant même la réalisation du dommage. Elle dispense par ailleurs le

⁵³⁹ CSS, Art. L.452-1 ; L. LEROUGE, « État de la recherche sur le suicide au travail en France : une perspective juridique », *op. cit.*

⁵⁴⁰ CSS, Art. L.452-3.

⁵⁴¹ Cass. Civ 2^{ème}., 10 juill. 2014, n°13-21.357 : une employée de ménage a marché sur une aiguille au cours de son activité dans un centre de soin. Celle-ci a transpercé sa chaussure. La crainte d'une contagion a causé un syndrome dépressif chez la salariée. La faute inexcusable a été reconnue en l'espèce. Il s'agissait en effet d'un danger dont l'employeur aurait dû avoir conscience. C. RADE, « Harcèlement moral et responsabilités au sein de l'entreprise : l'obscur éclaircissement », *Droit social*, 2006, n°9/10.

⁵⁴² B. LAPEROU-SCHENEIDER, « La responsabilité pénale de l'employeur personne physique et la présomption de faute », *Droit social*, mars 2012, n° 3, p. 273-280.

salarié victime de rapporter une preuve parfois impossible à établir : celle du lien de causalité entre l'atteinte psychique et la faute patronale.

391. Le risque pénal peut se concrétiser à travers un panel d'infractions, contraventionnelles ou délictuelles, issues tant du code du travail que du code pénal⁵⁴³. Certaines visent la méconnaissance des obligations de sécurité, d'autres la réalisation d'un dommage corporel ou psychique. La frontière entre ces deux corpus n'est ni étanche ni exclusive : une même situation peut donner lieu à des poursuites sur les deux fondements⁵⁴⁴. Cette dualité normative n'est pas sans conséquence sur le traitement juridictionnel des faits. Tandis que le conseil de prud'hommes connaît des aspects civils de la souffrance au travail, les juridictions répressives — tribunal de police, tribunal correctionnel, voire cour d'assises — sont seules compétentes pour juger de la responsabilité pénale. Il en résulte une pluralité de contentieux parallèles, parfois fondés sur les mêmes éléments factuels mais relevant de logiques processuelles distinctes, ce qui contribue à une judiciarisation polymorphe des atteintes à la santé au travail.

392. Des infractions ciblées insuffisantes. Le corpus répressif applicable à la santé psychique des salariés reste cependant limité et lacunaire. Deux infractions principales permettent aujourd'hui de sanctionner indirectement une méconnaissance de la prévention des risques psychosociaux. La première tient à l'obligation de transcription des risques dans le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), prévue à l'article R. 4121-1 du Code du travail. L'omission de cette formalité constitue une infraction contraventionnelle sanctionnée d'une amende de 1.500 euros par salarié concerné, portée à 3.000 euros en cas de récidive⁵⁴⁵. La seconde infraction, plus générale, vise toute violation d'une règle d'hygiène et de sécurité imputable personnellement à l'employeur ou à son délégataire. Elle est passible d'une amende de 10.000 euros par salarié, assortie, en cas de récidive, d'un emprisonnement d'un an et 30.000 euros. Ces sanctions, renforcées par la publicité du jugement, traduisent une volonté d'incitation, mais peinent à appréhender la réalité du risque psychique, qui demeure souvent sous-estimé, voire invisibilisé dans la norme pénale⁵⁴⁶.

393. Une hiérarchie implicite entre sécurité physique et santé mentale. Ce décalage normatif révèle une hiérarchie implicite des atteintes à la santé au travail : là où la sécurité

⁵⁴³ J-F. CESARO, « Les sanctions pénales de l'insécurité », *Droit social*, juin 2007, n°6, p. 729- 737.

⁵⁴⁴ A. COEURET, F. DUQUESNE, E. FORTIS, *Droit pénal du travail*, LexisNexis, Manuels, 7^e éd., 2022.

⁵⁴⁵ C. Trav., Art. R.4741-1-1.

⁵⁴⁶ C. Trav., Art. L.4741-1.

physique suscite une réponse pénale structurée, la santé mentale reste, pour l'essentiel, reléguée au second plan. Ainsi, la mise en service d'un appareil non conforme ou dangereux est sanctionnée d'une amende de 10.000 euros⁵⁴⁷, sans qu'aucun dispositif équivalent n'existe pour encadrer des méthodes managériales toxiques, pourtant documentées comme génératrices de troubles graves (syndrome d'épuisement professionnel, anxiété pathologique, etc.)⁵⁴⁸. Cette asymétrie traduit une réticence structurelle du droit pénal à investir le champ de l'organisation du travail, pourtant au cœur des mécanismes de souffrance psychique. L'instauration d'un risque pénal spécifique à ces pratiques — à l'image de ce qui existe en matière environnementale ou de harcèlement — pourrait constituer un vecteur décisif de responsabilisation des employeurs et de transformation des cultures managériales.

394. Le recours aux infractions de droit commun. En dépit de ces lacunes, certaines infractions de droit commun, détachées a priori de la relation de travail, peuvent utilement être mobilisées pour appréhender des cas de souffrance psychique au travail. Il en va ainsi des délits d'homicide⁵⁴⁹ ou de blessures involontaires, prévus aux articles 221-6 et 222-19 du Code pénal⁵⁵⁰. Ces textes sanctionnent la méconnaissance d'une obligation de prudence ou de sécurité ayant causé, même involontairement, la mort ou une incapacité temporaire de travail. Leur application en milieu professionnel a été reconnue par la jurisprudence, notamment en cas de décès d'un salarié consécutif à un manquement à l'obligation de sécurité. Cette infraction impacte parallèlement la responsabilité civile. Si cette dernière nécessite l'établissement d'un lien de causalité entre le comportement fautif et le dommage, l'infraction caractérise la faute⁵⁵¹.

⁵⁴⁷ *Ibid.*

⁵⁴⁸ Cf. B. Une gouvernance managériale sous tension, I, Section I, Chapitre I, Titre I, Première partie, p. 72.

⁵⁴⁹ Cass. Crim., 6 sept. 2016, n°14-86.606 : *JCP S*, 2017, n°4, p. 30, note P. Pradel-Boureux, C-F. Pradel, V. Pradel : un monteur manutentionnaire a fait une chute mortelle de plus de deux mètres du haut d'une nacelle. La personne morale et le président directeur général ont été déclarés pénalement responsables pour avoir causé involontairement la mort d'un salarié. En l'espèce, le risque de chute de hauteur d'une nacelle n'avait pas été évalué dans le document unique d'évaluation des risques. Il s'agit d'une violation délibérée d'une obligation de sécurité. Cette violation a causé involontairement la mort d'un salarié, engageant ainsi la responsabilité pénale de l'employeur personne physique et personne morale.

⁵⁵⁰ « *Le fait de causer (...) par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.* » : C. Pén, Art. 221-6 et Art. 221-7.

⁵⁵¹ Cass. Civ 2^{ème}, 11 oct. 2018, n°17-18.712, publié : *JCP E*, 2019, n°12, p. 44, note F. Chopin ; *JSL*, 2018, n°464, p. 22, note J-P. D ; *BJT*, 2018, n°2, p. 29, note A. Casado : la condamnation de l'employeur pour homicide involontaire par le juge pénal impacte la reconnaissance de la faute inexcusable dans le cadre de sa responsabilité civile. La chose définitivement jugée au pénal s'impose au juge civil. L'employeur est donc considéré comme ayant eu connaissance du danger auquel celui-ci était exposé et n'avoir pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver.

395. C'est précisément sur le terrain du suicide au travail que la responsabilité pénale de l'employeur a récemment trouvé une illustration jurisprudentielle. Dans un arrêt du 31 janvier 2023, la chambre criminelle de la Cour de cassation a admis qu'un employeur puisse être condamné pour homicide involontaire à raison du suicide d'un salarié, dès lors qu'un lien indirect mais certain existe entre une faute d'imprudence — en l'espèce, une surcharge de travail et une absence de soutien managérial — et le passage à l'acte⁵⁵². Cette décision, bien que prudente dans sa portée, marque une évolution majeure dans la reconnaissance pénale des atteintes à la santé mentale des salariés. Elle consacre la responsabilité de l'employeur non plus seulement comme agent d'un dommage matériel ou corporel, mais comme acteur d'un climat organisationnel pathogène⁵⁵³. En ce sens, elle ouvre la voie à une pénalisation accrue des pratiques managériales délétères, appelant à une refonte plus large des outils juridiques de protection psychique au travail.

396. Les actions civile et pénale, bien que poursuivant des finalités distinctes, convergent ici dans la désignation d'un responsable : l'employeur, personne physique ou morale. La présence éventuelle d'une délégation de pouvoir permet toutefois de déplacer le centre de gravité de la responsabilité sur un autre membre de l'entreprise, souvent le directeur d'établissement ou le responsable sécurité.

3. La délégation de pouvoirs

397. Dans les entreprises de taille importante, la centralisation des décisions au sommet de l'organigramme se heurte aux exigences de réactivité, de spécialisation et de proximité propres à la gestion quotidienne du travail. L'employeur au sens juridique — généralement le représentant légal de la société — ne saurait assumer matériellement l'ensemble des responsabilités, notamment en matière de santé et de sécurité. La pratique démontre que ces attributions sont fréquemment confiées à des cadres intermédiaires, tel le directeur des ressources humaines, dans le cadre d'une répartition fonctionnelle des rôles au sein de la structure⁵⁵⁴. Cette réalité organisationnelle, désormais banalisée, trouve un fondement juridique dans la figure de la délégation de pouvoirs.

⁵⁵² Cass. Crim., 31 janv. 2023, n°22-80.482.

⁵⁵³ M. CHAMBON, « Suicide d'un salarié : engage sa responsabilité pénale pour homicide involontaire la société l'ayant maintenu dans une incertitude professionnelle », *Lexbase Pénal*, mars 2023, n°58.

⁵⁵⁴ E. DAOUD et M. DESPLANQUES, « La gestion pénale des risques psychosociaux en entreprise », *AJ Pénal*, 2010, n°532.

398. Un cadre juridique strict. La délégation de pouvoirs constitue une opération juridique par laquelle l'employeur transfère à un salarié déterminé une partie de ses prérogatives ainsi que les responsabilités qui y sont attachées. Elle est licite, notamment en ce qui concerne l'obligation de sécurité qui pèse sur l'employeur par application de l'article L. 4121-1 du Code du travail. Toutefois, cette délégation n'est pas libre : sa validité est soumise à des conditions précises, établies par la jurisprudence constante de la chambre criminelle. Le délégataire doit être pourvu de la compétence, de l'autorité⁵⁵⁵ et des moyens nécessaires à l'exercice effectif de la mission transférée⁵⁵⁶. Cette exigence traduit la volonté de la Cour de ne pas admettre un transfert fictif de responsabilité, dénué de réalité opérationnelle.

399. La délégation de pouvoirs ne saurait être implicite, équivoque ou fondée sur une simple habitude organisationnelle. Elle doit être certaine, même si sa forme n'est pas légalement imposée. Une délégation tacite ou verbale est en théorie possible, mais elle soulève d'évidentes difficultés probatoires⁵⁵⁷. En pratique, la rédaction d'un acte écrit, précis et daté, est fortement recommandée afin de démontrer la matérialité du transfert de responsabilité. L'objet de la délégation doit être limité et clairement circonscrit⁵⁵⁸ : elle ne saurait porter sur l'ensemble des attributions de l'employeur, sous peine de vider ce dernier de sa fonction propre⁵⁵⁹. Les juges disposent à cet égard d'un pouvoir souverain d'appréciation, leur permettant d'écarter les délégations trop vagues, trop larges ou manifestement inadaptées⁵⁶⁰.

400. Un instrument de prévention pragmatique et ciblé. L'utilité de la délégation de pouvoirs en matière de santé et de sécurité au travail est manifeste. Elle permet une gestion plus efficace et plus rapide des risques, notamment dans les structures éclatées géographiquement ou organisées en unités autonomes. Le délégataire, présent sur le terrain, est mieux à même de détecter les situations dangereuses et d'agir immédiatement. En outre, il est souvent mieux formé, tant techniquement que juridiquement, pour identifier les obligations applicables et mettre en œuvre les mesures adéquates. Cette proximité fonctionnelle avec les salariés, associée

⁵⁵⁵ H. MATSOPOULOU, « Délégation de pouvoirs : les critères jurisprudentiels de compétence et d'autorité du délégataire », *Revue des sociétés*, juillet 2010, n° 5-6, p. 332-334.

⁵⁵⁶ Cass. Crim., 17 nov. 1987, n°86-92.514, publié : *Bull. crim.* n° 416. ; Cass. Crim., 12 janv. 1988, n°85-95.950, publié : *Bull. Crim.* n°15 ; Cass. Crim., 16 janv. 1990, n°88-83.193, publié.

⁵⁵⁷ Cass. Crim., 22 oct. 1991, n°89-86.770.

⁵⁵⁸ Cass. Crim., 22 janv. 1986, n°84-95.210, publié : *Bull crim* n°30.

⁵⁵⁹ F. HEAS, « Les modalités de la délégation de pouvoirs », *Revue de droit du travail*, novembre 2008, n° 11, p. 670-671.

⁵⁶⁰ Cass. Crim., 24 janv. 1978, n°76-93.291, publié ; Cass. Crim., 25 juill. 1991, n°90-85.362 ; Cass. Crim., 21 août 1995, n°94-80.915.

à une spécialisation en gestion des risques, fait de la délégation un instrument pragmatique de protection, à condition qu'elle soit rigoureusement encadrée et effectivement exercée⁵⁶¹. Une généralisation raisonnée de cette pratique, au-delà des grandes entreprises, pourrait constituer un levier d'amélioration de la prévention.

401. Un déplacement de la responsabilité pénale. Mais cet outil d'efficience organisationnelle a un corollaire juridique majeur : le déplacement de la responsabilité pénale. Lorsqu'elle est jugée valable, la délégation emporte transfert de la responsabilité pénale attachée aux obligations transférées⁵⁶². Ainsi, en cas de manquement dans le champ de la délégation, ce n'est plus l'employeur principal qui répond pénalement, mais le délégataire⁵⁶³. Cette règle repose sur le principe de personnalité des peines et sur l'exigence d'une responsabilité effectivement exercée. Le délégataire peut être poursuivi non seulement pour ses propres agissements fautifs, mais également pour ceux commis par des subordonnés dans la limite de sa sphère de surveillance. La logique est celle d'un engagement par position de garant.

402. La responsabilité pénale de l'employeur et du délégataire n'est en principe pas cumulative⁵⁶⁴. Dès lors qu'une délégation valide a été établie, seul le délégataire peut être tenu pénalement responsable des infractions relevant de son champ d'attributions⁵⁶⁵. Ce principe de responsabilité alternative s'efface toutefois dans certaines hypothèses. Notamment, pour les infractions les plus graves prévues par le Code pénal — telles que l'homicide involontaire —, la responsabilité du chef d'entreprise peut subsister parallèlement à celle du délégataire, dès lors qu'il a conservé une part d'implication ou de négligence. Cette exception témoigne d'un souci de ne pas exonérer l'employeur de toute obligation de vigilance, même en présence d'un transfert de compétences.

403. Une incidence limitée sur la responsabilité civile. La délégation de pouvoirs ne produit en principe pas d'effet sur le terrain de la responsabilité civile. En effet, celle-ci continue

⁵⁶¹ G. GIUDICELLI-DELAGE, « Délégation de pouvoirs en matière de sécurité du travail », *Revue de droit criminel et de droit comparé*, 1999, p. 340.

⁵⁶² La chambre criminelle de la Cour de cassation a étendu le domaine de la délégation à toutes les infractions en 1993 (Cass, Crim., 11 mars 1993, bull. crim., n°112 – 5 arrêts).

⁵⁶³ Cass. Crim., 14 oct. 1997, n°96-83.356, publié : *Bull. crim.* n° 334 ; *Dr. pen.*, 1998, p. 25, obs. J.-H. Robert ; *RSC*, 1998, p. 328, obs. Mayaud.

⁵⁶⁴ Cass. Crim., 12 janv. 1988, n°85-95.950, *op. cit.*

⁵⁶⁵ B. BOULOC, « Délégation de pouvoirs. Appréciation des juges du fond. Responsabilité pénale. Chef d'entreprise. Exonération. Délégation de pouvoirs. Appréciation souveraine », *Revue de droit du travail*, 2008, p. 198.

en règle générale de peser sur l'employeur, en tant que commettant, en vertu des articles 1240 et 1242 du Code civil. Toutefois, en cas de faute personnelle du délégataire, au sens de l'article 121-3 du Code pénal, sa responsabilité civile peut être directement engagée. Il faut alors que la faute ait été commise dans l'exercice de ses fonctions⁵⁶⁶ et qu'elle présente un caractère qualifié, c'est-à-dire d'une gravité particulière. La jurisprudence a déjà admis qu'un chef de service, délégataire en matière de sécurité, puisse être condamné solidairement au civil avec son employeur pour avoir manqué aux obligations de prévention, notamment dans un dossier d'homicide involontaire lié à un accident du travail⁵⁶⁷. Ce cumul des responsabilités pénale et civile marque la perméabilité des deux régimes dans les cas les plus graves.

404. En définitive, la délégation de pouvoirs ne saurait être perçue comme un simple outil de décharge : elle transforme profondément les responsabilités au sein de l'entreprise. Si elle permet de mieux gérer les risques opérationnels, elle expose également des salariés — parfois eux-mêmes en position de subordination — à des poursuites pénales lourdes de conséquences. Loin d'être neutre, elle redistribue les lignes de force du pouvoir juridique dans l'entreprise. Il importe donc de ne pas banaliser cet instrument, mais de l'utiliser avec rigueur, transparence et exigence. Car derrière la délégation se joue aussi un enjeu d'équité : celle de ne pas faire peser sur les épaules du délégataire un fardeau qu'il ne serait pas effectivement en mesure de porter.

C. Un rôle subsidiaire du salarié dans l'alerte et la défense

405. Si le salarié est placé, dans le cadre de l'exécution de son contrat de travail, dans un lien de subordination à l'égard de son employeur, il ne saurait pour autant être réduit à une figure passive, privée de toute autonomie ou responsabilité⁵⁶⁸. Subordonné dans ses tâches, ses horaires ou son lieu de travail, il reste un sujet de droit, doté d'une capacité d'action, mais aussi de devoirs envers lui-même, ses collègues et l'entreprise⁵⁶⁹.

406. En matière de santé et de sécurité, cette position appelle une implication minimale mais réelle du salarié dans la prévention des risques. Sans renverser la hiérarchie des obligations, le droit lui confère certaines prérogatives et met à sa charge des comportements attendus, dont

⁵⁶⁶ Cass. Crim., 28 mars 2006, n°05-82.975, publié : *Bull. crim.* n° 91 ; *JCP S*, 2006, n°23, p. 28, note J-F. Cesaro ; *RTD Civ*, 2007, n°1, p. 135, note P. Jourdain ; *JCP G*, 2006, n°47, p. 2174, J. Mouly.

⁵⁶⁷ Cass. Crim., 28 mars 2006, n°05-82.975, *op. cit.*

⁵⁶⁸ Cass. Soc., 19 déc. 2000, n°98-40.572, publié : *Lexbase Social*, 2005, n°181, p. 6, note G. Auzero.

⁵⁶⁹ P. ADAM, « De la responsabilité civile du salarié », *Droit social*, mai 2018, n° 5, p. 465.

l'inexécution peut engager sa responsabilité⁵⁷⁰. Le salarié doit ainsi veiller à sa propre sécurité et à celle des autres travailleurs (1), faire usage de son droit d'alerte en cas de situation dangereuse (2), et s'abstenir de tout comportement fautif susceptible de porter atteinte à la santé d'autrui ou à la sienne (3).

1. Le devoir d'autoprotection du salarié

407. Si l'employeur demeure tenu d'une obligation de sécurité de résultat — devenue, depuis 2015, une obligation de prévention renforcée —, le salarié n'est pas pour autant étranger à la préservation de sa propre santé. Le Code du travail érige l'autoprotection en principe directeur, en disposant à l'article L. 4122-1 qu'il incombe à chaque travailleur de prendre soin de sa santé et de sa sécurité « *en fonction de sa formation et selon ses possibilités* ». Cette obligation n'est ni abstraite ni purement déclaratoire : elle traduit une responsabilisation croissante du salarié dans la dynamique de prévention, en dépit de son statut de subordination juridique. L'idée sous-jacente est que la protection de la santé au travail ne peut être efficacement assurée sans l'implication active des intéressés.

408. Le respect des consignes de sécurité. Cette obligation se traduit d'abord par le respect des consignes de sécurité établies par l'employeur : port d'équipements, respect des protocoles, signalement des situations à risque. En ce sens, la jurisprudence reconnaît la faute du salarié lorsqu'il s'écarte, sans justification, des règles de sécurité⁵⁷¹. Cependant, cette exigence d'autoprotection ne saurait être instrumentalisée pour masquer les manquements structurels de l'employeur ou les contradictions inhérentes à certains objectifs de performance⁵⁷². Cette obligation implique également – indirectement - une participation proactive à la politique de prévention interne⁵⁷³. En effet, le salarié est souvent le mieux placé pour détecter, dans l'exécution quotidienne de ses tâches, des défaillances susceptibles de compromettre sa sécurité ou celle de ses collègues. Son regard de terrain complète les dispositifs formels de contrôle.

409. Les paradoxes de l'autoprotection dans l'entreprise contemporaine. L'obligation faite au salarié de prendre soin de sa santé se heurte toutefois, dans sa mise en œuvre concrète,

⁵⁷⁰ J. SAVATIER, « La nullité de la reconnaissance par un salarié de sa responsabilité civile envers l'employeur en l'absence de faute lourde », *Droit social*, juillet 1995, n° 7-8, p. 651-654.

⁵⁷¹ C. Trav., Art. L.4122-1.

⁵⁷² P-Y. VERKINDT, « Licenciement : violation par le salarié de son obligation de sécurité », *La Semaine Juridique – Social*, juillet 2007, n° 30, p. 31-32.

⁵⁷³ P. BROCHETON, « L'évaluation des risques professionnels : une responsabilité à partager entre l'employeur, le salarié et le médecin du travail », in, Journées Médicales du CISME des 17 et 18 octobre 2002, Paris.

à des paradoxes organisationnels. L'injonction au rendement, les contraintes de temps et les objectifs chiffrés sont autant de facteurs qui, en pratique, peuvent dissuader le recours aux outils de protection, jugés trop chronophages ou peu compatibles avec les attentes de productivité. Cette tension est particulièrement prégnante en matière de risques psychosociaux, où les atteintes à la santé sont moins visibles, plus subjectives et souvent insidieuses. Dans ce contexte, la véritable marge d'action du salarié réside davantage dans l'exercice de ses prérogatives individuelles, telles que le droit à la déconnexion ou le droit de retrait, que dans une application formelle et passive des consignes.

410. Le droit à la déconnexion. Le droit à la déconnexion, consacré par la loi Travail du 8 août 2016, constitue une réponse contemporaine à l'intrusion du travail dans la sphère privée, rendue possible par l'essor du numérique. Cette prérogative, qui s'applique à tous les salariés, quel que soit leur statut ou leur mode de travail, vise à garantir le respect des temps de repos et de congé, en interdisant toute sanction fondée sur l'absence de réponse à des sollicitations professionnelles en dehors des horaires. Ce droit est particulièrement crucial pour la prévention des troubles psychiques liés à l'hyperconnectivité, tels que le stress chronique ou le burn-out⁵⁷⁴. En favorisant une réelle délimitation entre les temps de travail et les temps de repos, il participe d'une redéfinition du rapport au travail, plus respectueuse de l'intégrité psychique du salarié.

411. Cependant, pour que ce droit ait une portée effective, il doit être intégré dans un cadre collectif négocié. Les entreprises d'au moins 50 salariés ont l'obligation de conduire une négociation annuelle sur les modalités d'exercice du droit à la déconnexion. En l'absence d'accord, une charte unilatérale doit être mise en place par l'employeur, après avis du CSE. Ce dispositif est encore très inégalement mis en œuvre : selon une étude OpinionWay de 2018, seule une minorité d'entreprises aurait formalisé des règles en la matière⁵⁷⁵. Surtout, l'existence d'une charte n'équivaut pas à son application réelle. Le poids des normes implicites de disponibilité permanente, la peur de déplaire ou d'être perçu comme non engagé, freinent l'usage effectif du droit. Dans cette perspective, l'absence de déconnexion ne peut être reprochée au salarié : c'est à l'entreprise d'instaurer une culture du droit à la déconnexion, et non de la disponibilité absolue.

⁵⁷⁴ « L'impact des outils numériques professionnels sur les salariés », Enquête OpinionWay pour Eléas 2018, « Les français et les vacances », Étude Qapa, 8 juillet 2019. 89 % des femmes et 85 % des hommes estiment leur travail plus présent qu'auparavant pendant leurs vacances.

⁵⁷⁵ *Ibid.* 23 % des entreprises disposeraient d'une charte de bonne pratique des courriels et 16 % auraient créé des règles en faveur d'une déconnexion.

412. Le droit de retrait. Au-delà de cette régulation collective, le salarié dispose d'un droit individuel d'autoprotection particulièrement fort : le droit de retrait. Codifié à l'article L. 4131-1 du Code du travail, il permet à tout salarié de se soustraire immédiatement à une situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa santé ou sa vie⁵⁷⁶. L'exercice de ce droit est unilatéral, immédiat et sans nécessité d'un accord préalable de l'employeur. Il constitue une prérogative autonome de l'individu face à un risque subjectivement perçu mais objectivement crédible. Le salarié ne peut être sanctionné, ni financièrement ni disciplinairement, dès lors que son retrait est légitime⁵⁷⁷. Le juge appréciera a posteriori la réalité du danger au regard du caractère raisonnable de l'appréciation portée par le salarié au moment des faits.

413. Historiquement, le droit de retrait a été conçu pour faire face à des situations de danger physique manifeste : défaut d'équipements de protection, dysfonctionnements techniques, exposition à des produits dangereux. Cette origine explique que les jurisprudences les plus fournies concernent des atteintes corporelles directes⁵⁷⁸. Toutefois, rien dans le texte ne limite son champ aux seuls risques physiques. L'essor des risques psychosociaux, reconnus comme facteurs de pathologies graves — dépression, troubles anxieux, épuisement professionnel — impose une lecture renouvelée de l'article L. 4131-1⁵⁷⁹. Si le salarié peut légitimement craindre pour son intégrité psychique, il doit pouvoir se retirer. Cette interprétation extensive, conforme à la finalité de protection du droit du travail, est cependant freinée par la subjectivité de l'évaluation du risque : là où l'un perçoit une situation insoutenable, l'autre y voit un simple stress passager. D'où l'importance d'un encadrement et d'une sensibilisation en amont.

414. Le droit de retrait, s'il protège l'individu, ne crée toutefois aucune obligation d'usage. Le salarié reste libre de continuer à exercer son activité, même en présence d'un danger grave et imminent. Cette liberté peut être à double tranchant : elle suppose une capacité d'évaluation et un pouvoir de décision que tous ne possèdent pas également. Par ailleurs, le droit de retrait n'épuise pas les moyens d'action du salarié. Il existe un autre levier, complémentaire et souvent oublié : le droit d'alerte, qui permet de signaler une situation de danger au représentant du

⁵⁷⁶ D. EVERAERT-DUMONT, « Droit de retrait et « devoir » d'alerte », *La Semaine Juridique - Social*, avril 2009, n° 18, p. 21-23.

⁵⁷⁷ C. Trav., Art. L.4131-3.

⁵⁷⁸ G. COUTURIER, « Hygiène et sécurité. Droit de retrait. Croyance raisonnable en un danger grave et imminent », *Droit social*, août 2000, n°7-8.

⁵⁷⁹ S. BONNAMY, « Le droit de retrait à l'épreuve des risques psychosociaux », *Les cahiers Lamy du CE*, juillet 2013, n°128, p. 1-8.

personnel ou à l'employeur lui-même. Ce mécanisme, moins spectaculaire mais structurant, renforce la logique participative du droit de la santé au travail. En somme, le salarié n'est plus seulement un objet de protection, il devient, à travers ces droits, un véritable acteur de sa sécurité.

2. Le devoir d'alerte

415. L'information constitue le socle indispensable de toute politique de prévention. En matière de santé au travail, notamment psychique, la détection précoce du danger conditionne l'effectivité de la protection. Or, les atteintes psychologiques présentent souvent un caractère diffus et subjectif, rendant leur repérage difficile pour l'employeur. Le devoir d'alerte institué à l'article L. 4131-1 du Code du travail répond à cette difficulté en consacrant une faculté – voire une obligation – pour le salarié d'informer sans délai son employeur de toute situation susceptible de compromettre sa santé⁵⁸⁰.

416. Une appréciation subjective des conditions. Le texte prévoit que « *le travailleur alerte immédiatement l'employeur de toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé* ». Cette disposition, qui concerne indistinctement la santé physique et mentale, repose sur l'appréciation subjective du salarié, encadrée par la notion de « *motif raisonnable* ». Celle-ci offre une souplesse précieuse dans l'appréhension de la souffrance psychique, en intégrant la diversité des réactions individuelles face au stress ou aux violences managériales. Toutefois, cette ouverture doctrinale pourrait être davantage exploitée : le déclenchement du droit d'alerte demeure subordonné à l'existence d'un danger « *grave et imminent* », alors même que la prévention supposerait une intervention en amont, dès la survenance de difficultés organisationnelles ou relationnelles.

417. Un régime protecteur conditionné par la loyauté de l'exercice. En contrepartie de cette alerte, le salarié bénéficie d'un régime protecteur. L'exercice loyal du droit d'alerte emporte une double irresponsabilité : pénale d'abord⁵⁸¹, en ce que le salarié ne saurait être poursuivi pour dénonciation calomnieuse ou diffamation ; disciplinaire ensuite⁵⁸², puisque l'alerte ne peut donner lieu à une sanction ou à une retenue sur salaire. Ce bouclier juridique

⁵⁸⁰ D. EVERAERT-DUMONT, *op. cit.*

⁵⁸¹ L'article 122-4 du code pénal encadre la situation d'irresponsabilité pénale dans le cadre d'une autorisation de la loi.

⁵⁸² C. Trav., Art. L.4131-1.

n'est toutefois pas absolu. L'alerte doit être portée à une personne compétente⁵⁸³ – l'employeur ou un représentant habilité – et respecter les exigences de loyauté et de bonne foi. Le salarié ne peut s'affranchir de ces contraintes sans risquer de voir sa protection levée.

418. Une obligation d'alerte aux contours ambigus. Cependant, l'emploi de l'adverbe « *immédiatement* » soulève une difficulté interprétative majeure. En consacrant une obligation d'alerte sans délai, le texte paraît imposer au salarié une véritable injonction de signalement, susceptible d'engager sa responsabilité en cas d'inaction⁵⁸⁴. Si on admet que le salarié avait connaissance d'un risque, n'a pas informé son employeur, et a subi un dommage, une faute de sa part pourrait être retenue. L'employeur pourrait alors voir sa propre responsabilité atténuée. On assiste ainsi à un glissement du droit vers l'obligation, qui tend à fragiliser l'objectif initial de protection.

419. Le paradoxe de l'alerte dans les situations de harcèlement. Cette ambiguïté entre droit et devoir interroge profondément. Le salarié, potentiellement exposé à un danger pour sa santé mentale, ne devrait pas être contraint d'agir alors même que l'alerte peut aggraver sa situation. Tel est le cas lorsque le danger provient de l'employeur lui-même, comme dans les situations de harcèlement moral⁵⁸⁵. En pareille hypothèse, alerter revient à dénoncer son agresseur, avec tous les risques psychologiques et relationnels que cela implique⁵⁸⁶. Loin d'être un outil de prévention efficace, le devoir d'alerte peut dès lors se transformer en facteur d'aggravation du stress. Le droit devrait alors primer sur le devoir : l'alerte doit être conçue comme une faculté, non comme une contrainte.

420. L'articulation fonctionnelle du droit d'alerte et du droit de retrait. L'efficacité du droit d'alerte suppose enfin son articulation avec le droit de retrait. Ce dernier donne au salarié la possibilité de se soustraire à une situation dangereuse, là où l'alerte ne fait que transmettre l'information à l'employeur. En pratique, c'est bien cette combinaison des deux droits qui assure la meilleure protection. L'article L. 4132-5 du Code du travail en atteste, en imposant à l'employeur de permettre aux salariés, en cas de danger grave et imminent, d'interrompre leur

⁵⁸³ Le signalement doit être « *réserve à l'employeur du salarié ou à des organes chargés de veiller à l'application des dispositions* » : Cass. Crim., 26 nov. 2019, n°19-80.360, publié : *JCP S*, 2020, n°3, note C. Leborgne-Ingelaere ; *Dr. Soc.*, 2020, n°6, p. 550, obs. R. Salomon ; *RSC*, 2020, n°1, p. 77, obs. Y. Mayaud.

⁵⁸⁴ Cf : 3. La faute du salarié : dernier recours de l'employeur, C, II, Section I, Chapitre II, Titre I, Première partie, p. 170.

⁵⁸⁵ L. SALAH-EDDINE, *Le harcèlement moral au travail : analyse sociologique*, Thèse, Paris Descartes, 2008.

⁵⁸⁶ *Ibid.*

activité et de quitter immédiatement le lieu de travail. L'alerte est donc l'amorce d'une dynamique de protection, que le retrait vient prolonger et concrétiser.

421. Une limitation contestable. Mais encore faut-il que le salarié soit en mesure d'alerter pour autrui. Or, le texte réserve le droit d'alerte au travailleur directement exposé. Un salarié témoin d'une situation mettant en danger un collègue ne peut, à ce titre, se prévaloir du dispositif. Il devra se tourner vers le comité social et économique, s'il en existe un, pour que ce dernier exerce son propre droit d'alerte. Une telle médiation, non seulement retarde la réaction, mais laisse sans voix juridique de nombreux salariés confrontés à des risques graves pour autrui. L'argument de la subjectivité du danger ou de l'incompétence technique des salariés ne suffit pas à justifier cette restriction. La prévention suppose la mobilisation de tous. Le droit d'alerte devrait ainsi être ouvert à toute situation perçue comme présentant un danger, y compris pour un tiers, quitte à laisser au juge le soin d'en contrôler l'exercice.

422. En somme, le droit d'alerte du salarié, en tant que modalité d'expression d'un risque, ne doit pas devenir un piège normatif. Il gagnerait à être pleinement assumé comme un droit subjectif, fondé sur la liberté d'expression et l'impératif de santé, plutôt qu'à être encadré comme une obligation potentiellement génératrice de responsabilité. Son extension aux dangers affectant autrui renforcerait la logique de vigilance partagée, indispensable à la construction d'une véritable culture de prévention.

3. La faute du salarié : dernier recours de l'employeur

423. Le lien de subordination juridique qui unit le salarié à l'employeur n'implique nullement une irresponsabilité du premier à l'égard de la santé et de la sécurité au travail. Si l'employeur est légalement tenu à une obligation de prévention, le salarié n'est pas pour autant déchargé de toute exigence de vigilance ou de retenue. Dans certaines circonstances, son comportement peut être à l'origine d'une atteinte à sa propre santé, voire à celle d'un tiers, et revêtir les caractères d'une faute engageant sa responsabilité, tant civile que pénale.

424. La faute intentionnelle du salarié. La première configuration dans laquelle la faute du salarié entre en jeu est celle où l'intéressé se cause à lui-même un dommage en lien avec une conduite intentionnellement dommageable. Dans cette hypothèse, la faute ne donne pas lieu à une sanction disciplinaire ou pénale, mais elle emporte des conséquences sur le plan de la

protection sociale⁵⁸⁷. L'article L. 375-1 du Code de la sécurité sociale dispose en effet que « *ne donnent lieu à aucune prestation en argent les maladies, blessures ou infirmités résultant de la faute intentionnelle de l'assuré* ». Autrement dit, l'assuré qui se place volontairement dans une situation dangereuse engage les frais liés à son arrêt de travail.

425. Cette disposition, souvent invoquée à propos de blessures volontaires, vise à dissuader les comportements frauduleux ou abusifs. Elle pourrait, en théorie, s'appliquer aux troubles psychiques auto-infligés, mais l'exigence d'une faute intentionnelle constitue un filtre exigeant. La jurisprudence, par exemple, n'a pas qualifié la tentative de suicide de faute intentionnelle au sens du texte précité, soulignant la complexité des liens entre souffrance psychique et responsabilité individuelle⁵⁸⁸. Dès lors, des comportements conflictuels répétés ou un climat de tension nourri par le salarié lui-même ne sauraient, sauf à démontrer une volonté délibérée de se nuire, être assimilés à une faute au sens de la législation sociale.

426. La négligence fautive dans l'exercice du contrat. La faute du salarié peut également être envisagée lorsqu'elle est commise dans l'exercice du contrat de travail et cause un dommage à autrui. En pareil cas, sa responsabilité pénale peut être engagée, indépendamment de celle de l'employeur. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, la délégation de pouvoir n'est pas toujours nécessaire pour caractériser la faute du salarié⁵⁸⁹. Ce dernier doit simplement avoir personnellement contribué à la réalisation du dommage.

427. Ainsi, dans l'arrêt du 28 février 2002, la chambre criminelle a reconnu la responsabilité pénale d'un ouvrier ayant omis de signaler un danger connu, dont la réalisation avait provoqué la mort d'un collègue. Cette jurisprudence illustre l'exigence d'un comportement diligent de la part du salarié, à la mesure de ses compétences, de son autonomie et de sa connaissance du risque. Transposée au champ de la santé mentale au travail, cette analyse pourrait viser, à titre d'hypothèse limite, le salarié témoin passif de faits de harcèlement, resté silencieux alors qu'une

⁵⁸⁷ P. MORVAN, *Droit de la protection sociale*, op. cit.

⁵⁸⁸ La faute intentionnelle est écartée si le salarié n'avait pas *conscience* de son acte. C'est le cas si sa lucidité a été altérée par son état dépressif (CA Toulouse, 8 févr. 1995 : *D.*, 2006, n°118, obs. B. Beignier ; Cass. Civ. 1ère, 10 oct. 1995 : *Bull. civ.* 1995, I, n°345 ; Cass. 2^{ème} civ., 6 janv. 1960, publié : *Bull. civ.* 1960, II, n°8).

⁵⁸⁹ Cass. Soc., 28 févr. 2002, n°00-41.220, publié : *Bull. civ.* V, n° 82 ; *Dr. Soc.*, 2002, n°5 p. 533, note R. Vatinet ; Cass. Soc., 30 sept. 2005, n°04-40.625, publié : *Bull. civ.* V, n° 278 ; *JCP E*, 2006, n°16, p. 737, note S. Brissy ; *D.*, 2006, n°14, p. 973, note H-K. Gaba ; *Dr. Soc.*, 2005, n°1, p. 102, note J. Savatier ; Cass. Soc., 23 mars 2005, n°03-42.404, publié : *Bull. civ.* V, n° 99 ; *Lexbase Social*, 2005, n°162, note G. Auzero ; *D.*, 2005, n°26, p. 1758, note H-K. Gaba.

intervention ou un signalement aurait pu prévenir une issue dramatique. La question, bien que délicate, révèle l'ambiguïté de certaines positions d'inaction.

428. Le harcèlement commis par un salarié : une triple responsabilité. Le salarié peut, enfin, être la source directe d'un dommage causé à un collègue. Tel est notamment le cas en matière de harcèlement moral⁵⁹⁰. L'article L. 1152-1 du Code du travail incrimine tout agissement répété ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail, portant atteinte aux droits, à la dignité, à la santé ou à l'avenir professionnel du salarié visé.

429. En cas de harcèlement, la responsabilité disciplinaire du salarié auteur des faits est pleinement engagée, indépendamment du lien de subordination. L'employeur se doit alors de réagir avec diligence : une sanction disciplinaire — mise à pied, voire licenciement pour faute grave — est impérative, faute de quoi sa propre responsabilité pour manquement à l'obligation de sécurité peut être retenue⁵⁹¹. La sanction judiciaire complète le dispositif : le harcèlement moral est un délit puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende, auxquels peuvent s'ajouter des dommages-intérêts civils pour la victime⁵⁹². L'inaction de l'employeur face à de tels faits, ou son traitement insuffisant de la situation, constitue en soi une violation de ses obligations légales.

430. Une responsabilité pénale élargie aux manquements aux règles d'hygiène et de sécurité. Plus largement, le Code du travail reconnaît la possibilité d'engager la responsabilité pénale du salarié pour infraction aux règles d'hygiène et de sécurité⁵⁹³. L'article L. 4741-1 prévoit une amende de 3 750 euros pour tout manquement aux dispositions en la matière, pouvant aller jusqu'à un an d'emprisonnement et 9 000 euros en cas de récidive. Ce dispositif souligne que la prévention des risques ne saurait reposer exclusivement sur l'employeur : elle implique également l'adhésion active et la vigilance des salariés eux-mêmes.

431. En définitive, la responsabilité du salarié n'est pas exclue dans l'ordre juridique du travail, mais elle apparaît résiduelle. Elle ne saurait exonérer l'employeur de son rôle central dans la construction d'un environnement de travail sain et protecteur. La prévention des risques, notamment psychiques, suppose une approche systémique et des moyens appropriés. À ce titre, l'intervention de spécialistes — internes ou externes à l'entreprise — s'avère souvent

⁵⁹⁰ A. MAZEAUD, « Harcèlement entre salariés : apport de la loi de modernisation », *Droit social*, n°3, 2002.

⁵⁹¹ Cass. Soc., 19 janv. 2017, n°15-24.603.

⁵⁹² C. Pén., Art. 222-33-2 et sv.

⁵⁹³ C. Trav., Art. L.4741-9.

nécessaire. Pourtant, l'effectivité de cette expertise demeure trop souvent entravée par le manque de ressources, de soutien hiérarchique ou de reconnaissance institutionnelle. Il en résulte une prévention fragmentaire, dont l'efficacité est, in fine, subordonnée à la capacité de l'employeur à assumer son rôle de garant de la santé au travail.

Section II. Une mobilisation institutionnelle limitée

432. La montée en puissance des risques psychosociaux dans le monde du travail a profondément renouvelé les termes de la réflexion sur la santé mentale des salariés. Loin de se limiter à un enjeu individuel ou purement managérial, la prévention de la souffrance au travail s'inscrit désormais dans une perspective collective et institutionnelle⁵⁹⁴. Le droit du travail, tout comme la doctrine en santé publique, postule en effet que la protection de la santé ne saurait reposer sur le seul volontarisme de l'employeur : elle suppose l'intervention coordonnée d'une pluralité d'acteurs spécialisés⁵⁹⁵, dotés de compétences propres, d'une autonomie fonctionnelle et d'un pouvoir d'alerte ou de contrainte.

433. En théorie, ces institutions et acteurs constituent des outils formidables, capables de mobiliser savoirs, moyens et prérogatives pour prévenir efficacement les risques psychosociaux. Les services de santé au travail, les inspections, les représentants du personnel, ainsi que les commissions dédiées disposent d'une palette d'interventions pouvant transformer l'environnement professionnel en un espace plus sûr et respectueux de la santé mentale⁵⁹⁶.

434. Cependant, ce modèle théorique d'action conjointe se heurte à une réalité plus fragmentée. Si ces institutions disposent en principe de leviers juridiques significatifs, la faiblesse des moyens, la dilution des responsabilités et la méconnaissance de leurs prérogatives nuisent gravement à l'effectivité de leur mission⁵⁹⁷. La dynamique institutionnelle censée

⁵⁹⁴ J-B. MOUSTIE, *op. cit.*

⁵⁹⁵ Ph. SARNIN, M-E. BOBILLIER-CHAUMON, B. CUBILLIER, M. GROSJEAN, « Intervenir sur les souffrances au travail : acteurs et enjeux dans la durée », *Bulletin de psychologie*, 2012, n°3, p. 251-262.

⁵⁹⁶ E. LANEYRIE, *Mobilisation des acteurs dans une démarche de prévention des troubles musculo-squelettiques et psychosociaux : un enjeu d'efficacité de l'intervention ergonomique - Le cas du secteur hospitalier*, Thèse, Grenoble Alpes, 2015.

⁵⁹⁷ C. DURAND, « La carence fautive de l'État en matière de protection de la santé au travail », *Revue de droit sanitaire et social*, janvier 2002, n° 1, p. 1-19.

soutenir une politique ambitieuse de prévention⁵⁹⁸ apparaît ainsi souvent inaboutie, désarticulée, voire symbolique⁵⁹⁹.

435. L'analyse de trois figures emblématiques de cette dévitalisation institutionnelle – les commissions santé, sécurité et conditions de travail (I), les médecins du travail (II), et les inspecteurs du travail (III) – permet de mesurer l'ampleur des limites actuelles de l'action publique en matière de santé mentale au travail.

I. La commission santé, sécurité et conditions de travail

436. L'employeur demeure le principal acteur de la prévention des risques professionnels, tenu à une obligation générale de sécurité. Il est toutefois assisté dans cette mission par des instances spécialisées, parmi lesquelles la commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) occupe une place centrale.

437. Depuis le 1er janvier 2020, les CSSCT ont succédé aux anciens comités d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail (CHSCT). Cette réforme, tout en poursuivant l'objectif général de protection de la santé physique et mentale des salariés, a profondément modifié le cadre institutionnel⁶⁰⁰. Contrairement aux CHSCT, dont la vocation était clairement affirmée par le Code du travail⁶⁰¹ - « *contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des salariés (...)* »⁶⁰² -, la CSSCT ne bénéficie plus d'un mandat explicite aussi ambitieux. De surcroît, elle n'est plus une instance représentative autonome, mais une commission intégrée au sein du comité social et économique (CSE), avec une obligation d'instauration limitée aux entreprises de plus de 300 salariés⁶⁰³. En deçà de ce seuil, la mise en place d'une CSSCT reste à la discrétion de l'employeur.

438. En théorie, la CSSCT dispose d'un panel de compétences susceptibles de rendre effective la prévention des risques professionnels et la promotion de la santé au travail. Elle constitue un levier juridique et pratique essentiel pour détecter, analyser et traiter les risques, y compris psychosociaux (A). Toutefois, cette potentialité se heurte à des obstacles matériels et

⁵⁹⁸ L. LEROUGE, *Approche institutionnelle des risques psychosociaux au travail*, Wolters Kluwer, 2012.

⁵⁹⁹ J-D. COMBEXELLE, « Quelques vérités simples sur la santé au travail », *Droit social*, 2011, n°778.

⁶⁰⁰ E. JEANSEN, « Le CHSCT est mort, vive la CSSCT », *La Semaine Juridique – Social*, 2018, n°14, p. 13.

⁶⁰¹ A. MORAINÉ, « Coup de pouce des juges à la prévention », *Santé & Travail*, juillet 2008, n° 63.

⁶⁰² C. Trav., Art. L.4612-1 : article applicable aux CHSCT, depuis abrogé par l'ordonnance n°2017-1386 du 22 sept. 2017.

⁶⁰³ C. Trav., Art. L.2315-36.

financiers significatifs. Faute de moyens suffisants, la CSSCT peine à remplir pleinement ses missions, ce qui affecte son impact réel sur la qualité de vie au travail (B). Paradoxalement, le CSE lui-même semble parfois mieux armé pour porter une politique de prévention, révélant une tension institutionnelle entre ces deux organes.

Cette analyse critique invite à interroger les conséquences pratiques de la réforme et les moyens à mobiliser pour redonner à la CSSCT son rôle d'outil majeur dans la protection de la santé des salariés.

A. Des missions fondamentales

439. La protection de la santé, tant morale que physique, ainsi que la sécurité des salariés constituent des enjeux cruciaux pour garantir leur bien-être au travail et limiter l'absentéisme. Cette finalité impose que la commission santé, sécurité et conditions de travail bénéficie de pouvoirs effectifs lui permettant de proposer et de suivre la mise en œuvre de mesures concrètes.

440. Or, dans la transition des CHSCT vers les CSSCT, cette instance a vu ses prérogatives significativement restreintes⁶⁰⁴. Elle n'exerce désormais que les missions que la délégation du comité social et économique accepte de lui confier, ce qui confère aux CSSCT un champ d'action circonscrit par la volonté du CSE. Dès lors, la capacité d'intervention de la commission en matière de prévention dépend étroitement des délégations qui lui sont attribuées (1).

441. En parallèle, les membres de la CSSCT, en leur qualité de membres du CSE, disposent également de pouvoirs propres au sein de cette instance. Ces prérogatives indirectes, telles que le droit d'alerte, peuvent s'avérer des instruments précieux pour la protection de la santé des salariés, permettant de pallier partiellement les limites imposées par la restriction des missions propres de la CSSCT (2). Cette organisation duale souligne la complexité et les tensions institutionnelles qui caractérisent aujourd'hui la prévention en milieu professionnel.

1. L'évaluation des risques psychosociaux

442. Un cadre juridique restrictif et délégué. La commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) exerce uniquement les missions que lui délègue le comité social et économique (CSE), portant « *tout ou partie des attributions du comité relatives à la santé, à la*

⁶⁰⁴ P-H. D'ORNANO, « La consultation du CHSCT en cas d'aménagement important modifiant les conditions de travail », *La Semaine Juridique - Social*, juin 2010, n° 23, p. 18-21.

sécurité et aux conditions de travail »⁶⁰⁵. Ces délégations sont variables et reflètent une large palette de compétences, allant de l'analyse des risques professionnels, à la prévention du harcèlement ou à l'adaptation des postes aux besoins spécifiques des salariés⁶⁰⁶. Cette diversité des missions confère à chaque CSSCT un périmètre singulier, qui conditionne directement son efficacité et son pouvoir d'action.

443. Un objectif double. Au cœur de ses missions, la CSSCT poursuit un double objectif : d'une part, veiller au respect par l'employeur de ses obligations légales en matière de santé et sécurité, et d'autre part, identifier et comprendre les problématiques réelles et ressenties par les salariés⁶⁰⁷. Cette double vocation place la commission au croisement des exigences normatives et de la réalité vécue, lui permettant potentiellement d'adopter une posture proactive dans la prévention des risques psychosociaux.

444. Une mission de prévention des risques. L'une des missions majeures des CSSCT consiste à œuvrer pour la protection de la santé mentale et physique des salariés, avec un focus marqué sur la prévention des risques psychosociaux. Leur action s'exprime par des enquêtes internes, des analyses de terrain, ou la mise en place de formations et actions préventives. L'accès aux documents obligatoires et la liberté de circulation sur les lieux de travail renforcent leur capacité d'investigation⁶⁰⁸. La jurisprudence reconnaît que les rapports issus de ces enquêtes ont valeur probante, pouvant alimenter des procédures contentieuses, ce qui souligne leur importance stratégique. Ce travail d'évaluation précise des RPS constitue un levier

⁶⁰⁵ C. Trav., Art. L.2315-38. Les missions déléguées à la Commission par le CSE et leurs modalités d'exercice sont déterminées au sein de l'accord d'entreprise fixant les modalités de sa mise en place (C. Trav., Art. L.2315-41).

⁶⁰⁶ C. Trav., Art. L.2312-9 : « Dans le champ de la santé, de la sécurité et des conditions de travail, le comité social et économique :

1° Procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les travailleurs, notamment les femmes enceintes, ainsi que des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 ;

2° Contribue notamment à faciliter l'accès des femmes à tous les emplois, à la résolution des problèmes liés à la maternité, l'adaptation et à l'aménagement des postes de travail afin de faciliter l'accès et le maintien des personnes handicapées à tous les emplois au cours de leur vie professionnelle ;

3° Peut susciter toute initiative qu'il estime utile et proposer notamment des actions de prévention du harcèlement moral, du harcèlement sexuel et des agissements sexistes définis à l'article L. 1142-2-1. Le refus de l'employeur est motivé. »

⁶⁰⁷ V. FOREST, « Identifier les risques psychosociaux », *JA*, 2012, n°454, p. 18.

⁶⁰⁸ N. DEDESSUS-LE-MOUSTIER, E. DRAIS, « L'information des salariés et des représentants du personnel en matière de santé au travail : bilan et perspective face aux risques émergents », *op. cit.*

essentiel pour informer et mobiliser l'employeur sur des problématiques souvent difficiles à appréhender directement.

445. Une mission de sécurisation du lieu de travail. Au-delà de la santé mentale, la CSSCT agit également sur la sécurité physique des salariés, en analysant les risques liés aux espaces de travail et aux conditions d'exercice. La littérature doctrinale souligne que l'insécurité matérielle engendre fréquemment un stress latent, facteur contributif de souffrance psychique. Ainsi, la prévention de la sécurité participe indirectement à l'amélioration du bien-être mental, soulignant la nécessaire articulation entre les différentes dimensions de la santé au travail. La conscience de ces interactions est un enjeu majeur pour les représentants du personnel.

446. L'étude et la proposition d'améliorations des conditions de travail au sens large — incluant l'environnement matériel, les pratiques managériales, et la communication interne — constituent un autre axe fondamental. La doctrine moderne insiste sur l'importance des « facteurs organisationnels » dans la genèse des RPS, mettant en exergue la responsabilité collective dans la qualité de vie au travail. En cela, la CSSCT joue un rôle d'observateur et d'interface, recueillant données factuelles et témoignages, afin d'appuyer ses recommandations et contribuer à un dialogue social constructif.

447. Un encadrement statutaire contraignant. Enfin, le fonctionnement de la CSSCT est rigoureusement encadré par l'accord collectif ou, à défaut, par le règlement intérieur du CSE, précisant notamment les modalités de convocation et la fréquence des réunions (minimum quatre par an dédiées à la santé et sécurité). Toutefois, la CSSCT reste une instance consultative, sans moyens coercitifs pour contraindre l'employeur à appliquer ses recommandations. En tant que commission rattachée au CSE, elle prépare et oriente les débats mais ne peut se substituer à cette instance. Ce caractère accessoire limite son influence, malgré la centralité de ses missions.

2. L'exercice du droit d'alerte

448. Une prérogative individuelle issue de la qualité de membre du CSE. Les membres de la commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT), issus du comité social et économique (CSE)⁶⁰⁹, conservent l'ensemble des prérogatives attachées à leur qualité de

⁶⁰⁹ C. Trav., Art. L.2315-39.

représentants élus⁶¹⁰. À ce titre, ils peuvent individuellement mobiliser le droit d'alerte, dispositif central en matière de prévention des risques, y compris psychosociaux. Cette faculté, ancrée dans la logique de vigilance du CSE, ouvre un espace d'action autonome au représentant du personnel confronté à une situation préoccupante, sans nécessiter de délibération préalable du comité.

449. Un outil adapté aux atteintes à la santé mentale. Le droit d'alerte peut être déclenché en présence d'un danger grave et imminent, y compris lorsqu'il résulte d'une altération potentielle de la santé mentale. La jurisprudence admet désormais que des pressions managériales constantes, un climat de travail délétère ou des situations de harcèlement puissent caractériser un tel danger⁶¹¹. L'alerte prend souvent la forme d'un avis écrit immédiatement communiqué à l'employeur, puis consigné dans un registre spécifique. Cette reconnaissance du danger psychique par les juges constitue une avancée majeure, tant elle légitime la souffrance mentale comme objet de protection au même titre que les atteintes corporelles⁶¹².

450. Une réaction obligatoire et immédiate de l'employeur. Le déclenchement du droit d'alerte oblige l'employeur à diligenter sans délai une enquête conjointe avec le représentant à l'origine du signalement. Il doit ensuite prendre toutes les mesures nécessaires pour faire cesser le danger identifié⁶¹³. Ces mesures peuvent aller de l'arrêt temporaire d'une activité à la réorganisation d'un poste, selon la nature du risque⁶¹⁴. En cas de désaccord entre l'employeur et le représentant sur la réalité du danger ou les mesures à adopter, une réunion extraordinaire du CSE est convoquée dans un délai de vingt-quatre heures, à laquelle l'inspection du travail peut assister⁶¹⁵. Cette obligation de dialogue immédiat souligne l'importance du droit d'alerte comme déclencheur d'un processus décisionnel d'urgence.

451. Un outil efficace. En matière de santé mentale, le droit d'alerte présente des avantages notables. Il permet une réaction rapide, potentiellement plus efficace qu'un arrêt maladie, souvent perçu comme un palliatif. En effet, l'arrêt de travail, s'il suspend temporairement l'exposition du salarié au danger, ne contraint pas l'employeur à réviser l'organisation ou les

⁶¹⁰ C. Trav., Art. L.4131-2.

⁶¹¹ B. PEREIRA, « Du harcèlement moral au harcèlement managérial, Les limites de l'objectivation légale », *Revue française de gestion*, 2013, p. 33-54.

⁶¹² Cf : 2. L'impossible cumul avec le droit de retrait, A., II., Section I, Chapitre I, Titre I, Seconde partie, p. 300.

⁶¹³ C. Trav., Art. L.4132-2.

⁶¹⁴ La mise en sécurité immédiate des salariés est requise : C. Trav., Art. L.4132-5.

⁶¹⁵ C. Trav., Art. L.4132-3.

conditions de travail à l'origine du malaise. Le droit d'alerte, au contraire, vise une résolution immédiate et structurelle du problème, en maintenant le salarié au cœur du processus de protection. Il est donc susceptible de limiter les récidives d'arrêts et les retours dans un environnement pathogène.

452. Le droit d'alerte se distingue également du droit de retrait en ce qu'il protège davantage le salarié d'un point de vue psychologique et social. Il déplace en effet la charge de l'initiative sur le représentant du personnel, épargnant ainsi au salarié le risque de stigmatisation interne ou de mise en cause hiérarchique. Cette médiation institutionnelle permet au salarié d'être mis en sécurité sans avoir à s'exposer personnellement, ce qui est particulièrement précieux dans les situations de souffrance morale. Néanmoins, cette efficacité sociale a pour corollaire une temporalité plus longue : l'action repose sur l'employeur, et non sur le retrait immédiat du salarié. Les membres de la CSSCT peuvent alors être sollicités pour orienter les décisions à prendre, dans une logique de co-construction de la solution.

453. Malgré l'importance du droit d'alerte, son efficacité réelle reste tributaire de plusieurs contraintes : manque de temps, absence de formation spécifique, raréfaction du recours à l'expertise, et, plus généralement, faiblesse des moyens humains et matériels. Dans de nombreuses entreprises, la CSSCT se heurte à un déficit de légitimité, faute de pouvoir décisionnel propre et de reconnaissance institutionnelle. Ce décalage entre les prérogatives théoriques et leur effectivité opérationnelle fragilise le recours à ce levier pourtant essentiel de la protection de la santé mentale au travail.

B. Des moyens fragilisés

454. Être en mesure de prévenir efficacement le mal-être au travail suppose, en amont de toute action corrective, une proximité concrète avec les salariés, une capacité à recueillir leurs témoignages, à analyser leurs conditions d'activité et à formuler des réponses adaptées. Ce travail de terrain, long et exigeant, n'est réalisable que si les représentants du personnel disposent des moyens humains, des compétences et de l'autorité nécessaires pour agir. Or, la commission santé, sécurité et conditions de travail souffre d'un affaiblissement manifeste sur chacun de ces plans : elle ne bénéficie ni de ressources suffisantes, ni de pouvoirs d'intervention autonomes, ni de prérogatives claires lui permettant de peser sur l'organisation du travail (1).

455. À ces fragilités s'ajoute une autre limite, d'ordre technique : la difficulté à appréhender, sans appui extérieur, des problématiques complexes comme la souffrance psychique ou les

troubles psychosociaux. Ces phénomènes requièrent des expertises spécifiques – médicales, ergonomiques, juridiques ou psychosociologiques – que les membres de la CSSCT ne sont pas toujours en mesure de mobiliser seuls. Le recours à des experts indépendants, longtemps reconnu comme un levier d'action décisif, a pourtant été restreint par les réformes récentes. Désormais, seule l'instance plénière du comité social et économique est habilitée à solliciter une telle intervention, et encore de manière encadrée, tant du point de vue des conditions de recours que de leur financement (2). Ce recul affaiblit l'efficacité même du dispositif de prévention, en contraignant fortement la capacité d'analyse et d'initiative des représentants du personnel face aux atteintes à la santé mentale au travail.

1. Des ressources limitées

456. Une implantation restreinte aux grandes structures. Le législateur a fait le choix de réserver la mise en place obligatoire de la commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) aux entreprises ou établissements distincts employant au moins 300 salariés, seuil en-deçà duquel son existence relève du volontarisme conventionnel ou unilatéral⁶¹⁶. Cette exigence, de nature impérative, est strictement encadrée. Seules certaines activités présentant des risques particuliers, comme les installations nucléaires⁶¹⁷, ou certaines configurations d'aménagement permettant à l'inspection du travail d'imposer sa création⁶¹⁸, dérogent à la règle de principe. Ce pouvoir d'injonction demeure toutefois limité, car il se fonde exclusivement sur la protection de la santé physique des salariés, à l'exclusion de la santé mentale. Une telle dissociation interroge sur l'approche sectorielle de la souffrance au travail.

457. Une création facultative en-deçà du seuil légal. En l'absence d'obligation légale, la CSSCT peut tout de même être instituée à l'initiative des partenaires sociaux ou de l'employeur. Un accord collectif peut fixer ses modalités d'organisation et de fonctionnement, voire étendre ses missions⁶¹⁹. À défaut d'accord, le règlement intérieur du CSE peut les prévoir⁶²⁰. Enfin, une décision unilatérale de l'employeur peut suffire à sa création⁶²¹. Ce régime hybride mêlant dispositifs contraints et souplesse organisationnelle traduit une volonté du législateur de concilier rationalisation structurelle et dialogue social. Néanmoins, il conduit, dans les faits, à

⁶¹⁶ C. Trav., Art. L.2315-36.

⁶¹⁷ C. Trav., Art. L.4521-1.

⁶¹⁸ C. Trav., Art. L.2315-37.

⁶¹⁹ C. Trav., Art. L.2315-41.

⁶²⁰ C. Trav., Art. L.2315-44, al. 1.

⁶²¹ C. Trav., Art. L.2315-44, al. 2.

une grande hétérogénéité de situations, facteur de déséquilibre dans l'effectivité de la prévention.

458. Une absence généralisée en pratique. La rareté des CSSCT dans le tissu économique français entraîne une dilution de l'expertise en matière de prévention des risques psychosociaux. La disparition des CHSCT, présents dès 50 salariés⁶²², a laissé un vide normatif et opérationnel. En l'absence de CSSCT, aucune instance spécialisée n'est dédiée à la santé au travail. Le CSE devient alors l'unique organe compétent, mais son agenda, centré sur les enjeux économiques et stratégiques, laisse peu de place à une prévention active et spécialisée. Cette évolution marque une régression du modèle antérieur, qui reconnaissait la spécificité de la santé au travail comme objet autonome d'attention collective.

459. Une composition réduite et un temps d'action limité. Même lorsqu'elles existent, les CSSCT se heurtent à une restriction de leurs moyens humains. Composées d'au minimum trois membres du CSE⁶²³⁶²⁴, elles restent subordonnées à une désignation interne, dans des proportions modestes. Ces dispositions sont d'ordre public. Elles doivent être respectées et ce, même en présence d'une commission conventionnelle et non obligatoire⁶²⁵. En outre, le temps alloué aux membres pour accomplir leurs missions est compté dans le crédit d'heures de délégation global, partagé avec les autres attributions du CSE⁶²⁶. Cette mutualisation nuit à la profondeur des actions entreprises au sein de la commission, qui peine à dégager le temps nécessaire à une politique de prévention cohérente. Le seul temps préservé est celui consacré aux réunions, ce qui réduit encore la portée concrète de leur mission.

460. Une instabilité institutionnelle. Ensuite, la brièveté des mandats constitue un frein à la continuité de l'action. Les membres de la CSSCT cessent leurs fonctions avec le mandat du CSE. De surcroît, leurs compétences sont définies de manière résiduelle : elles dépendent soit de l'accord collectif instituant la commission, soit d'une délégation décidée par le CSE. Ce mode d'attribution génère une grande variabilité, souvent défavorable à une implication forte

⁶²² C. Trav., *Anc.* Art L.4611-1.

⁶²³ Elle comprend au minimum trois membres représentants du personnel, dont au moins un représentant du second collège (techniciens, agents de maîtrise), ou le cas échéant du troisième collège (cadres) : C. Trav., Art. L.2315-39.

⁶²⁴ C. Trav., Art L.2314-11.

⁶²⁵ Cass. Soc., 27 nov. 2019, n°19-14.224, publié : *RDT*, 2020, n°5, p. 344, note M. Véricel ; *JSL*, 2020, n°492, p. 19, note J-B. Cottin ; *JCP S*, 2020, n°3, p. 46, note E. Jeansen.

⁶²⁶ « *Le temps passé en délégation est de plein droit considéré comme temps de travail et payé à l'échéance normale* » (C. Trav., Art. L.2315-10).

dans les problématiques de santé mentale. Seules les structures à risques spécifiques, visées par l'article L. 4521-1 du Code du travail, se voient reconnaître des missions élargies⁶²⁷. Ailleurs, la CSSCT peut devenir une coquille vide.

461. Une formation encore trop formelle et générique. Enfin, l'efficacité de la CSSCT repose sur la compétence de ses membres, laquelle dépend de la formation reçue. Or, la durée de cette formation⁶²⁸ – de minimum cinq jours – limite sévèrement l'approfondissement des enjeux liés à la santé mentale. La formation initiale devrait être renforcée et surtout complétée par une formation continue contextualisée, tenant compte des spécificités de chaque environnement professionnel. L'article R. 2315-9 du Code du travail le permet, mais encore faut-il que les moyens financiers et organisationnels suivent. À défaut, les membres de la CSSCT sont contraints d'agir avec des outils insuffisamment maîtrisés face à une matière complexe, multiscalaire et parfois juridiquement incertaine.

2. Un droit d'expertise réduit

462. L'effacement de l'autonomie d'expertise. L'un des apports majeurs des anciens comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) résidait dans leur capacité à déclencher eux-mêmes une expertise⁶²⁹ en cas de besoin⁶³⁰. Cette faculté, instrument décisif dans la prévention des risques professionnels, a disparu avec leur suppression⁶³¹. La commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT), bien qu'au cœur des problématiques de santé au travail, ne dispose plus d'un droit propre à expertise. Seul le comité social et économique (CSE) peut légalement y recourir. La commission peut certes en solliciter l'activation auprès du CSE, mais cette demande demeure purement consultative. Une telle relégation pose problème dans la mesure où les questions de souffrance psychique au travail appellent, par leur technicité et leur caractère souvent diffus, des analyses pluridisciplinaires que seuls des experts extérieurs peuvent mener à bien. En outre, la CSSCT, plus proche du terrain, est objectivement mieux placée pour apprécier l'opportunité et le moment de l'expertise.

⁶²⁷ C. Trav., Art. L.4523-1 à L.4526-1.

⁶²⁸ C. Trav., Art. L.2315-16 à L.2315-18.

⁶²⁹ F. SIGNORETTO, « L'expertise du CHSCT : un droit conditionné », *Revue de droit du travail*, 2014, n°198.

⁶³⁰ V. PONTIF, « CHSCT : les contours du risque grave justifiant le recours à une expertise », *Revue de droit du travail*, avril 2014, n° 4, p. 269-271.

⁶³¹ C. Trav., Art. L.2315-38.

463. Malgré cette restriction d'initiative, l'expertise n'est pas rendue impossible : elle demeure accessible, mais à l'initiative du CSE. Son utilité n'est pas démentie par le législateur, qui en a encadré strictement le régime afin de limiter les abus tout en garantissant son effectivité dans des situations sensibles. En raison du coût élevé qu'elle peut représenter, le Code du travail prévoit une prise en charge financière par l'employeur dans certains cas limitativement énumérés. Ce compromis repose sur un double impératif : permettre le recours à l'expertise dans les hypothèses justifiées tout en évitant qu'elle ne devienne un instrument de contestation systématique.

464. L'expertise comme levier de dialogue. Le régime juridique actuel impose que les experts sollicités soient dûment habilités⁶³², condition qui a remplacé l'ancienne exigence d'agrément⁶³³. Cette évolution vise à renforcer leur compétence technique et leur légitimité⁶³⁴. En pratique, les cabinets intervenant dans le champ de la santé au travail s'organisent en équipes pluridisciplinaires, associant ergonomes, psychologues du travail, sociologues, analystes de l'activité et juristes⁶³⁵. Cette approche intégrée est particulièrement adaptée aux problématiques de souffrance psychique, qui mêlent contraintes organisationnelles, rapports interpersonnels dégradés et inadéquations structurelles. Ces experts peuvent ainsi évaluer non seulement l'état des lieux des risques, mais également la conformité des pratiques de l'entreprise à ses obligations normatives.

465. L'expert intervient à deux niveaux. D'une part, il mène un audit des situations de travail, dont il tire un rapport circonstancié, objectivant les dysfonctionnements. Ce document joue un rôle stratégique en ce qu'il introduit un matériau scientifique dans le dialogue social. D'autre part, l'expert peut assister aux réunions du CSE, à condition que les sujets abordés relèvent de ses missions et que sa présence ait été validée à la majorité des membres. Bien qu'il ne dispose pas d'un droit de vote, sa parole confère un poids argumentatif important aux représentants du personnel. Il contribue ainsi à rééquilibrer les discussions en apportant un éclairage indépendant et informé, susceptible d'infléchir les décisions de l'employeur.

⁶³² C. Trav., Art. L.2315-94.

⁶³³ C. Trav., Art. L.4614-12.

⁶³⁴ C. Trav., Art. R.2315-51.

⁶³⁵ E. LANEYRIE, *Mobilisation des acteurs dans une démarche de prévention des troubles musculo-squelettiques et psychosociaux : un enjeu d'efficacité de l'intervention ergonomique - Le cas du secteur hospitalier*, Thèse, Grenoble Alpes, 2015.

466. Des modalités de financement variables. L'article L. 2315-94 du Code du travail énumère les situations dans lesquelles le recours à un expert peut être pris en charge (en tout ou partie) par l'employeur. Il s'agit : 1° d'un risque grave, identifié et actuel, qu'il soit ou non révélé par un accident ou une maladie professionnelle ; 2° de l'introduction de nouvelles technologies ou d'un projet important modifiant les conditions de travail ; 3° dans les entreprises d'au moins 300 salariés, de la préparation à la négociation sur l'égalité professionnelle.

467. En dehors de ces cas, le CSE peut recourir à une expertise, mais à ses frais exclusifs. Le législateur entend ainsi circonscrire l'engagement financier de l'entreprise aux seuls cas où l'intérêt collectif des salariés le justifie de manière objectivable.

468. Ainsi, la prise en charge intégrale des frais d'expertise par l'employeur est prévue pour les situations les plus critiques, notamment en cas de risque grave ou dans le cadre des consultations récurrentes sur la politique sociale. En revanche, lorsqu'une expertise est demandée à l'occasion d'un projet important, comme l'introduction de nouvelles technologies, la prise en charge est partielle : 80 % à la charge de l'employeur, 20 % à celle du CSE via son budget de fonctionnement. Cette répartition financière, bien qu'équilibrée en théorie, peut en pratique dissuader les comités de solliciter des expertises, surtout dans les petites structures où les budgets sont limités⁶³⁶.

469. L'un des principaux cas de recours – le risque grave – peut être mobilisé pour faire face à des problématiques de mal-être psychologique, à condition que des indices objectifs permettent de caractériser la gravité et l'actualité du risque. La jurisprudence admet que le risque grave puisse découler d'une réorganisation ayant engendré une souffrance manifeste des salariés⁶³⁷, traduite par une forte désaffection, un stress généralisé, ou des tensions accrues avec la hiérarchie⁶³⁸. Encore faut-il que ces éléments soient portés à la connaissance de l'employeur. La CSSCT, bien qu'elle ne dispose pas du droit d'initiative, joue alors un rôle central dans l'alerte, la documentation et la formulation de la demande.

470. Outre la CSSCT, l'implication des services de santé au travail s'avère déterminante. À la croisée du soin, de la prévention et de la régulation, ces acteurs doivent être pleinement

⁶³⁶ C. Trav., Art. L.2315-80 et Art. L.2315-81.

⁶³⁷ H. KOBINA GABA, « Réorganisation de l'entreprise et santé et sécurité au travail », *La Semaine Juridique - Social*, avril 2014, n° 15, p. 7-11.

⁶³⁸ Cass. Soc., 5 févr. 2020, n°18-23.753 : *Dr. Soc.*, 2025, n° 1, p. 11, note S. Maillard.

intégrés dans une stratégie globale de lutte contre les risques psychosociaux. Le droit de l'expertise, même affaibli, peut alors redevenir un vecteur de transformation du travail, à condition d'être mobilisé avec discernement et soutenu par une volonté institutionnelle forte.

II. La médecine du travail

471. La lutte contre la souffrance psychique au travail mobilise en première ligne les professionnels de santé, au premier rang desquels le médecin du travail⁶³⁹. Celui-ci peut exercer son activité selon deux modalités organisationnelles distinctes : en interne, au sein d'un service autonome implanté dans l'entreprise, ou dans le cadre d'un service de santé au travail interentreprises, mutualisé entre plusieurs structures. Dans les grandes entreprises, la présence d'un médecin du travail sur site permet une proximité favorable à la confiance, à l'accès rapide aux soins et à la mise en œuvre de politiques de prévention spécifiques. Dans la majorité des cas cependant, aucun médecin ne se trouve physiquement dans l'entreprise. Le lien entre les salariés et leur service de santé au travail repose alors sur une logique externalisée, les contraignant à se déplacer dans une structure extérieure, souvent peu connue d'eux.

472. Si cette organisation peut limiter l'accessibilité effective au médecin du travail, son rôle n'en demeure pas moins essentiel. Depuis la réforme de 1946, la mission du médecin du travail est exclusivement préventive : il veille à éviter toute altération de la santé du travailleur du fait de son activité professionnelle⁶⁴⁰. Longtemps cantonnée à une logique hygiéniste — médecine d'usine centrée sur les risques infectieux, physiques ou toxiques — son intervention s'est progressivement réorientée vers les problématiques émergentes^{641 642}, au premier rang desquelles figure la souffrance psychique⁶⁴³.

473. Cette réorientation a transformé la nature même de son action. Le médecin du travail intervient désormais à deux titres, selon une chronologie préventive et curative. D'une part, il

⁶³⁹ Y. BAREL, S. FREMEAUX, « Le rôle des médecins du travail dans les actions de prévention primaire », @GRH, 2012, n° 3, p. 69-88.

⁶⁴⁰ Loi n°46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail, Art. 1^{er}. Cette définition est aujourd'hui mentionnée à l'article L.4622-3 du code du travail. La mission du médecin du travail a uniquement été ouverte à « (...) *tout risque manifeste d'atteinte à la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail* ».

⁶⁴¹ L. DORE, « Évolution de la médecine du travail », *Droit social*, novembre 2004, n° 11, p. 931-933.

⁶⁴² S. DESMOULIN-CANSENIER, « La réforme de la médecine du travail à la lumière des risques collectifs et incertains », *Revue de droit sanitaire et social*, juillet 2010, n° 4, p. 604-615.

⁶⁴³ M. ALVES CONDE, M. ROUSSEL, B. GOMES, K. CHATZILAOU, « Les nouveaux visages de la médecine du travail », *Revue de droit du travail*, avril 2012, n° 4, p. 200.

accompagne les salariés déjà confrontés à des situations de mal-être, de désengagement ou d'épuisement professionnel⁶⁴⁴. À travers des consultations régulières, il peut proposer des mesures d'aménagement, alerter l'employeur ou orienter le salarié vers des spécialistes, en vue de maintenir ou rétablir son employabilité (A). D'autre part, il joue un rôle fondamental dans l'anticipation des risques, en intervenant a priori dans l'analyse des situations de travail, en participant aux actions de prévention collective et en conseillant l'entreprise sur l'aménagement des postes ou l'organisation du travail⁶⁴⁵ (B). Ce double rôle, à la fois individuel et structurel, confère au médecin du travail une place stratégique dans l'édifice de la prévention des risques psychosociaux⁶⁴⁶.

A. Un suivi médical inégal

474. Si le médecin du travail joue un rôle essentiel dans l'accompagnement individuel des salariés en situation de souffrance, l'effectivité de ce suivi se heurte à d'importantes disparités, tant dans l'accès aux consultations que dans la qualité des échanges. Certes, un premier contact est prévu dès l'embauche à travers la visite d'information et de prévention⁶⁴⁷⁶⁴⁸, mais celle-ci peut être évitée dans de nombreux cas, notamment en cas de mobilité professionnelle fréquente⁶⁴⁹. De plus, l'intervention d'un professionnel issu d'un service interentreprises, souvent sans connaissance précise du poste ou de l'environnement de travail, rend difficile la délivrance de conseils adaptés. Cette première rencontre reste donc très théorique pour une large partie des salariés. Par la suite, d'autres visites peuvent survenir au cours de la relation de travail, à l'initiative du salarié (1), à l'issue d'un arrêt de travail (2) ou dans le cadre de certains emplois à risque (3). Mais là encore, ces dispositifs sont limités dans leur portée : peu de salariés y recourent effectivement, et certaines consultations peuvent avoir lieu à distance⁶⁵⁰, affaiblissant encore leur contenu. Plus largement, le suivi médical est freiné par l'absence de coordination avec les autres acteurs de santé⁶⁵¹. Le médecin du travail ne dispose ni d'un accès

⁶⁴⁴ F. BARDOT, « L'auscultation de la violence dans l'entreprise », *Travail, genre et sociétés*, mars 2001, n° 5, p. 43-55.

⁶⁴⁵ J. MOUCHIKINE, « La médecine du travail : prévention des risques ou accompagnement des salariés ? », *Jurisprudence Sociale Lamy*, février 2015.

⁶⁴⁶ M. DEL SOL, V. RACHET-DARFEUILLE, J-C. BESSON, *Médecine du travail et risques incertains*, In De l'innovation à l'utilisation des nanomatériaux, Droit des Technologies, Larcier, 2012.

⁶⁴⁷ C. Trav., Art. R.4624-10.

⁶⁴⁸ Cette visite d'information et de prévention est ensuite menée tous les cinq ans : C. Trav., Art. R.4624-16.

⁶⁴⁹ C. Trav., Art. R.4624-15.

⁶⁵⁰ C. Trav., Art. R.4624-41-1. Cette possibilité est récente. Elle résulte du décret n°2022-679 du 26 avril 2022.

⁶⁵¹ A. PETIT, C. BEGUE, « Médecine générale, médecine du travail : quelle dynamique d'échange ? », *La revue du praticien Médecine générale*, 2024, n°74, p. 504-506.

au dossier médical du salarié⁶⁵², ni de retour des spécialistes vers lesquels il a pu orienter ce dernier. Cette fragmentation de l'information, pourtant cruciale pour assurer une prévention efficace, constitue une limite structurelle majeure à l'accompagnement des situations de souffrance psychique au travail.

475. Le choix d'aborder dès maintenant les visites de préreprise et de reprise répond à un souci d'intelligibilité : les études mobilisées dans le cadre de cette thèse montrent que le cadre d'intervention du médecin du travail est rarement compris par les salariés, même de manière théorique. Or, ces consultations ne se limitent pas à préparer le retour après un arrêt : elles jouent également un rôle préventif majeur, visant à limiter rechutes et nouvelles pathologies. Les traiter dès cette partie permet de présenter le suivi médical comme un *continuum* de prévention et d'accompagnement, tout en posant les bases d'une lecture intégrée de l'action du médecin du travail, avant d'examiner plus en détail les modalités concrètes liées au retour effectif du salarié.

1. La visite médicale à la demande du salarié

476. Dans 84 % des cas de suicide ou tentative de suicide liés au travail, les salariés concernés ou leurs collègues expriment le besoin de consulter un médecin du travail⁶⁵³. Cette statistique souligne l'importance du recours volontaire à la médecine du travail comme outil de prévention de la souffrance psychique au travail. Pourtant, ce droit reste inégalement mobilisé et effectif selon les structures, les pratiques professionnelles et les représentations collectives⁶⁵⁴.

477. Un droit inconditionnel du salarié. Tout salarié peut solliciter une visite médicale à tout moment de la relation de travail, indépendamment des examens périodiques ou réglementaires. Cette démarche, prévue par l'article R. 4624-34 du Code du travail, ne nécessite aucune formalité préalable ni justification. Elle ne dépend d'aucune autorisation de l'employeur, ni d'une déclaration préalable : le salarié peut directement contacter le service de santé au travail compétent. Cette autonomie procédurale vise à garantir un accès simple et confidentiel à un professionnel de santé spécialisé dans la prévention des risques professionnels.

⁶⁵² A. BOYER, *L'information dans le système de santé : nature et conséquences sur la relation médicale*, Thèse, Limoges, 2008.

⁶⁵³ Étude réalisée avec la participation de 23 médecins du travail reprenant 6 suicides et 21 tentatives de suicide. C. LANDY, *Enquête sur les médecins du travail face aux gestes suicidaires des salariés*, Thèse, Paris Descartes, 2011.

⁶⁵⁴ *Ibid.*

478. L'initiative d'une visite peut aussi émaner du médecin du travail lui-même, notamment lorsqu'il est présent sur site. En observant les salariés à leur poste ou à travers des échanges informels, il peut détecter des signes de mal-être et proposer un entretien confidentiel. L'employeur, enfin, peut solliciter une visite en cas de doute sur l'aptitude d'un salarié, sans toutefois pouvoir imposer une décision médicale. Ce croisement d'initiatives traduit la dimension collective de la prévention, bien que la démarche volontaire du salarié demeure centrale.

479. Un cadre protecteur et confidentiel. Le recours à la visite volontaire est juridiquement encadré par plusieurs garanties essentielles : elle est gratuite pour le salarié, financée par l'entreprise via sa cotisation au service de santé au travail, et le temps consacré est assimilé à du temps de travail rémunéré. Surtout, les échanges sont protégés par le secret médical. Cette confidentialité est la condition de possibilité d'un dialogue sincère, propice à l'identification précoce de situations à risque.

480. Une facilité d'accès inégale. Dans les entreprises disposant d'un service médical interne, la visite volontaire peut être organisée avec une grande réactivité. Le salarié peut se présenter physiquement au bureau du médecin en cas de besoin urgent. À l'inverse, lorsque l'entreprise dépend d'un service de santé interentreprises, le parcours d'accès devient plus long, moins intuitif et parfois dissuasif⁶⁵⁵. Le salarié doit identifier le bon interlocuteur, obtenir un créneau de rendez-vous et parfois patienter plusieurs semaines. Cette disparité nuit à l'égalité d'accès à la prévention selon la taille et les moyens de l'entreprise.

481. Un rôle crucial. La visite volontaire constitue souvent le point d'entrée d'un accompagnement pluridisciplinaire. Le médecin du travail peut proposer des ajustements du poste ou des conditions de travail, alerter l'employeur sur la nécessité d'un aménagement raisonnable, ou orienter le salarié vers un professionnel de santé extérieur. En revanche, ses compétences ne s'étendent pas à la délivrance d'ordonnances médicales : son action s'inscrit dans une logique exclusivement préventive, ce qui limite parfois son pouvoir d'intervention dans les situations les plus critiques⁶⁵⁶.

⁶⁵⁵ S. FANTONI-QUINTON, « Le système de santé au travail est-il une exception au système de santé français ? », *Revue de droit sanitaire et social*, mars 2014, n° 2, p. 217-228.

⁶⁵⁶ La loi n°2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail ouvre cependant cette possibilité. Son article 32, en vigueur depuis le 31 mars 2022 précise en effet que : « À titre expérimental et pour une durée de cinq ans, l'État peut autoriser, dans trois régions volontaires, les médecins du travail à prescrire et,

482. La présence sur site du médecin du travail permet d'assurer une prise en charge immédiate en cas de détresse aiguë. Le salarié peut venir le consulter sans délai, bénéficier d'un premier soutien psychologique, voire être autorisé à quitter son poste pour se reposer. Dans certains cas, le médecin peut recommander un arrêt temporaire sans certificat médical. Cette faculté préserve la dignité du salarié et évite une aggravation de la souffrance, en attendant une éventuelle consultation auprès d'un médecin traitant ou spécialiste.

483. Mais, malgré ses atouts, la visite volontaire reste peu utilisée. Cette sous-utilisation s'explique à la fois par une méconnaissance du droit, par la crainte d'un regard négatif de l'employeur, ou encore par des tensions entre direction et médecine du travail. La peur d'être perçu comme fragile ou contestataire dissuade certains salariés de recourir à ce droit. Pourtant, cette démarche pourrait constituer un levier essentiel de prévention primaire si elle faisait l'objet d'une meilleure information, d'une déstigmatisation culturelle et d'un soutien institutionnel accru.

2. Les visites encadrant la reprise d'activité

484. Lorsqu'un arrêt de travail intervient en raison d'une maladie, l'enjeu du retour à l'emploi devient éminemment sensible. Le salarié ne revient pas toujours indemne de son absence : l'existence d'une pathologie avérée impose un accompagnement médical personnalisé, au sein duquel le rôle du médecin du travail devient central. Ce dernier est en effet le premier professionnel à évaluer l'état de santé du salarié avant toute reprise effective.

485. Deux situations peuvent se présenter. D'une part, l'état de santé du salarié peut être jugé incompatible avec la reprise, auquel cas le médecin du travail peut initier une procédure d'inaptitude. D'autre part, la reprise peut être envisageable à condition d'adapter le poste ou l'organisation du travail. Dans ce cas, le médecin du travail intervient pour formuler des préconisations techniques, en tenant compte des contraintes professionnelles et des capacités résiduelles du salarié.

le cas échéant, renouveler un arrêt de travail, et à prescrire des soins, examens ou produits de santé strictement nécessaires à la prévention de l'altération de la santé du travailleur du fait de son travail ou à la promotion d'un état de santé compatible avec son maintien en emploi (article 32). Cette prescription est subordonnée à la détention d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires ou à la validation d'une formation spécialisée transversale en addictologie, en allergologie, en médecine du sport, en nutrition ou dans le domaine de la douleur. Un décret en Conseil d'État doit préciser les conditions de mise en œuvre de cette expérimentation. »

Pour remplir cette mission, plusieurs dispositifs médicaux ont été prévus par le Code du travail. La visite de reprise constitue l'outil principal, organisée de manière obligatoire selon la durée de l'arrêt et sa cause (a). La visite de pré-reprise, facultative mais précieuse, permet quant à elle d'anticiper les aménagements nécessaires et de favoriser une reprise progressive (b).

486. Depuis la loi du 2 août 2021, un dispositif complémentaire a également été institué : un rendez-vous de liaison, qui prend la forme d'un échange entre l'employeur et le salarié, en présence facultative du service de prévention et de santé au travail⁶⁵⁷. Il s'agit d'une modalité souple de contact pendant l'arrêt, destinée à préserver le lien contractuel et à anticiper les conditions de reprise. Cette possibilité est ouverte pour les arrêts de travail de plus de 30 jours⁶⁵⁸.

a. La visite de reprise

487. Une obligation encadrée par la durée et la nature de l'arrêt. À l'issue d'un arrêt de travail, la reprise d'activité suppose la levée de la suspension du contrat. Toutefois, cette reprise est juridiquement subordonnée, dans certains cas, à l'intervention préalable du médecin du travail⁶⁵⁹. Une visite de reprise est en effet obligatoire, notamment après une absence pour maladie professionnelle, un accident du travail d'au moins 30 jours, ou une maladie non professionnelle d'au moins 60 jours⁶⁶⁰. La durée de l'arrêt s'apprécie de manière continue : une succession d'arrêts brefs entrecoupés de reprises ne déclenche pas ce dispositif.

488. L'employeur, informé du retour du salarié, est tenu d'organiser cette visite dans un délai de huit jours⁶⁶¹. Son défaut d'initiative engage sa responsabilité : il s'agit d'une faute susceptible de justifier une prise d'acte de la rupture du contrat aux torts de l'employeur⁶⁶². Ce formalisme vise à garantir l'effectivité de la protection médicale du retour au travail. En revanche, le salarié qui ne se présente pas à la visite n'est pas fautif de manière automatique⁶⁶³, mais il s'expose à un licenciement pour cause réelle et sérieuse⁶⁶⁴. Cette asymétrie traduit la

⁶⁵⁷ C. Trav., Art. L.1226-1-3.

⁶⁵⁸ C. Trav., Art. D.1226-8-1.

⁶⁵⁹ T. PASQUIER, « Le terme de la suspension du contrat de travail et la visite en vue de la reprise du travail », *Revue de droit du travail*, mars 2011, n°3, p. 177.

⁶⁶⁰ C. Trav., Art. R.4624-31.

⁶⁶¹ *Ibid.*

⁶⁶² Cass. Soc., 6 oct. 2010, n°09-66.140, publié : *JCP S*, 2011, n°4, p. 29, obs. P-Y. Verkindt ; *Bull. trav.*, 2010, n°225, p. 375, note F-J. Pansier.

⁶⁶³ Cass. Soc., 12 mars 1987, n°84-43.003.

⁶⁶⁴ Cass. Soc., 2 déc. 2009, n°08-40.093.

logique de prévention primaire propre à la médecine du travail : elle oblige d'abord celui qui détient le pouvoir d'organisation.

489. Un examen à finalité multiple. L'intérêt de la visite de reprise est quadruple⁶⁶⁵. Elle vise en premier lieu à évaluer l'aptitude du salarié à reprendre son poste ou un emploi équivalent, au regard de l'état de santé constaté. Lorsque des difficultés apparaissent, le médecin du travail peut formuler des propositions d'adaptation ou d'aménagement du poste. À défaut de compatibilité, il oriente vers un reclassement dans l'entreprise. Ce rôle de conseil technique est parfois précédé par une initiative du salarié ou une analyse de l'employeur ; le médecin en devient alors l'arbitre. Enfin, lorsque toute reprise apparaît impossible, un avis d'inaptitude est rendu, qui déclenche alors le processus de reclassement, voire de rupture du contrat.

490. Au-delà de sa fonction médicale, cette visite participe d'un dispositif de sécurisation du retour à l'emploi, en évitant une reprise prématurée ou non adaptée qui compromettrait la santé du salarié ou la continuité de la relation contractuelle. Elle incarne ainsi l'un des rares points de rencontre formels entre santé et droit du travail.

491. Une protection limitée par son champ d'application. Malgré son intérêt théorique, la visite de reprise ne bénéficie qu'à une minorité de salariés. L'allongement du seuil déclencheur à 60 jours depuis le décret du 16 mars 2022 (entré en vigueur le 1er avril) en a restreint encore le périmètre. Dans les faits, beaucoup de salariés reprennent sans aucune évaluation médicale préalable, y compris après des arrêts lourds de conséquences psychiques. La médecine du travail est ainsi privée de son rôle d'interface entre pathologie et emploi.

492. Ce constat justifie la valorisation des visites volontaires ou des démarches anticipatrices, comme la visite de pré-reprise. Cette dernière, pourtant facultative, pourrait constituer un espace pertinent d'anticipation et de prévention. Son usage reste cependant très marginal, faute d'information et d'incitation. C'est pourquoi il convient d'en examiner le potentiel.

b. La visite de pré-reprise

493. Un droit individuel d'initiative multiple. La visite de pré-reprise⁶⁶⁶, prévue à l'article R. 4624-29 du Code du travail, constitue un dispositif médico-social mobilisable en amont de

⁶⁶⁵ C. Trav., Art. R.4624-32.

⁶⁶⁶ La visite de pré-reprise dispose d'une valeur législative depuis la loi n°2021-1088 du 2 août 2021.

la reprise effective d'un salarié en arrêt maladie depuis plus de 30 jours, que la durée soit continue ou fractionnée⁶⁶⁷. Si cette visite n'est pas obligatoire, elle est néanmoins encadrée par un régime juridique précis : elle peut être sollicitée par le salarié lui-même, son médecin traitant, le médecin conseil de la sécurité sociale, ou encore initiée par le médecin du travail lorsqu'il anticipe une reprise potentiellement problématique⁶⁶⁸. Le salarié détient ainsi un véritable droit d'accès à l'examen médical préparatoire, et l'employeur a l'obligation de l'informer de cette possibilité, même s'il n'est ni l'initiateur ni le destinataire direct des conclusions⁶⁶⁹.

494. Une démarche préventive. L'objectif principal de la visite de pré-reprise est l'anticipation des difficultés de réintégration, notamment en cas de pathologies physiques ou psychiques affectant les capacités du salarié. À cette occasion, le médecin du travail peut proposer des aménagements, des allègements de tâches ou des changements d'organisation du poste de travail adaptés à la situation médicale. Si la reprise apparaît compromise, il oriente alors vers des mesures de reclassement, voire une réorientation professionnelle, parfois appuyée par des formations.

495. Cette logique préventive est particulièrement utile pour lutter contre les risques de rechute ou de rupture prématurée de la reprise d'activité. Elle offre au salarié un temps d'ajustement, diminue le sentiment d'urgence souvent associé au retour, et favorise une transition professionnelle plus sécurisée. En cela, cette visite constitue un levier de prévention secondaire, aujourd'hui encore trop sous-exploité, dans une médecine du travail souvent mobilisée a posteriori

496. Un cadre protecteur mal connu. L'une des forces de la visite de pré-reprise tient à sa confidentialité renforcée. Le salarié peut s'opposer à ce que son employeur soit informé de la tenue de l'examen et des recommandations émises par le médecin du travail⁶⁷⁰. Cette possibilité de dialogue médical à l'abri de l'intervention hiérarchique est essentielle, en particulier lorsque la souffrance au travail a pour origine des tensions internes ou une perte de confiance dans l'environnement professionnel. Pourtant, ce droit est largement ignoré par les salariés, qui n'en connaissent ni l'existence, ni les modalités de déclenchement.

⁶⁶⁷ « Questions-réponses » sur les mesures relatives à la prévention de la désinsertion professionnelle issues de la loi du 2 août 2021, 26 avril 2022, sur travail-emploi.gouv.fr (consulté le 22 septembre 2023).

⁶⁶⁸ C. Trav., Art. R.4624-29.

⁶⁶⁹ C. Trav., Art. L.4624-2-4.

⁶⁷⁰ C. Trav., Art. R.4624-30.

497. La réforme de 2022, en abaissant le seuil de déclenchement de la visite de trois mois à 30 jours d'arrêt, a permis d'élargir son champ d'application⁶⁷¹. Toutefois, la méconnaissance du dispositif, l'absence d'incitation, et parfois la peur de stigmatisation freinent son recours. Or, favoriser le retour durable à l'emploi impose de sortir d'une logique purement curative pour adopter une prévention structurelle, proactive et confidentielle, à laquelle la visite de pré-reprise devrait être pleinement intégrée.

3. Le suivi renforcé

498. Un encadrement médical accentué pour certains postes à risques. Dans certaines situations professionnelles, la législation prévoit un suivi médical individuel renforcé (SIR), destiné aux salariés exposés à des risques particuliers pour leur santé ou celle de leurs collègues⁶⁷². Cette surveillance spécifique s'applique, selon l'article R. 4624-23 du Code du travail, aux postes présentant des dangers objectivés, tels que l'exposition à des agents chimiques dangereux (amiante, plomb), à des rayonnements ionisants ou à des risques de chute de hauteur. Le suivi médical est alors plus fréquent, plus approfondi, et articulé autour d'examens réguliers.

499. Toutefois, la définition réglementaire des risques reste centrée sur les atteintes physiques et biologiques, au détriment des troubles psychiques. La santé mentale, pourtant de plus en plus mise à mal par les mutations du travail, demeure absente du champ du suivi renforcé. Cette carence apparaît particulièrement problématique pour les salariés dont l'organisation du travail elle-même constitue un facteur de risque : salariés en forfait-jours, cadres à responsabilité, professionnels soumis à des exigences de disponibilité permanente ou à une charge mentale importante⁶⁷³.

500. Une architecture préventive structurée. Pour les salariés concernés par le suivi renforcé, le dispositif prévoit une visite d'aptitude préalable à l'embauche, destinée à vérifier l'adéquation entre l'état de santé du candidat et les exigences du poste. Par la suite, une surveillance périodique s'impose tous les quatre ans, pouvant être raccourcie par le médecin du travail en fonction des facteurs de risque identifiés. Entre deux visites médicales, une

⁶⁷¹ Décret n°2022-372 du 16 mars 2022 relatif à la surveillance post-exposition, aux visites de préreprise et de reprise des travailleurs ainsi qu'à la convention de rééducation professionnelle en entreprise.

⁶⁷² C. Trav., Art. L.4624-2 ; C. Trav., Art. R.4624-22.

⁶⁷³ Ph. PACOTTE, S. DAGUERRE, « Forfait-jours : la Cour de cassation poursuit son œuvre », *Jurisprudence Sociale Lamy*, mars 2015, n° 384, p. 7-10.

consultation intermédiaire est organisée dans un délai maximal de deux ans, réalisée par un membre de l'équipe pluridisciplinaire : interne en médecine du travail, collaborateur médecin ou infirmier spécialisé.

501. Ce cadre assure une vigilance continue, adaptée à la pénibilité objective de certaines fonctions. Il permet aussi d'inscrire les actions du médecin du travail dans une logique de prévention primaire, en limitant l'exposition aux risques avant qu'ils ne produisent leurs effets délétères. Toutefois, ce régime protecteur reste réservé à une typologie restrictive de situations, sans prise en compte des facteurs psychosociaux ni des souffrances professionnelles diffuses, pourtant souvent invalidantes.

502. L'instauration d'un suivi renforcé pour certains métiers psychiquement éprouvants — comme le travail isolé, la charge de travail excessive ou les fonctions managériales en tension — permettrait d'intervenir en amont des ruptures professionnelles et personnelles, de repérer les premiers signaux d'alerte, et de prévenir les arrêts longs ou les désinsertions durables. En somme, l'élargissement du suivi renforcé à la souffrance psychique constituerait une avancée nécessaire, tant pour la santé individuelle que pour le bon fonctionnement des organisations.

B. Une prévention en tension

503. La médecine du travail repose sur un principe fondamental : la prévention en amont de toute altération de la santé des travailleurs. Cette mission première consiste à identifier les risques professionnels, anticiper leur survenance et proposer des aménagements adaptés⁶⁷⁴. Elle s'exerce à deux niveaux : individuel, lors du suivi médical des salariés, où le praticien conseille, oriente et propose des ajustements concrets du poste de travail ; et collectif, par des actions plus larges de sensibilisation et d'évaluation des conditions de travail au sein de l'entreprise⁶⁷⁵.

504. Toutefois, la portée de cette mission préventive est aujourd'hui fragilisée, tant par le manque de moyens que par les disparités structurelles entre les modalités d'exercice des professionnels. Le médecin du travail salarié de l'entreprise bénéficie, par sa proximité avec le terrain, d'un levier d'action renforcé. À l'inverse, le praticien intervenant au sein d'un service interentreprises est trop souvent tenu à distance des réalités concrètes, ce qui limite l'efficacité de ses interventions (1). En découle une médecine du travail à plusieurs vitesses, dont les

⁶⁷⁴ N. GUIDOU, *La qualité, l'innovation et la créativité du travail au sein des organisations : vers une politique globale de prévention de la souffrance psychique au travail*, Thèse, Lyon 2, 2017.

⁶⁷⁵ M-Ch. SOULA, « La médecine du travail, acteur de prévention », *Droit ouvrier*, mars 2003, n° 656, p. 98-103.

capacités d'action préventive varient selon le statut, la charge de travail et l'organisation du service (2).

505. Dans ce contexte, des pistes de réforme émergent. L'Organisation mondiale de la Santé recommande notamment d'intégrer les enjeux de santé au travail dans la formation initiale et continue des professionnels de santé, y compris ceux intervenant en soins primaires ou dans la prise en charge des troubles musculosquelettiques⁶⁷⁶. Une telle approche suppose de repenser l'articulation entre médecine curative et médecine préventive, afin de mieux valoriser les compétences des médecins du travail et de renforcer leur légitimité dans la régulation des risques professionnels. Ce chantier, encore largement ouvert, mérite une attention renouvelée.

1. Des pratiques inégales

506. Une liberté d'action théorique. Le médecin du travail dispose, en principe, d'une liberté d'action importante dans la mise en œuvre de la prévention des risques professionnels, quelle que soit la structure dans laquelle il exerce. Cette prévention peut prendre la forme d'ateliers, de moments de sensibilisation ou de rencontres informelles autour de thématiques choisies. L'information est l'un des outils les plus efficaces pour anticiper les risques professionnels : elle peut porter sur leur nature, leurs manifestations, les moyens de s'en prémunir, voire sur les droits des salariés eux-mêmes⁶⁷⁷.

507. Le médecin choisit librement les thèmes en fonction des problématiques récurrentes observées dans les entreprises : lutte contre la consommation d'alcool et de stupéfiants, prévention du harcèlement, gestion de la pénibilité ou encore prévention de la désinsertion professionnelle. Ces initiatives sont particulièrement importantes en matière de souffrance psychique, en ce qu'elles permettent aux salariés de se sentir reconnus et entendus. Toutefois, les pouvoirs du médecin du travail sont limités : il ne peut pas, par exemple, imposer une formation à destination de l'encadrement, même en cas de carence manifeste.

508. Un manque structurel de moyens humains. En pratique, cette liberté d'action se heurte à un manque criant de ressources humaines⁶⁷⁸. En 2021, on comptait environ 4.650 médecins du travail pour 26,58 millions de salariés. En moyenne, chaque praticien devait ainsi

⁶⁷⁶ Organisation Mondiale de la Santé, « Protection de la santé des travailleurs », 30 novembre 2017, www.who.int.

⁶⁷⁷ P. BROCHETON, *op. cit.*

⁶⁷⁸ D. MANDELLI, *Manque de médecins du travail en France*, Question écrite n°23410 - 15ème législature, JO Sénat, 24 juin 2021, p. 3928.

suivre plus de 5.700 salariés du secteur privé⁶⁷⁹⁶⁸⁰. La charge est évidemment très variable selon les secteurs et les territoires, mais elle rend impossible la réalisation d'actions de prévention autres que le strict suivi individuel⁶⁸¹.

509. À titre d'illustration, consacrer 30 minutes annuelles à chaque salarié représenterait plus de 2.800 heures de travail, soit l'équivalent d'une charge annuelle excédant de 1.000 heures un temps complet classique. Ce chiffre ne tient même pas compte des cas les plus complexes, où l'étude du poste, les échanges tripartites et la rédaction des préconisations peuvent mobiliser plusieurs heures⁶⁸².

510. L'inégalité territoriale aggrave encore la situation : dans certaines zones rurales ou périurbaines, un seul médecin peut être affecté à plusieurs milliers de salariés — jusqu'à 18.000 dans la région des Herbiers (Vendée)⁶⁸³. Pour pallier cette pénurie, la loi du 2 août 2021 a élargi la possibilité de recourir à des médecins praticiens *correspondants*⁶⁸⁴, déjà ouverte depuis 2012 aux collaborateurs médecins⁶⁸⁵. Mais cette mesure palliative ne règle pas la question structurelle du sous-effectif⁶⁸⁶.

511. Des moyens inégaux selon la modalité d'exercice. La capacité du médecin du travail à intervenir dépend également de son mode d'exercice. Tous disposent théoriquement d'un droit de visite en entreprise, à leur propre initiative ou à la demande de l'employeur ou du comité social et économique. Ces visites sont censées leur permettre d'analyser les risques *in situ* et de proposer des mesures adaptées aux conditions réelles de travail.

512. Or, dans les faits, les médecins exerçant au sein des services de santé interentreprises sont confrontés à une surcharge extrême⁶⁸⁷. Suivant jusqu'à 10.000 salariés répartis dans 500 entreprises, ils ne disposent ni du temps ni de l'appui logistique nécessaire pour effectuer des

⁶⁷⁹ INSEE, « Emploi salarié et non salarié par activité : données annuelles de 1989 à 2021 », 26 janvier 2023, www.insee.fr (consulté le 22 septembre 2023).

⁶⁸⁰ Ce chiffre, obtenu suite au recensement effectué par le Conseil national de l'Ordre des médecins, est en baisse. Il s'élevait à 4.908 médecins du travail en 2015.

⁶⁸¹ P. MARICHALAR, « La fin programmée de la médecine du travail », *Le Monde*, 23 septembre 2010.

⁶⁸² S. SALMAN, « Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail », *Sociologie du travail*, 2008, n° 1, Vol. 50, p. 31-47.

⁶⁸³ D. MANDELLI, *op. cit.*

⁶⁸⁴ E. JEANSEN, « Le suivi médical des salariés après la loi du 2 août 2021 », *op. cit.*

⁶⁸⁵ C. Trav. Art. L. 4623-1.

⁶⁸⁶ S. FANTONI-QUINTON, *op. cit.*

⁶⁸⁷ M. ISSINDOU, Ch. PLOTON, S. FANTONI-QUINTON, A-C. BENSADON, H. GOSSELIN, *Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail »*, Rapport n°2014-142R, mai 2015, 116 pages.

visites de terrain régulières, rendant impossible toute démarche préventive individualisée ou contextualisée.

513. À l'inverse, le médecin du travail intégré à une entreprise unique est en mesure d'exercer une prévention plus efficace et mieux ciblée. Il connaît les spécificités du terrain, les habitudes professionnelles, les tensions internes. Cette connaissance de l'environnement lui permet de déterminer les thèmes les plus pertinents à aborder lors des campagnes de sensibilisation.

514. La proximité avec les salariés facilite les échanges, renforce la confiance, et rend les actions de prévention plus concrètes, plus incarnées, plus légitimes. Elle permet également au médecin d'être alerté plus rapidement des situations problématiques, que ce soit par les salariés eux-mêmes ou par les représentants du personnel. Ce lien est inexistant dans les services interentreprises, où la prévention se limite, bien souvent, à des messages généraux, détachés des réalités organisationnelles de terrain.

2. Une influence indirecte sur l'organisation du travail

515. Une présence dans les instances représentatives du personnel. Le médecin du travail ne dispose d'aucun pouvoir d'injonction ou de décision directe. Il ne peut ni interdire un projet de réorganisation, ni s'opposer à une décision de gestion même si celle-ci compromet manifestement la santé des travailleurs. Pourtant, son influence indirecte peut être significative, notamment lorsqu'il est intégré à l'entreprise⁶⁸⁸.

516. Il siège de droit au sein de la commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) lorsqu'elle existe⁶⁸⁹, ou, à défaut, aux réunions du comité social et économique (CSE) traitant des questions de santé au travail. À ce titre, il participe aux échanges, partage son expertise et alerte les représentants du personnel sur les risques détectés. Cette voix médicale, fondée sur une connaissance concrète du terrain, peut orienter les débats, nourrir la réflexion collective et renforcer la légitimité des revendications des élus. Elle constitue ainsi un vecteur discret mais essentiel de protection de la santé des salariés.

517. Lorsque le médecin du travail ne peut être personnellement présent, il peut déléguer cette fonction à un membre de l'équipe pluridisciplinaire du service de santé au travail, pourvu que celui-ci dispose de compétences reconnues en santé ou en organisation du travail. D'autres

⁶⁸⁸ C. Trav., Art. L.4622-6.

⁶⁸⁹ C. Trav., Art. L.2314-3.

acteurs peuvent également intervenir, comme le responsable sécurité ou l'agent chargé de la sécurité et des conditions de travail.

518. Ces intervenants n'ont ni voix délibérative ni pouvoir décisionnel, mais leur expertise permet de nourrir le dialogue social. Leur simple présence peut légitimer certaines alertes formulées par les représentants des salariés, et favoriser une prise de conscience au sein de l'encadrement. L'enjeu est donc de ne pas cantonner ces experts à un rôle passif : les solliciter, les interroger, intégrer leurs analyses dans les échanges contribue à faire émerger une culture de prévention partagée.

519. Un rôle consultatif dans l'évaluation des projets à risques. Le médecin du travail peut également intervenir en amont, lorsqu'un projet de transformation est susceptible d'impacter la santé des salariés. Dans cette hypothèse, il agit comme conseiller, en alertant l'employeur ou les négociateurs sur les risques psycho-sociaux ou physiques induits⁶⁹⁰. Cette action s'inscrit dans le champ de la prévention primaire, visant à empêcher l'apparition de troubles professionnels.

520. Toutefois, ce rôle consultatif suppose que le médecin soit intégré à l'entreprise ou, à tout le moins, en lien étroit et régulier avec elle. Les médecins exerçant dans les services interentreprises, souvent débordés et éloignés des réalités organisationnelles, ne disposent pas du temps ni de la proximité suffisante pour jouer ce rôle de vigie.

521. Une action difficile dans les entreprises dépourvues d'instances représentatives. Cette capacité d'influence se heurte à une limite structurelle : nombre de TPE et PME ne disposent ni de CSSCT ni même de CSE. Dans ces contextes, le médecin du travail est rarement associé aux décisions organisationnelles, alors même que les enjeux de santé y sont souvent plus aigus, en raison de la précarité, du sous-effectif ou de la surcharge.

522. Une réforme mériterait d'être envisagée : rendre obligatoire la consultation du médecin du travail dans certains projets sensibles, même en l'absence d'instance représentative. On pense notamment aux licenciements économiques collectifs, pour lesquels un plan de sauvegarde de l'emploi est requis. Ce type de procédure provoque un stress majeur pour les salariés maintenus dans l'entreprise, qui doivent gérer l'incertitude, la surcharge et la perte de repères sociaux. Dans un tel contexte, la mobilisation d'un médecin ou d'un psychologue du

⁶⁹⁰ C. Trav., Art. R.4623-1.

travail pourrait permettre une prévention efficace des risques psychosociaux liés à la restructuration.

523. Le médecin du travail ne porte pas seul la responsabilité de la prévention. Il peut coopérer avec d'autres professionnels, notamment l'inspection du travail, pour garantir la santé et la sécurité des salariés. Cette collaboration peut permettre un croisement de regards et un renforcement des marges d'action, notamment en cas de carence manifeste de l'employeur.

III. L'inspection du travail

524. Face aux situations de mal-être au travail, l'inspection du travail constitue un interlocuteur privilégié pour les salariés comme pour les institutions représentatives du personnel⁶⁹¹. Le contact peut être pris à l'initiative d'un travailleur – par courrier, téléphone, courriel, voire en sollicitant un rendez-vous auprès des services de renseignements – mais aussi dans un cadre plus collectif : signalement d'un danger grave et imminent, plainte de plusieurs salariés, alerte émise par la commission santé, sécurité et conditions de travail ou encore saisine directe de l'entreprise elle-même⁶⁹².

525. Les chiffres témoignent de l'ampleur de l'activité : en 2009, les 2.347 agents de contrôle répartis sur le territoire⁶⁹³ ont relevé près d'un million d'infractions⁶⁹⁴. Toutefois, l'inspection du travail ne se limite pas à une logique de répression⁶⁹⁵. Si elle est dotée de pouvoirs d'enquête, de mise en demeure ou de sanctions, elle déploie également des missions d'information et de conseil auprès des employeurs comme des salariés. À ce titre, elle couvre l'ensemble du droit du travail, y compris les règles relatives à la santé, à la sécurité et aux conditions de travail⁶⁹⁶.

526. Dans ce champ, les agents d'inspection disposent de compétences à la fois techniques et juridiques, qui leur permettent d'intervenir à deux niveaux. À l'échelle individuelle, ils peuvent informer, orienter, voire intervenir ponctuellement dans l'entreprise pour faire cesser

⁶⁹¹ F. DANIELLOU, Ph. DAVEZIES, K. CHASSAING, B. DUGUE, J. PETIT, *Le travail vivant des agents de contrôle de l'inspection du travail*, Rapport, DIRECCTE, 2012.

⁶⁹² J. BESSIERRE, « L'activité de l'inspection du travail dans un contexte de fortes évolutions », *Droit social*, novembre 2011, n°11, p. 1021-1030.

⁶⁹³ E. CAPUS, *L'inspection du travail : un modèle à renforcer*, Rapport d'information n°743 (2018-2019), Sénat, 25 septembre 2019.

⁶⁹⁴ Chiffres publiés dans le rapport au BIT au 31 décembre 2009 et consécutivement à la fusion des inspections du travail agricole, transport et travail réalisée depuis le 1er janvier 2009.

⁶⁹⁵ C. Trav., Art. L.8112-1.

⁶⁹⁶ Convention n°81 de l'OIT relative à l'inspection du travail.

une situation à risque. À l'échelle collective, ils sont de plus en plus sollicités comme acteurs du dialogue social, au moment de la mise en place d'actions de prévention ou en cas de crise organisationnelle. Leur rôle oscille ainsi entre accompagnement et contrôle, conseil et contrainte.

Ce double registre d'intervention impose de distinguer deux fonctions complémentaires : celle, souple, de conseil et de relais d'information (A), et celle, plus contraignante, d'autorité dotée de pouvoirs d'enquête et de sanction (B).

A. Une autorité à solliciter

527. En matière de santé mentale au travail, l'inspection du travail ne se résume pas à un organe de contrôle : elle est aussi un appui, une ressource et un levier d'action, tant pour les salariés que pour les représentants du personnel ou les employeurs. Sa mission générale de veille à l'application du droit du travail la place au cœur des dynamiques de prévention, et ce dans une perspective à la fois individuelle et collective⁶⁹⁷.

D'une part, les agents de contrôle peuvent être sollicités directement par les salariés confrontés à des situations de souffrance psychique ou de détérioration de leurs conditions de travail. Par leurs conseils, leur écoute, mais aussi leur capacité d'alerte ou d'intervention, ils contribuent à rétablir une certaine forme d'équilibre dans des contextes parfois dégradés (1).

D'autre part, leur expertise constitue un atout majeur pour orienter et structurer des démarches collectives de prévention. Leur intervention peut alors s'inscrire en amont, pour aider à poser un diagnostic, construire une stratégie, ou encadrer un dialogue social sur les conditions de travail (2). Dans ces hypothèses, leur présence donne souvent une assise juridique et technique aux mesures envisagées, et renforce leur légitimité.

1. Un appui aux salariés

528. Un guichet accessible aux travailleurs. Lorsqu'un salarié traverse une situation de souffrance psychique au travail, l'inspection du travail constitue un point d'entrée souvent sous-estimé mais juridiquement encadré et protecteur. Il est loisible au salarié de contacter un agent par courrier, téléphone, fax ou courriel, ou encore de solliciter un rendez-vous auprès des

⁶⁹⁷ V. TIANO, *Les inspecteurs du travail à l'épreuve de l'évaluation des risques, une profession sous tension*, Thèse, Aix-Marseille II, 2003.

services de renseignements de l'unité territoriale de la DREETS dont dépend l'entreprise⁶⁹⁸. Ce droit de sollicitation est protégé : aucun salarié ne peut être sanctionné pour avoir contacté l'inspection, et l'employeur ne peut pas faire obstacle à cette démarche, sous peine de sanctions. Ce dernier a d'ailleurs l'obligation d'afficher, dans les locaux, les coordonnées de l'inspection du travail compétente.

529. Un espace d'écoute, de clarification juridique et d'orientation. Le rôle des agents de contrôle ne se limite pas à sanctionner des manquements : ils ont également une fonction d'accueil et de conseil, en particulier lorsque la parole du salarié n'est plus entendue dans l'entreprise. Lors de la consultation, l'agent de l'inspection du travail recueille les éléments factuels exposés par le salarié et les replace dans un cadre juridique. Ce moment d'écoute, souvent le premier depuis le début des difficultés, revêt une fonction quasi-thérapeutique de reconnaissance de la souffrance. Il permet également de redonner des repères juridiques clairs et de structurer une réponse fondée sur le droit.

530. L'agent ne peut ni ne doit poser un diagnostic médical : il oriente, au besoin, vers les professionnels compétents, notamment le médecin du travail ou le médecin traitant. Il peut également suggérer une démarche de reconnaissance de maladie professionnelle ou, en cas de harcèlement allégué, proposer au salarié d'engager une alerte formelle.

531. Une voie méconnue. En pratique, cette possibilité d'échange est encore trop marginalisée. Les salariés privilégient généralement le recours au médecin du travail, voire à un avocat, sans percevoir que l'inspection du travail peut constituer une première étape gratuite, confidentielle et accessible. Or, l'utilité de ce recours est réelle : les échanges avec l'agent sont couverts par une obligation de confidentialité, sauf autorisation expresse de levée par les deux parties. Ce cadre encourage la liberté de parole, indispensable pour verbaliser des situations professionnelles dégradées.

532. Une autorité susceptible d'ouvrir le dialogue avec l'employeur. Au-delà du conseil, le recours à l'inspection du travail peut permettre de rétablir un canal de communication institutionnel entre le salarié et l'employeur. Ce tiers extérieur, porteur de la légitimité de l'État,

⁶⁹⁸ Toutes les informations nécessaires au contact de l'inspection du travail sont disponibles sur leur site internet : idd.drieets.gouv.fr pour la région Ile-de-France. Un numéro gratuit est également à disposition pour obtenir des informations sur le droit du travail : 0 806 000 126.

peut agir comme médiateur dans des conflits liés aux conditions de travail, aux horaires, ou aux faits de harcèlement.

533. Lorsque la confidentialité est levée – explicitement par les deux parties ou implicitement par le partage d’informations –, l’agent peut prendre contact avec l’employeur pour initier un dialogue, voire intervenir dans l’entreprise. Toutefois, son intervention ne vise pas à trancher un litige contractuel, compétence réservée au juge. Elle porte sur le respect des normes légales ou conventionnelles en matière de santé et de sécurité. L’agent peut alors procéder à des vérifications et, le cas échéant, formuler des observations, des mises en demeure, voire dresser procès-verbal.

534. En définitive, l’inspection du travail participe à une fonction de régulation silencieuse mais cruciale du rapport de travail, en apportant une réponse concrète à des situations de détresse individuelle. Son intervention permet de désamorcer certaines tensions et d’engager des dynamiques correctrices, sans nécessairement passer par le contentieux. Elle mérite à ce titre d’être mieux intégrée dans les stratégies de prévention du mal-être professionnel.

2. Un rôle collectif renforcé

535. Une autorité consultée dans des procédures à portée collective. L’inspection du travail exerce une fonction régulatrice essentielle dans le champ collectif des relations de travail, notamment en matière de prévention des risques psychosociaux (RPS)⁶⁹⁹. Plusieurs textes imposent en effet de l’associer à des procédures collectives clés. C’est le cas, en premier lieu, lors de l’élaboration ou de la modification du règlement intérieur, que l’inspecteur du travail doit examiner avant toute entrée en vigueur⁷⁰⁰. Or ce document contient, conformément à l’article L.1321-1 du Code du travail, les prescriptions relatives à la santé et à la sécurité dans l’entreprise. Sa portée normative peut ainsi influencer directement la structuration des réponses aux risques psychosociaux (prévention du harcèlement, procédures d’alerte, encadrement des sanctions...).

536. De manière générale, la consultation obligatoire de l’inspection du travail est le reflet d’un choix législatif : celui d’une administration garante de l’intérêt général, insérée dans les processus internes de régulation sociale.

⁶⁹⁹ V. TIANO, *op. cit.*, p.87.

⁷⁰⁰ C. Trav., Art. L.1321-4.

537. Un acteur potentiel du droit d'alerte. L'agent de contrôle joue également un rôle déterminant lorsqu'un droit d'alerte est exercé par un représentant du personnel, notamment en cas de divergence sur la réalité du danger ou sur les mesures à prendre pour le faire cesser⁷⁰¹. Bien que ce droit d'alerte soit souvent mobilisé pour des dangers physiques, rien n'interdit son usage pour des atteintes graves à la santé mentale des travailleurs, comme l'a reconnu une partie de la jurisprudence et de la doctrine. La présence de l'inspection du travail à la réunion d'urgence du comité social et économique (CSE) permet alors d'instaurer un tiers impartial capable d'évaluer la situation, de rappeler le cadre juridique, et d'orienter la discussion vers des solutions effectives⁷⁰². Cette intervention, souvent sous-estimée, permet en réalité d'objectiver les tensions internes et de replacer les enjeux de santé mentale dans le champ des obligations légales de l'employeur.

538. Une vigilance supplémentaire sur l'organisation du temps de travail. Les agents de l'inspection du travail interviennent aussi en amont de certaines réorganisations ayant une incidence sur la santé mentale, en particulier dans les domaines du temps de travail⁷⁰³. Ainsi, l'employeur doit les informer ou obtenir leur autorisation lorsqu'il entend déroger aux durées maximales du travail ou instaurer des horaires individualisés⁷⁰⁴. Ces dispositifs, bien que techniques, peuvent avoir des conséquences délétères sur la charge mentale des salariés, la désynchronisation des collectifs de travail, ou l'articulation vie professionnelle/vie personnelle.

539. Il en va de même, de manière plus indirecte, pour d'autres situations soumises à l'avis ou à l'autorisation de l'inspection du travail : travail dissimulé, licenciement de salarié protégé, transfert d'entreprise. Chacune de ces hypothèses reflète une tension potentielle sur le climat social, dont les répercussions psychiques doivent être anticipées.

540. Une présence à renforcer dans le dialogue social. En matière de santé au travail, le rôle de l'inspection ne se limite pas à une posture d'arbitre ponctuel. Elle peut constituer un véritable appui dans le dialogue social, notamment lorsqu'un malaise collectif émerge. Si la

⁷⁰¹ C. Trav., Art. L.4132-3.

⁷⁰² C. Trav., Art. L.4132-4.

⁷⁰³ La demande de dépassement de la durée quotidienne maximale de travail doit être adressée par l'employeur à l'inspection du travail. Celle-ci comprend les justifications utiles et l'avis du CSE. L'inspecteur du travail aura quinze jours à compter de la date de réception de la demande pour faire connaître sa décision à l'employeur et aux représentants du personnel (C. Trav., Art. D.3121-5). La procédure est similaire pour le dépassement à la durée hebdomadaire maximale du travail (C. Trav., Art. L.3121-21) sans que ce dépassement puisse avoir pour effet de porter la durée du travail à plus de 60 heures par semaine.

⁷⁰⁴ C. Trav., Art. L.3121-44 et sv.

présence de l'agent de contrôle est obligatoire dans un nombre limité de cas — réunions des commissions SSCT⁷⁰⁵ ou du CSE après un accident du travail grave ou une maladie professionnelle⁷⁰⁶ — elle peut être sollicitée plus largement, à l'initiative de l'employeur ou de la majorité de la délégation du personnel⁷⁰⁷. Cette faculté constitue une opportunité trop peu mobilisée dans la pratique.

541. La présence de l'inspecteur du travail permet en effet de réintroduire un cadre légal structurant dans des échanges souvent déséquilibrés, notamment lorsque la parole syndicale est affaiblie ou que les représentants du personnel sont isolés. Elle renforce la crédibilité des demandes relatives à la santé psychique et engage l'entreprise à prendre au sérieux les alertes collectives.

542. Les interventions collectives de l'inspection du travail prennent tout leur sens dès lors que l'on reconnaît la souffrance psychique comme résultant, au moins en partie, de facteurs organisationnels. Les pouvoirs d'enquête, de recommandation, voire de mise en demeure ou de verbalisation de l'agent permettent de corriger les pratiques délétères et d'infléchir la gouvernance interne de l'entreprise.

B. Des leviers sous-exploités

543. Parmi les multiples acteurs de la prévention des risques psychosociaux, l'inspection du travail occupe une place singulière⁷⁰⁸. Elle se distingue par sa capacité d'intervention concrète, fondée non seulement sur son expertise juridique et sociale, mais surtout sur des prérogatives effectives, à la fois autonomes et coercitives⁷⁰⁹. À la différence d'autres intervenants — notamment le médecin du travail, dont l'action, bien que précieuse, se heurte parfois à un déficit de moyens ou d'autorité — l'agent de contrôle dispose de leviers puissants, susceptibles d'induire des changements réels dans les pratiques de l'entreprise⁷¹⁰. Il s'agit là d'une force

⁷⁰⁵ Pour rappel, seules les entreprises de plus de 300 salariés doivent mettre en place une commission santé, sécurité et conditions de travail.

⁷⁰⁶ C. Trav., Art. L.2314-3.

⁷⁰⁷ *Ibid.*

⁷⁰⁸ Ph. AUVERGNON, « Inspection du travail », in *Dictionnaire des risques psychosociaux*, Seuil, 2014, p. 389-393.

⁷⁰⁹ Ph. AUVERGNON, « Pour l'efficacité du droit du travail : quel système d'inspection et quelle indépendance des inspecteurs ? », *États-généraux de l'inspection du travail*, 2006, p. 245-254.

⁷¹⁰ Ph. AUVERGNON, « Inspecteur du travail », *op. cit.*

d'action trop peu mobilisée, alors même qu'elle est redoutée par les employeurs et que sa seule évocation peut suffire à restaurer un minimum de vigilance normative.

544. Cette redoutabilité tient à l'ambivalence du rôle de l'inspection du travail, à la fois instrument de conseil, d'enquête et de contrainte, capable de se déplacer *in situ*, de recueillir des témoignages, d'analyser les conditions de travail (1), mais aussi de dresser procès-verbaux, de formuler des mises en demeure ou d'enclencher des procédures contentieuses d'urgence (2). Ces moyens d'action, bien qu'originellement conçus pour la protection de l'intégrité physique des salariés, gagnent à être réinvestis dans le champ plus diffus de la santé mentale au travail. Leur efficacité potentielle dans ce domaine est manifeste : ils permettent de sortir du silence, de susciter des réponses correctives rapides, et d'introduire une forme de régulation par la contrainte.

545. Deux séries de leviers, pourtant décisifs, restent insuffisamment activés. D'une part, le rôle collectif que l'inspection du travail peut jouer dans la gouvernance de la prévention, en tant qu'acteur du dialogue social et du contrôle des dispositifs internes, mérite d'être renforcé. D'autre part, son pouvoir de sanction, bien que redouté, est trop rarement mobilisé pour réprimer les atteintes à la santé mentale des salariés, faute d'un cadre normatif suffisamment explicite⁷¹¹. Le potentiel de l'inspection du travail apparaît ainsi bridé moins par son arsenal que par la culture d'usage de ses outils, et par une approche encore trop restreinte de la notion de santé au travail.

546. Il faut enfin souligner que cette efficacité relative est fragilisée par des contraintes structurelles persistantes. Le sous-effectif chronique du corps de contrôle réduit considérablement la fréquence des inspections : avec 2 347 agents de contrôle pour plus de 26 millions de salariés en 2019, le maillage territorial demeure insuffisant. Pourtant, même rare, la simple possibilité d'un contrôle conserve une force dissuasive qui contribue à imposer aux entreprises un minimum de conformité réglementaire. Cette tension entre un potentiel d'action élevé et une mobilisation partielle fonde la nécessité d'une réflexion renouvelée sur la place de l'inspection du travail dans la stratégie nationale de lutte contre la souffrance au travail⁷¹².

⁷¹¹ Ph. AUVERGNON, « Inspection du travail », *op. cit.*

⁷¹² V. TIANO, *op. cit.*

1. Un droit d'accès central

546. Un droit d'entrée libre, outil fondamental du contrôle. Le droit d'accès reconnu aux agents de contrôle constitue le socle matériel de l'action de l'inspection du travail. Prévu à l'article L. 8113-1 du Code du travail, il autorise les inspecteurs et contrôleurs à pénétrer librement, à tout moment, dans tous les établissements soumis à la législation du travail, y compris de nuit⁷¹³. Ce pouvoir d'intrusion sans autorisation judiciaire préalable déroge au droit commun, mais se justifie pleinement par l'objectif de protection de l'ordre public social.

547. Ce droit s'exerce sans avertissement, tant sur le moment de la visite que sur ses motifs. Cette absence de prévisibilité constitue une garantie essentielle d'effectivité : elle évite que l'employeur ne maquille les conditions réelles de travail ou n'entrave l'identification d'infractions. Elle prend une dimension particulière dans les établissements à activité nocturne, où les travailleurs sont souvent plus exposés à des formes spécifiques de pénibilité : isolement, désynchronisation sociale, dérèglement du sommeil⁷¹⁴. En revanche, l'obligation d'informer l'employeur de sa présence dès l'entrée dans les locaux, bien que formelle, permet d'éviter tout trouble à la sécurité du site.

548. Une intervention d'écoute libre. La visite de l'agent peut s'effectuer en l'absence de l'employeur. Cette faculté offre une opportunité précieuse pour établir un climat de confiance avec les salariés, dont certains redoutent les représailles lorsqu'ils sont vus en discussion avec un agent de l'inspection. Dans des environnements professionnels tendus ou délétères, la rencontre libre entre l'inspecteur et les travailleurs favorise l'expression de souffrances silencieuses, souvent invisibles dans les organigrammes ou les rapports officiels.

549. De manière plus large, cette possibilité permet à l'agent d'appréhender la réalité concrète des conditions de travail : ambiance générale, organisation de la hiérarchie intermédiaire, charge de travail, relations managériales. L'approche contextuelle ainsi rendue possible est particulièrement féconde en matière de prévention du mal-être.

550. Un droit d'investigation renforcé. Le droit d'entrée est indissociable du droit d'interroger toute personne présente dans l'établissement. L'article L. 8113-4 du Code du travail autorise en effet les inspecteurs à recueillir les déclarations de l'employeur, du personnel,

⁷¹³ Convention n°81, OIT, Art.12 ; C. Trav., Art. L.8313-1 ; C. Trav., Art. L.8112-5.

⁷¹⁴ C. NICOLAS, *op. cit.*

ou de tout témoin utile, avec ou sans la présence d'un tiers. Dans le domaine de la santé psychique, où la preuve repose souvent sur des éléments subjectifs ou diffuses, cette capacité à échanger de manière directe avec les salariés est capitale. Elle permet de détecter des signaux faibles, de percevoir des tensions ou d'identifier des pratiques de management pathogènes.

551. Un contrôle sur documents. L'agent de contrôle peut également exiger la présentation immédiate de tous les documents, registres ou livres rendus obligatoires par la législation sociale. Cette disposition, classique, prend une résonance particulière lorsqu'elle permet de contrôler la traçabilité de la démarche de prévention, en particulier à travers le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), dont l'absence est un indice fort d'une carence organisationnelle.

552. En pratique, ce droit exige de l'employeur qu'il ait organisé la disponibilité de ces pièces même en son absence. Il en va non seulement de la régularité du contrôle, mais également de la crédibilité du dispositif interne de prévention, dont l'accessibilité documentaire constitue une dimension essentielle. Ce pouvoir prend tout son sens dans les situations à risque : suspicion de harcèlement, d'épuisement professionnel, de discrimination ou de travail dissimulé.

553. Un pouvoir d'arrêt à repenser pour la santé mentale. L'arsenal de l'inspection du travail comporte, dans certains cas, des pouvoirs d'intervention d'urgence, comme la possibilité de faire arrêter un chantier en cas de danger grave pour la santé physique des salariés. Toutefois, cette faculté n'est pas étendue à la santé mentale, ce qui interroge la cohérence du dispositif.

554. Il serait légitime d'envisager une extension de ce pouvoir à certains cas extrêmes de souffrance psychique manifeste, d'autant plus que les pathologies mentales liées au travail sont aujourd'hui reconnues comme des formes à part entière d'atteintes à la santé. Le maintien d'un salarié dans un environnement profondément toxique, malgré l'alerte, constitue en soi une menace grave, mais silencieuse, que le droit positif ignore encore.

555. Une efficacité encadrée par l'indépendance et la répression. L'efficacité du droit d'entrée repose sur deux piliers : l'indépendance des agents de contrôle et le régime dissuasif de protection de leur mission⁷¹⁵. L'article L. 8112-1 garantit leur autonomie fonctionnelle. Les entraves à leur mission sont lourdement sanctionnées (jusqu'à 37 500 € d'amende et un an

⁷¹⁵ A. MIAS, « Autonomie des agents et légitimité de l'inspection du travail », *La Nouvelle Revue du Travail*, 2015, n° 7.

d'emprisonnement en cas d'obstacle au contrôle⁷¹⁶, 150 000 € et dix ans pour corruption⁷¹⁷, 45 000 € et trois ans pour violences ou menaces⁷¹⁸). Ces dispositions pénales confèrent aux agents une autorité redoutée, même si dans la pratique, les poursuites sont peu fréquentes.

556. En revanche, la législation reste insuffisamment coercitive à l'égard des manquements passifs. La non-présentation du DUERP n'est sanctionnée que par une simple contravention de 450 €, alors que sa rédaction peut coûter plusieurs milliers d'euros⁷¹⁹. Ce déséquilibre nuit à l'effectivité du dispositif et minore l'incitation des employeurs à intégrer la santé mentale dans leur politique de prévention.

557. À l'issue de sa visite, l'agent de contrôle établit un constat, librement qualifié, qui servira de base à une suite éventuelle : simple observation, lettre d'avertissement, mise en demeure ou procès-verbal. Cette liberté d'appréciation, couplée à l'autorité de son regard, confère à l'intervention un poids normatif considérable, bien au-delà du contrôle formel. Elle engage l'entreprise à réfléchir sur elle-même — et parfois à se réformer.

2. Un pouvoir de sanction à mobiliser

558. L'intervention de l'inspection du travail ne se limite pas à une fonction de conseil ou de vérification : elle se double d'un véritable pouvoir de contrainte destiné à assurer le respect effectif des règles applicables en matière de droit du travail⁷²⁰. Le contrôle s'accompagne en effet de prérogatives de sanction, que l'agent peut mobiliser à l'issue de ses constatations⁷²¹. Le recours à ces instruments répressifs — dont l'éventail est large — obéit toutefois à une logique graduée, fondée sur la nature et la gravité du manquement⁷²². Ce pouvoir, bien que décisif pour lutter contre les atteintes à la santé, se heurte encore à un cadre juridique lacunaire en matière de protection psychique, ce qui en limite le plein potentiel.

559. Une réponse modulée selon la gravité du manquement. Lorsqu'il constate des infractions aux règles relatives à la santé et à la sécurité, l'agent de contrôle peut, dans une logique d'avertissement, formuler des observations écrites. Celles-ci ont pour fonction

⁷¹⁶ C. Trav., Art. L.8114-1.

⁷¹⁷ C. Trav., Art. L.8114-2.

⁷¹⁸ C. Trav., Art. L.8114-2.

⁷¹⁹ C. Trav., Art. R.8114-2.

⁷²⁰ C. Trav., Art. L.8112-1.

⁷²¹ P. AUVERGNON, *Étude sur les sanctions et mesures correctives de l'inspection du travail : le cas de la France*, Bureau international du travail, 2011, p. 52.

⁷²² L. GAMET, « Inspection du travail et répression », *Droit social*, mai 2017, n° 5, p.439-444.

d'informer l'employeur de la non-conformité identifiée, sans toutefois entraîner de poursuites. Leur portée est donc essentiellement pédagogique, mais non négligeable : elles permettent de lever le déni managérial souvent opposé à la reconnaissance des risques psychosociaux. Par ce biais, l'inspecteur donne à l'entreprise l'occasion de corriger ses pratiques et d'initier des actions correctrices avant que la responsabilité de l'employeur ne soit plus lourdement engagée — notamment en cas d'accident du travail susceptible de révéler une faute inexcusable.

560. Si la situation l'exige, l'agent peut ensuite recourir à la mise en demeure, outil plus contraignant. Cette procédure impose à l'employeur de se conformer à ses obligations dans un délai déterminé, à peine de verbalisation. Elle constitue une alerte formelle, qui place l'entreprise dans une dynamique de réaction rapide, sous peine de sanction. Le formalisme qui l'entoure en fait un levier de responsabilisation fort, renforcé par l'obligation de conservation et de diffusion des mises en demeure auprès des institutions représentatives du personnel et des professionnels de santé au travail. Ce mécanisme favorise ainsi une forme de transparence organisationnelle quant aux manquements relevés.

561. En cas d'infraction pénale, l'agent de l'inspection du travail peut dresser un procès-verbal, documentant les faits et la norme méconnue, et le transmettre au procureur de la République. Cette procédure d'alerte pénale est à la fois la plus lourde de conséquences pour l'employeur et la plus solennelle. Elle reste pourtant rarement mobilisée en matière de souffrance psychique au travail, en raison de la difficulté à objectiver les atteintes, mais également du faible nombre d'incriminations spécifiques protégeant la santé mentale.

562. Des pouvoirs d'arrêt à étendre à la santé mentale. L'arsenal répressif de l'inspection ne se limite pas à l'écrit : il comporte aussi des outils de suspension immédiate de l'activité, conçus à l'origine pour des atteintes à l'intégrité physique. Ainsi, les agents peuvent demander le retrait d'un salarié mineur affecté à un poste interdit ou constater un risque sérieux d'atteinte à la santé — y compris psychique — et proposer la suspension de son contrat de travail ou de sa convention de stage. Cette faculté, prévue par l'article L. 4731-1 du Code du travail, est un puissant outil d'urgence. Elle reste cependant peu usitée dans le domaine du mal-être au travail.

563. Par ailleurs, dans les cas les plus graves, l'agent peut ordonner un arrêt temporaire de l'activité lorsque le danger est manifeste. Cette mesure, historiquement limitée à la prévention des accidents du travail, pourrait être étendue aux cas de détresse psychique manifeste, afin de prévenir des drames souvent irrémédiables. Une telle évolution supposerait néanmoins une

requalification du périmètre du danger grave et imminent pour y inclure les risques psychosociaux.

Conclusion Titre I

564. L'examen de la souffrance psychique au travail impose de rompre avec une approche fragmentaire ou secondaire du phénomène. En révélant les défaillances d'un système normatif historiquement centré sur les atteintes physiques, la montée du mal-être au travail conduit à interroger les fondements mêmes de la protection de la santé dans l'ordre juridique. Elle engage le droit à se saisir, non seulement des effets pathologiques du travail, mais aussi de ses causes structurelles : organisation dégradée, insécurité contractuelle, perte de sens, injonctions paradoxales, ou encore isolement des collectifs. La pathologie n'est ici ni un aléa individuel, ni un événement exogène : elle est l'expression d'un environnement professionnel pathogène, dont les ressorts sont juridiques autant qu'économiques.

565. Or, le droit du travail peine encore à intégrer pleinement cette réalité. S'il pose des principes généraux de prévention et de sécurité, leur transposition effective aux risques d'ordre psychique demeure lacunaire. La norme reste prisonnière d'une culture juridique de la preuve objectivée, peu compatible avec la nature diffuse, cumulative et subjective de la souffrance mentale. De surcroît, l'absence de définition juridique des troubles psychiques d'origine professionnelle, leur difficile reconnaissance au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles, ainsi que la faible mobilisation des dispositifs de prévention témoignent d'un effacement progressif du droit là où il serait précisément attendu. L'un des apports essentiels de cette thèse est ainsi de montrer que l'organisation du travail échappe encore trop largement à la régulation juridique, alors même qu'elle constitue un facteur central de dégradation de la santé des travailleurs.

566. En analysant les dispositifs existants – institutions représentatives du personnel, médecine du travail, inspection du travail – cette recherche met en évidence un décalage entre les intentions affichées par le législateur et les conditions concrètes de leur effectivité. Les moyens humains, financiers et juridiques sont insuffisants pour faire de ces acteurs les garants d'une prévention effective. L'analyse révèle également un déficit de contrainte normative : les mécanismes de responsabilité sont rares, peu dissuasifs, et souvent détournés de leur vocation préventive. L'architecture du droit de la santé au travail demeure ainsi dominée par une logique

déclarative, voire symbolique, davantage que par une volonté d'effectivité. Ce constat, loin d'être purement technique, appelle une réflexion sur les responsabilités politiques, économiques et juridiques engagées : qui doit assumer les coûts de la souffrance psychique liée au travail ? Et selon quels principes ?

567. En filigrane, cette étude interroge le périmètre du droit de la santé au travail. En l'état, celui-ci semble conçu pour intervenir a posteriori, lorsqu'un dommage est avéré et quantifiable. Il est peu apte à prévenir les déséquilibres systémiques, à réguler la charge mentale, à accompagner les mutations du travail. Cette conception essentiellement curative du droit, combinée à une approche individualisante de la souffrance, entrave la reconnaissance d'un droit subjectif à une organisation du travail non délétère⁷²³. La présente recherche plaide dès lors pour une requalification du droit à la santé dans le champ professionnel : d'un droit passif à ne pas être exposé à un danger grave, vers un droit actif à des conditions de travail soutenables psychiquement⁷²⁴.

568. C'est à cette condition seulement que la protection de la santé au travail pourra cesser d'être subsidiaire et accéder à un véritable statut de norme structurante. Une telle évolution suppose non seulement une réforme normative, mais aussi une évolution des mentalités juridiques : reconnaître que le droit a vocation à encadrer le travail dans sa dimension organisationnelle et psychique, c'est reconnaître qu'il peut en être aussi le garant d'humanité. Ce constat fonde la seconde partie de cette thèse : alors que le droit des arrêts maladie est parfois présenté comme excessivement permissif, il convient de questionner ces critiques à la lumière des carences structurelles révélées ici. La réflexion sur un prétendu « abus » du droit à l'arrêt maladie ne saurait faire l'économie d'une analyse des conditions dans lesquelles ce droit est, en réalité, sollicité.

⁷²³ A. DE QUENGO DE TONQUEDEC, *La prise en compte du facteur humain et organisationnel dans le management des risques professionnels*, Thèse, Paris-Saclay, 2021.

⁷²⁴ M. BLATMAN, S. BOURGEOT, « De l'obligation de sécurité de l'employeur au droit à la santé des salariés », *Droit social*, avril 2006, n° 6, p. 653-661.

Titre II

Un droit conditionné

569. L'absentéisme constitue aujourd'hui une préoccupation majeure pour les entreprises, tant il peut désorganiser la production, fragiliser les collectifs de travail et engendrer des coûts financiers significatifs. Dans ce contexte, l'arrêt de travail pour maladie se retrouve au cœur d'un débat ambivalent : outil légitime de protection de la santé du salarié, il est aussi perçu, parfois, comme un vecteur de désorganisation, voire comme une porte ouverte à des pratiques abusives. Chaque révélation médiatisée d'un « arrêt de complaisance » ⁷²⁵, chaque chiffre soulignant une prétendue surprescription par certains médecins⁷²⁶, ravive le soupçon et nourrit une critique récurrente de la supposée « indulgence » du droit français en la matière.

570. L'analyse révèle un double mouvement. D'un côté, certaines entreprises, conscientes des liens entre santé et performance, investissent dans l'amélioration des conditions de travail afin de prévenir l'absentéisme par le bien-être. De l'autre, un discours critique, parfois virulent, dénonce un régime juridique jugé trop protecteur, encourageant la facilité du retrait temporaire du travail au détriment de la compétitivité. Ce clivage illustre une tension fondamentale : le droit de se retirer du travail pour raison médicale relève-t-il d'une garantie essentielle de la dignité du salarié, ou bien d'un privilège susceptible d'être détourné ?

⁷²⁵ En 2022, une salariée a participé à une émission de télé-réalité au cours d'un arrêt maladie (« « L'amour est dans le pré » : l'arrêt maladie d'une candidate pour le tournage agace son employeur », 18 octobre 2022, europe1.fr) ; de même en 2019, pour une candidate de l'émission Koh-Lanta (« Une fonctionnaire participe à Koh-Lanta pendant son arrêt maladie », 31 octobre 2019, lepoint.fr).

⁷²⁶ « Arrêts maladie : le gouvernement tente de freiner les dépenses, les médecins contestent la méthode », 1^{er} août 2023, lemonde.fr.

571. Face à cette tension, une prise de recul s'impose. Le recours à l'arrêt maladie n'est nullement un droit discrétionnaire du salarié : il est strictement encadré par le droit du travail, le droit de la protection sociale et le droit de la santé publique. Loin de l'image d'un instrument maniable à souhait, il s'agit d'un dispositif conditionné par plusieurs étapes juridiques. Une absence, même causée par une affection réelle, demeure fautive si elle ne respecte pas les formes prévues par la loi. En d'autres termes, le droit ne reconnaît la légitimité du retrait du travail qu'au prix d'une articulation précise entre expertise médicale et formalités administratives.

572. C'est précisément cet encadrement qui mérite une analyse approfondie. En premier lieu, la délivrance d'une prescription médicale constitue le socle du régime : seul un médecin habilité peut attester de l'incapacité du salarié à poursuivre son activité professionnelle (Chapitre I). Mais cette prescription, si nécessaire soit-elle, ne suffit pas. Encore faut-il que le salarié accomplisse un ensemble de formalités administratives permettant d'assurer l'information de l'employeur et le contrôle des organismes sociaux (Chapitre II). Ainsi, la procédure d'arrêt maladie ne se réduit pas à un acte médical : elle est le fruit d'un enchevêtrement de garanties médicales, administratives et juridiques.

573. Ces conditions révèlent toute l'ambivalence du système. Plus les exigences procédurales se multiplient, plus elles semblent protéger l'entreprise et l'assurance sociale contre les risques d'abus. Mais, inversement, elles peuvent dissuader le salarié d'y recourir, même lorsqu'il en aurait un besoin réel. Se dessine alors un paradoxe normatif : le renforcement des garde-fous contre l'absentéisme injustifié risque de transformer le droit à la santé en un droit d'accès difficilement praticable. La réflexion qui s'ouvre ici n'est donc pas seulement technique, elle est politique : il s'agit de déterminer si l'arrêt maladie doit être pensé comme une tolérance conditionnelle ou comme un droit fondamental, et d'évaluer si les conditions actuelles respectent cet équilibre.

Chapitre I

La prescription médicale

574. La condition première du recours à l'arrêt maladie réside dans l'incapacité du salarié à poursuivre son activité professionnelle. Cette incapacité, qui constitue le fondement même de la suspension du contrat de travail, ne saurait être laissée à l'appréciation subjective du salarié. Seul un médecin, en sa qualité de tiers expert, peut constater et attester l'impossibilité temporaire de travailler. Ainsi, le droit positif érige la prescription médicale en pivot du régime de l'arrêt maladie : sans certificat médical, l'absence demeure fautive et dépourvue de protection juridique⁷²⁷.

575. Ce choix normatif procède d'une double logique. D'une part, il confère une garantie de sérieux et d'objectivité au mécanisme : l'arrêt maladie n'est pas l'expression d'une volonté individuelle, mais le résultat d'une expertise médicale fondée sur un examen clinique. D'autre part, il trace une frontière nette entre le pouvoir de direction de l'employeur et l'évaluation de l'état de santé du salarié. L'entreprise, quelle que soit sa perception des faits, ne dispose d'aucune compétence pour apprécier une incapacité de travail. L'autorité médicale s'impose donc comme l'unique légitimation de la suspension du contrat. L'intervention du praticien, son examen, puis la délivrance d'un avis d'arrêt constituent à ce titre la première étape du processus (Section I).

⁷²⁷ À cette fin, chaque salarié a le droit de se rendre à un rendez-vous médical. Il peut s'absenter de son poste si son état de santé requiert une consultation immédiate. Aucune sanction n'est possible sur ce fondement (Cass. Soc., 3 juill. 2001, n°99-41.738, publié : *JCP E*, 2002, n°24, p. 1006, obs. C. Puigelier ; *Droit ouvrier*, 2002, n° 644, p. 180, note C. Rodriguez ; *Dr. Soc.*, 2001, n° 12, p. 1045, note J. Savatier ; Cass. Soc., 2 déc. 2009, n°08-40.156 : *RJS*, 2010, n°2, p. 138). La règle est également applicable aux salariés protégés (CE, 11 avr. 2014, n°366105).

576. Pourtant, cette exigence, aussi protectrice soit-elle, n'est pas exempte de critiques. Les employeurs dénoncent régulièrement les risques d'« arrêts de complaisance », alimentant une suspicion généralisée à l'égard des médecins prescripteurs. Ces derniers seraient trop indulgents, ou insuffisamment armés pour détecter les stratégies de contournement. Mais cette critique doit être relativisée : le cadre juridique de la prescription médicale est étroitement balisé par des obligations déontologiques, dont la méconnaissance engage la responsabilité du praticien. Loin d'être laissée à l'arbitraire médical, la délivrance d'un arrêt de travail s'inscrit donc dans un régime de contrôle et de responsabilité (Section II).

577. Reste que la centralité de la prescription médicale suscite un paradoxe. Elle permet de lutter contre l'absentéisme injustifié en filtrant l'accès au régime de l'arrêt maladie. Mais, inversement, elle peut constituer un obstacle pour des salariés qui auraient besoin d'un arrêt et qui, pour des raisons diverses — difficultés d'accès aux soins, crainte de ne pas être crus, honte liée à des troubles psychiques —, renoncent à consulter. Ainsi, le médecin, censé être un vecteur d'accès au droit, peut devenir un filtre excluant. Le droit positif, en érigeant la prescription médicale en condition sine qua non, opère donc un choix politique implicite : privilégier la lutte contre les abus, quitte à faire peser un risque d'éviction sur les salariés les plus vulnérables.

Section I. Un encadrement technique et juridique du médecin prescripteur

578. Loin d'être un acte de pure convenance, la délivrance d'un arrêt de travail est juridiquement encadrée par des règles précises qui visent à en assurer la légitimité. La présomption de sérieux attachée à la prescription médicale ne découle pas seulement du prestige social de la profession médicale : elle s'ancre dans un dispositif normatif qui limite strictement la compétence des prescripteurs et encadre les modalités de l'acte.

579. D'abord, tous les professionnels de santé ne disposent pas de l'aptitude juridique à prescrire un arrêt de travail. Cette capacité est réservée à certains praticiens, dont la compétence est garantie par une formation validée par des diplômes et par une expérience professionnelle sanctionnée par l'ordre médical. Plus encore, la légitimité de l'acte trouve une assise supplémentaire dans le principe de spécialité : chaque médecin ne peut intervenir que dans le champ pathologique qui relève de son expertise. Autrement dit, l'arrêt maladie n'est valable

que s'il est délivré par un praticien compétent *ratione materiae*, ce qui évite l'arbitraire et renforce la confiance dans le système (I).

579. Ensuite, au-delà de la compétence du prescripteur, c'est l'acte lui-même qui est soumis à un encadrement procédural rigoureux. La prescription d'un arrêt ne peut résulter d'un simple échange téléphonique ou d'une demande informelle. La rencontre physique et l'auscultation sont érigées en garanties minimales, permettant de vérifier la réalité de l'incapacité de travail et d'objectiver la décision. Le respect de ces conditions, loin d'être de simples formalités, participe d'une véritable logique de légitimation : l'arrêt maladie est le produit d'une démarche médicale formalisée, et non l'expression d'un libre arbitre du praticien (II).

580. Ainsi, le droit positif articule deux niveaux d'encadrement : la compétence des médecins habilités et la procédure de délivrance de l'arrêt. Cette double exigence manifeste une volonté claire du législateur : faire de la prescription médicale non pas une simple formalité, mais un acte juridiquement et médicalement fondé, à la fois protecteur du salarié et crédible aux yeux de l'employeur.

I. Des médecins prescripteurs légitimes

581. La légitimité de l'arrêt maladie repose, en premier lieu, sur celle du praticien qui le prescrit. Loin d'être un pouvoir médical généralisé, le droit de prescrire un arrêt de travail est réservé à certains professionnels de santé, dont la compétence est juridiquement encadrée et socialement reconnue. L'exigence de qualification, de spécialité et d'inscription à l'ordre confère à l'acte une crédibilité qui dépasse la seule relation interpersonnelle entre le médecin et son patient : elle engage le système de santé publique et, au-delà, le régime juridique du travail.

582. Dans le champ particulier des troubles psychiques liés à l'activité professionnelle, deux figures médicales occupent une place prépondérante. Le médecin généraliste, souvent premier interlocuteur du salarié en souffrance⁷²⁸, joue un rôle essentiel de repérage et d'orientation⁷²⁹. La consultation, parfois motivée par un motif initial étranger à la santé mentale, devient alors

⁷²⁸ M. RIVIERE, *La souffrance psychique en lien avec le travail vue en consultation de médecine générale. Étude de la prévalence et des facteurs associés*, Thèse, Sorbonne Université, 2018.

⁷²⁹ M. GENEST, *La prise en charge des personnes en souffrance au travail*, Mémoire, Paris Descartes, 2010.

l'occasion d'évoquer le mal-être au travail⁷³⁰ et d'ouvrir la voie à une prescription (A). Le psychiatre, quant à lui, intervient dans un second temps : il consolide le diagnostic, propose un traitement adapté et, le cas échéant, prescrit un arrêt de travail (B). Autour de ce noyau dur, d'autres spécialistes peuvent intervenir de manière marginale (C), leurs prescriptions étant cependant plus circonstanciées que structurelles.

583. Cette diversité d'intervenants ne doit pas masquer l'existence de conditions juridiques strictes. La compétence du médecin ne se réduit pas à son diplôme : elle suppose également son inscription effective à l'ordre, condition sine qua non de la validité de ses prescriptions. Un praticien radié ou suspendu se voit retirer la capacité de délivrer un arrêt de travail, l'acte étant alors dépourvu de toute valeur juridique. En outre, le régime distingue la délivrance initiale de l'arrêt et sa prolongation, cette dernière obéissant à des règles spécifiques de compétence (D).

584. La légitimité du prescripteur constitue donc un premier rempart contre les soupçons d'abus : en encadrant l'identité et la compétence des médecins autorisés, le droit organise une sélection qui conditionne la validité même de l'arrêt maladie. Loin de conférer un pouvoir illimité au corps médical, il en circonscrit l'exercice afin de préserver l'équilibre entre protection du salarié et sécurité du système.

A. Le rôle prépondérant du médecin généraliste

585. Une accessibilité décisive. Le médecin généraliste occupe une place centrale dans la prescription d'arrêts de travail⁷³¹, d'abord en raison de son accessibilité. Premier point de contact avec le système de santé, il constitue l'interlocuteur naturel des salariés, toutes pathologies confondues. La proximité géographique – la quasi-totalité des Français résidant à moins de quinze minutes d'un cabinet de médecine générale^{732 733} – et la rapidité de l'accès – deux jours en moyenne d'attente pour un rendez-vous⁷³⁴ – expliquent cette primauté.

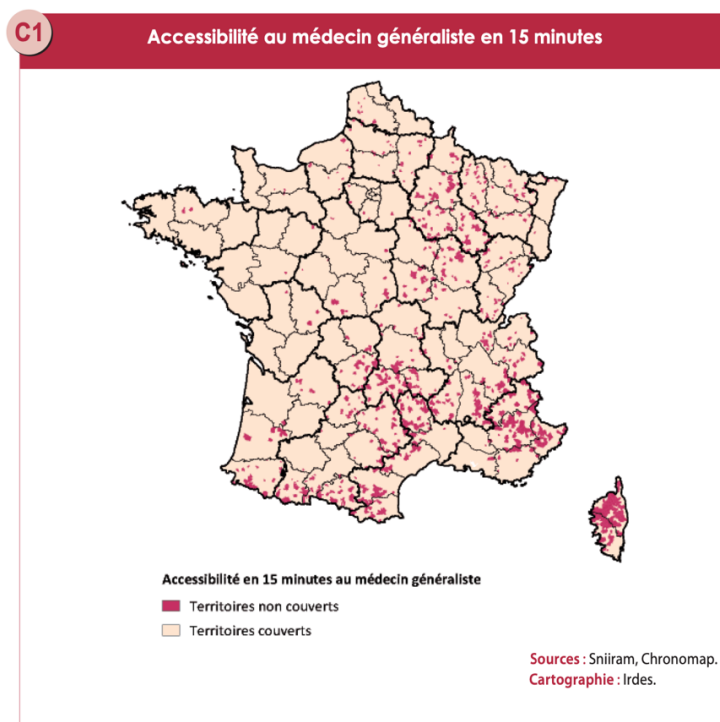
⁷³⁰ Ch. NIVON, L. FONTANA et C. PELISSIER, « *Souffrance morale au travail et consultation en médecine générale* », communication présentée au 35^e Congrès national de médecine et santé au travail, Marseille, juin 2018, p. 437.

⁷³¹ C. DEBERSIN, *Enquête régionale sur la prescription des arrêts de travail par les médecins généralistes*, Thèse, Lille II, 2017.

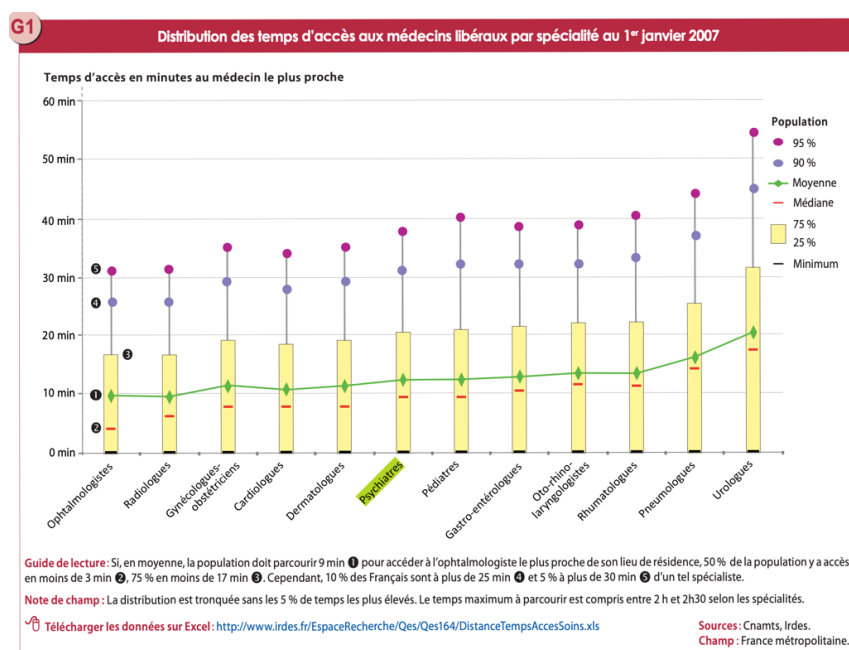
⁷³² M. COLDEFY, L. COM-RUELLE, V. LUCAS-GABRIELLI, « Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine », *Études et résultats*, DREES, juin 2011, n° 764.

⁷³³ Distance calculée via le réseau routier.

⁷³⁴ DREES, « Enquête sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins 2016-2017 », *Études & résultats*, octobre 2018, n°1085.



586. La comparaison avec le psychiatre est édifiante : 10 % de la population vit à plus de 35 minutes d'un cabinet spécialisé, sans garantie d'acceptation de nouveaux patients ni de disponibilité immédiate. Ce différentiel d'accessibilité⁷³⁵ contribue mécaniquement à faire du généraliste le prescripteur initial d'arrêts de travail, en particulier dans les situations d'urgence psychique.



⁷³⁵ D. CARNOT, *L'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours*, Thèse, Lille II, 2019.

587. Un filtre institutionnel. La prépondérance du généraliste ne résulte pas seulement de considérations pratiques ; elle s'enracine également dans le droit positif. Les règles du parcours de soins coordonnés imposent, pour une prise en charge optimale par l'assurance maladie, que le médecin traitant soit le premier consulté⁷³⁶. Il revient ainsi au généraliste d'initier la chaîne de soins, d'établir un premier diagnostic et d'orienter, le cas échéant, vers un spécialiste. La dimension institutionnelle de son rôle en fait un acteur-clé de la légitimation des arrêts maladie. Son intervention ne relève pas d'un simple choix individuel du patient : elle est organisée par le droit, ce qui confère à l'arrêt qu'il prescrit une présomption renforcée de validité.

588. Une relation de confiance structurante. L'autorité du médecin généraliste tient aussi à la qualité de la relation entretenue avec ses patients. Médecin de famille dans bien des cas, il connaît leurs antécédents, leur environnement et leurs contraintes socio-professionnelles. La relation de confiance qui se noue au fil des années confère une valeur singulière à son appréciation⁷³⁷. Dans le domaine des troubles psychiques, où la honte, la peur du jugement ou le déni freinent l'expression de la souffrance, ce climat de confiance est décisif⁷³⁸ : le salarié, davantage enclin à se confier, reçoit aussi plus facilement le conseil d'un praticien qu'il estime et connaît.

589. Une expertise clinique transversale. La légitimité du généraliste est également fondée sur une expertise médicale solide. Son cursus – neuf années d'études, dont trois consacrées à l'internat⁷³⁹ – et la diversité de ses stages lui confèrent une compétence large, quoique non spécialisée. Cette polyvalence permet un premier diagnostic pertinent et l'élaboration d'un plan de traitement adapté, incluant, le cas échéant, la prescription d'un arrêt de travail⁷⁴⁰. L'approche clinique est systématique : auscultation, diagnostic, orientation. Le généraliste n'a pas vocation à se substituer au spécialiste, mais il constitue un passage obligé dont la compétence, quoique transversale, assure une cohérence au parcours de soins.

⁷³⁶ Pour bénéficier d'une prise en charge des frais de soins, chaque patient doit suivre les règles du parcours soin. Pour cela, la première étape est de consulter son médecin traitant. C'est à lui que revient le choix d'orienter ou non son patient vers un spécialiste.

⁷³⁷ M. DA SILVA, *Souffrance au travail : comment le médecin généraliste et le patient coopèrent-ils pour répondre à ce problème complexe ?*, Thèse, Clermont Auvergne, 2017.

⁷³⁸ M. GENEST, *op. cit.*

⁷³⁹ CSP, Art. L.4111-1 ; CSP, Art. L.4131-1.

⁷⁴⁰ C. BEGUE, *Prise en charge des problématiques de santé au travail par le médecin généraliste*, Thèse, Angers, 2023.

590. Le rôle du généraliste ne s'arrête pas à la délivrance de l'arrêt : il s'étend à la préparation du retour au travail⁷⁴¹. Juge de l'aptitude ou de l'inaptitude, il peut faciliter une reprise aménagée – mi-temps thérapeutique, télétravail – en orientant le salarié vers la médecine du travail⁷⁴². Ce rôle d'interface entre le salarié, l'employeur et l'institution de santé⁷⁴³ contribue à la prévention de rechutes et favorise la réintégration professionnelle, participant ainsi à la finalité sociale de l'arrêt maladie.

591. Une légitimité fragilisée. Si le médecin généraliste délivre la majorité des arrêts de travail (près de 85 % en 2002)⁷⁴⁴, cette position centrale le rend aussi plus exposé aux contestations. Celles-ci ne visent pas tant sa compétence que certaines pratiques marginales de « nomadisme médical » : des patients multiplient les consultations, espérant obtenir auprès d'un autre praticien l'arrêt refusé par le premier. Ce phénomène, bien que minoritaire, alimente les soupçons d'abus, non imputables au généraliste mais susceptibles d'affaiblir la confiance accordée à ses prescriptions. La question se pose alors moins en termes de légitimité médicale que de régulation juridique des comportements opportunistes.

B. L'émergence croissante du psychiatre

592. L'explosion des consultations liées au travail. La montée en puissance du psychiatre dans la prise en charge des pathologies professionnelles tient à un phénomène désormais bien documenté : l'explosion des consultations pour souffrance au travail. L'enquête de 2016 « *Souffrance psychique au travail : rôle des psychiatres libéraux* »⁷⁴⁵ relève que, depuis une dizaine d'années, et plus encore au cours des cinq dernières, les patients sollicitent de plus en plus ces spécialistes. La raison en est simple : la seule approche médicamenteuse, centrée sur l'atténuation de l'angoisse ou de l'anxiété, ne suffit pas toujours. Elle peut amortir la douleur psychique mais n'en traite pas la source. La prise en charge du trouble suppose, au-delà de la chimie, un accompagnement spécifique et approfondi, dont le psychiatre est le garant.

⁷⁴¹ M. DA SILVA, *op. cit.*

⁷⁴² J-P. VALLEE, P. GALLOIS, Y. LE NOC, « Souffrance au travail : que peut faire le médecin ? », *Des données pour décider en médecine générale*, janvier 2014, p. 21-26.

⁷⁴³ C. BEGUE, *op. cit.*

⁷⁴⁴ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé, « Arrêts maladie : état des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques », septembre 2004.

⁷⁴⁵ F. CHEVALIER, S. ROUGEVIN-BAVILLE, V. PONT, F. NOGUES, *op. cit.*

593. Un spécialiste au cours de la santé mentale. Le psychiatre est le médecin spécialiste des troubles mentaux et psychologiques, qu'ils soient liés ou non à l'univers professionnel⁷⁴⁶. Sa formation, longue de dix années, confère à son expertise une densité particulière. Si son champ de compétences déborde largement les problématiques de travail, celles-ci représentent un enjeu majeur : 76 % des psychiatres considèrent le binôme « santé mentale et entreprises » comme une préoccupation prioritaire⁷⁴⁷. Leur mission première est d'établir un diagnostic, de proposer un traitement et d'assurer, si nécessaire, un accompagnement préventif. L'arrêt maladie s'inscrit alors dans une logique thérapeutique : mettre le salarié en sécurité en l'éloignant temporairement d'un environnement pathogène. L'intervention du psychiatre peut s'effectuer dans des cadres divers – cabinet libéral, hôpital public, institutions privées – mais répond à une même finalité : stabiliser l'état du patient en neutralisant le facteur déclencheur.

594. Une diversité des approches thérapeutiques. La prise en charge psychiatrique ne se réduit pas à la prescription de médicaments⁷⁴⁸. Les praticiens mobilisent une pluralité de démarches, adaptées au profil et à la pathologie du patient. Trois approches principales sont identifiées. La première, psychologique classique, vise à apaiser la culpabilité et restaurer l'estime de soi. La deuxième, cognitivo-comportementale, agit sur le stress et sur l'organisation des rythmes de travail, par des exercices ciblés sur les schémas de pensée et les réactions anxieuses. Enfin, la clinique du travail replace la souffrance dans son contexte professionnel, en mettant en corrélation l'organisation du travail et la dégradation de l'état de santé. Afin d'harmoniser les pratiques, un cahier des charges a été établi par le Groupe « Santé mentale », qui définit les contours du rôle du psychiatre libéral dans le traitement de la souffrance au travail et propose des modalités d'intervention coordonnées⁷⁴⁹.

595. Une légitimité à discuter. Les arrêts de travail prescrits par les psychiatres sont, en pratique, moins contestés que ceux délivrés par les généralistes. Cette moindre contestation tient sans doute à la double spécialisation du psychiatre : expertise médicale et connaissance approfondie des pathologies psychiques. Pourtant, plusieurs limites éthiques et systémiques

⁷⁴⁶ Institut national du cancer, site : e-cancer.fr/dictionnaire/P/psychiatre (consulté le 22 septembre 2023).

⁷⁴⁷ F. CHEVALIER, S. ROUGEVIN-BAVILLE, V. PONT, F. NOGUES, *op. cit.*, p. 21.

⁷⁴⁸ E. DURAND, « Médicaments psychotropes et travail. Médicaments antidépresseurs », *INRS*, Dossier médico-technique, 2007, n° 112, p. 487-507.

⁷⁴⁹ Les objectifs sont multiples : « préciser le positionnement et le rôle du psychiatre libéral dans les prises en charge de la souffrance au travail » ou encore « approfondir la notion de prise en charge de la souffrance au travail par le psychiatre libéral : qualifier les demandes des patients, recenser les modalités de prise en charge et réponse des psychiatres libéraux, (puis) identifier les problématiques liées à ces prises en charge ».

apparaissent, soulignées par l'enquête de 2016. L'arrêt maladie peut produire des effets ambivalents : au lieu de soulager, il risque parfois d'accentuer le sentiment de victimisation. Il devient alors moins une mesure de soin qu'un outil de prévention ou de protection sociale, utilisé pour maintenir le salarié à distance d'un environnement délétère. Dans certains cas, l'arrêt n'est pas motivé par une incapacité médicale mais par l'absence d'alternative institutionnelle, en particulier lorsque l'entreprise refuse la voie de la rupture conventionnelle. Le salarié, prisonnier d'une situation insoutenable, se trouve contraint d'être « extrait » par le biais d'un arrêt, parfois prolongé, alors même qu'il demeurerait apte à exercer ailleurs.

596. Cette utilisation détournée pose une question fondamentale : qui doit supporter le coût de ces arrêts de longue durée ? L'assurance maladie est sollicitée pour pallier les insuffisances du droit du travail et compenser l'inertie des entreprises. Ce glissement interroge la finalité même de l'arrêt maladie : est-il un instrument thérapeutique, une mesure de prévention, ou un mécanisme social de gestion des conflits du travail ? En brouillant les frontières entre médical et social, entre soin et régulation du marché de l'emploi, l'intervention du psychiatre révèle les tensions profondes qui traversent la prescription d'arrêts pour souffrance psychique au travail.

C. La place des autres spécialistes

597. Une compétence encadrée et subsidiaire. La faculté de prescrire un arrêt de travail ne se limite pas aux seuls généralistes ou psychiatres : de nombreux spécialistes – chirurgiens, gynécologues, dermatologues, rhumatologues, voire chirurgiens-dentistes – en disposent également. Cette compétence est toutefois circonscrite : elle ne peut être exercée qu'en lien avec la pathologie relevant de leur domaine. Ainsi, un chirurgien est habilité à prescrire un arrêt post-opératoire ou consécutif à une infection liée à son intervention. Rares sont donc les spécialistes appelés à prescrire pour des troubles psychiques liés au travail. Dans une telle hypothèse, le risque de contestation s'accroît, car la légitimité du praticien à établir le lien entre pathologie mentale et contexte professionnel est plus facilement mise en cause. L'arrêt pourrait alors être qualifié de « complaisance », exposant le médecin à un risque disciplinaire ou contentieux.

598. Les arrêts prescrits par ces spécialistes demeurent quantitativement faibles et, dans l'ensemble, peu contestés. L'explication tient à la nature même des pathologies traitées : soit elles ne requièrent pas d'interruption de travail, soit leur gravité physique les rend indiscutables. L'exemple paradigmatique est celui du chirurgien, dont les arrêts suivent presque

exclusivement une opération ou une complication post-opératoire. Dans tous les autres cas, le patient est orienté vers son généraliste. Cette orientation traduit une frontière implicite des compétences médicales : un orthopédiste « répare des os », il n'explore ni la sphère psychique ni les conditions de travail. Prescrire un arrêt pour souffrance psychique pourrait être jugé incongru, sinon illégitime. En pratique, certains spécialistes renoncent ainsi à tout acte de prescription, renvoyant systématiquement leurs patients vers leur médecin traitant.

599. Un nécessaire élargissement de la perspective. Cette posture suscite néanmoins débat. Les spécialistes ne sauraient ignorer la dimension psychique de leurs interventions. Toute opération chirurgicale, tout acte médical lourd, peut induire une souffrance psychologique durable, parfois équivalente à une pathologie psychiatrique. Une interruption volontaire de grossesse illustre parfaitement cette ambivalence : si elle comporte des risques physiques immédiats, elle peut aussi générer une détresse psychique profonde. Plus largement, il n'est pas rare qu'un patient arrive en consultation spécialisé déjà fragilisé psychologiquement, parfois du fait de son environnement professionnel. Dans ces situations, limiter l'intervention du spécialiste à sa sphère technique et différer la prescription d'un arrêt de travail au généraliste peut se révéler contre-productif. Cela entraîne un surcoût pour la sécurité sociale (double remboursement), aggrave l'engorgement des cabinets de ville et, surtout, retarde la mise en sécurité du salarié. Or, les spécialistes disposent des compétences médicales requises pour initier ou prolonger un arrêt, dès lors que l'état du patient le justifie.

600. Enfin, il convient de rappeler que la souffrance psychique d'origine professionnelle ne s'exprime pas toujours directement : elle peut se traduire par des pathologies somatiques, nécessitant l'intervention d'un spécialiste. Les troubles musculosquelettiques, les maladies cardio-vasculaires, la fatigue chronique ou encore les douleurs diffuses en constituent des manifestations typiques⁷⁵⁰. Dans ces hypothèses, l'arrêt prescrit par le spécialiste trouve son fondement dans la pathologie physique, mais celle-ci est indissociable du mal-être psychique initial. Le travail, en ce sens, agit comme un facteur pathogène « caché » qui irrigue l'ensemble de la symptomatologie. L'arrêt de travail, même prescrit par un spécialiste en apparence éloigné de la sphère mentale, reste ainsi connecté à la souffrance psychique au travail.

601. En définitive, l'ensemble des médecins diplômés et inscrits à l'Ordre peuvent prescrire un arrêt de travail. Mais si la compétence de principe est large, la pratique révèle un

⁷⁵⁰ Cf: B. Les atteintes physiques, I., Section II, Chapitre I, Titre I, Partie I, p. 104.

cloisonnement fonctionnel : seuls certains praticiens – généralistes et psychiatres – assument pleinement ce rôle face aux pathologies psychiques professionnelles, tandis que les autres spécialistes demeurent cantonnés à un rôle marginal ou subsidiaire. La question se pose alors de la cohérence du système : faut-il encourager ces derniers à assumer davantage cette mission, ou maintenir une spécialisation implicite autour du duo généraliste-psychiatre, quitte à renforcer les lourdeurs procédurales et le coût social ?

D. La gestion des prolongations

602. Une compétence strictement encadrée. La prolongation d'un arrêt de travail est réservée au médecin prescripteur initial et au médecin traitant⁷⁵¹. Tous les praticiens ne disposent donc pas de cette faculté : la règle est d'interprétation stricte. Elle vise à prévenir tout « nomadisme médical », pratique par laquelle un assuré multiplierait les consultations afin d'obtenir la prolongation d'un arrêt. Les motivations de tels comportements peuvent être variées – percevoir indûment des indemnités journalières, se soustraire au travail, ou encore bénéficier du régime protecteur attaché à la suspension du contrat – mais leur point commun est de fragiliser l'équilibre du système. En imposant que seul le médecin initial ou le médecin traitant puisse décider de la poursuite de l'arrêt, le législateur oppose une barrière procédurale aux détournements. Le salarié qui essuie un refus de prolongation ne peut contourner la règle : s'il sollicite un autre praticien, celui-ci devra établir non pas une prolongation, mais un nouvel arrêt. Cette différence emporte une conséquence dissuasive majeure : un nouveau délai de carence est ouvert, privant temporairement le salarié d'indemnisation. La perte financière ainsi encourue joue le rôle de garde-fou contre les abus.

603. Des exceptions limitées et justifiées. Le décret du 13 décembre 2004 a prévu trois hypothèses dans lesquelles un tiers à la prescription initiale peut exceptionnellement assurer la prolongation⁷⁵². La première vise le spécialiste consulté à la demande du médecin traitant : lorsque ce dernier adresse son patient à un psychiatre ou à tout autre praticien de recours, celui-ci peut, dans le cadre de sa consultation, prolonger l'arrêt déjà ouvert. La deuxième concerne le médecin remplaçant du praticien initial, solution de bon sens pour garantir la continuité des soins. Enfin, la troisième exception intervient dans le cadre d'une hospitalisation, où le suivi

⁷⁵¹ CSS, Art. L.162-4-4.

⁷⁵² CSS, Art. R.162-1-9-1.

médical implique nécessairement un autre prescripteur⁷⁵³. Dans ces trois cas, l'assuré doit indiquer expressément la raison pour laquelle la prolongation ne provient pas du prescripteur initial ni du médecin traitant. À défaut, l'indemnisation est suspendue⁷⁵⁴.

604. Hors de ces hypothèses, l'assuré peut encore invoquer l'« impossibilité » pour les praticiens compétents de prescrire la prolongation, mais la charge de la preuve lui incombe, et elle doit être rapportée par tout moyen à la demande de la caisse. L'étroitesse de ces exceptions, ainsi que le contrôle rigoureux de leur mise en œuvre, réduit considérablement le risque d'abus.

605. La compétence du praticien constitue ainsi la première exigence attachée à la validité d'un arrêt de travail, qu'il s'agisse de son établissement initial ou de sa prolongation. Sa méconnaissance emporte la nullité du certificat et, par voie de conséquence, prive le salarié de toute indemnisation au titre de la sécurité sociale. Cette règle traduit un double impératif : garantir la cohérence et la continuité du suivi médical, tout en préservant l'équilibre financier du régime face au risque de dérives opportunistes. Mais l'exigence tenant à l'identité du prescripteur ne constitue que l'un des aspects du contrôle juridique de l'arrêt de travail. Encore faut-il que l'arrêt soit objectivement justifié par un état de santé constaté et qu'il s'inscrive dans les limites de la liberté thérapeutique reconnue au médecin. C'est donc à l'examen de ces conditions substantielles, relatives à la constatation clinique et au cadre de la prescription, qu'il convient désormais de s'attacher.

II. Un acte médical structuré

606. La seule qualité de médecin diplômé et habilité à exercer ne suffit pas à conférer une liberté totale dans la délivrance d'un arrêt de travail. La prescription obéit à un cadre juridique et déontologique précis, qui limite le pouvoir du praticien et soumet son intervention à des exigences substantielles. À défaut, l'arrêt encourt la contestation, voire la requalification en arrêt de complaisance, portant atteinte à la fois à la crédibilité de l'acte médical et à l'équilibre du système d'indemnisation.

607. Encore faut-il, en amont de toute décision, que le praticien procède à une constatation clinique effective de l'état du patient et établisse un diagnostic motivant, le cas échéant, la mise à l'écart temporaire de l'activité professionnelle (A). Mais même lorsqu'il conclut à la nécessité

⁷⁵³ CSS, Art. R.162-1-9-1, issu du décret n°2004-1448 du 23 déc. 2004 relatif à l'indemnisation des prolongations d'arrêts de travail et modifiant le code de la sécurité sociale.

⁷⁵⁴ CSS, Art. L.162-4-4.

d'un arrêt, sa liberté de prescription demeure encadrée : il lui appartient de choisir parmi les solutions thérapeutiques disponibles celle qui répond le mieux à la situation individuelle du salarié, sans excéder le cadre normatif qui régit sa mission (B). C'est dans cette articulation entre rigueur clinique et latitude mesurée que se déploie la légitimité de l'arrêt médicalement prescrit.

A. La phase initiale de constatation clinique

608. Le principe de la constatation personnelle. La prescription d'un arrêt de travail repose sur un préalable incontournable : « *Le médecin ne doit certifier que ce qu'il a lui-même constaté.* »⁷⁵⁵. L'article R.4127-76 du Code de la santé publique, qui transpose une règle déontologique ancienne, précise que le praticien ne peut établir de certificats qu'« *en fonction des constatations médicales qu'il est en mesure de faire* », excluant ainsi toute certification fondée sur les seuls dires du patient ou d'un tiers. L'Ordre des médecins, dans ses recommandations, rappelle que « *Le médecin ne doit certifier que ce qu'il a lui-même constaté. (...) Si le certificat rapporte les dires de l'intéressé ou d'un tiers, le médecin doit s'exprimer sur le mode conditionnel et avec la plus grande circonspection ; le rôle du médecin est en effet d'établir des constatations médicales, non de recueillir des attestations ou des témoignages et moins encore de les reprendre à son compte.* »⁷⁵⁶. Le rôle du praticien n'est pas de recueillir des témoignages mais de traduire, dans un langage médical, des observations objectives. La méconnaissance de cette exigence vicia la prescription et expose le professionnel à des sanctions disciplinaires et civiles⁷⁵⁷.

609. Cette obligation répond à une double finalité. D'un côté, elle garantit la pertinence thérapeutique de l'arrêt, lequel ne doit intervenir qu'en présence d'éléments objectifs justifiant une incapacité de travail. De l'autre, elle protège le système d'assurance maladie contre les dérives opportunistes. Elle institue ainsi une barrière entre la subjectivité du patient et l'objectivation médicale, le praticien étant le seul habilité à traduire les plaintes en diagnostic. Mais cette responsabilité s'accompagne de risques : une constatation insuffisante engage la responsabilité professionnelle du médecin, dont l'acte peut être requalifié en arrêt de

⁷⁵⁵ Conseil national de l'Ordre des médecins, commentaire relatif à l'article 28 du code de déontologie : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-28-certificat-de-complaisance-252>.

⁷⁵⁶ *Ibid.*

⁷⁵⁷ Ordre des médecins du Centre, Ch. Disc 1^{ère} instance, décision n°228, 16 janv. 2014.

complaisance. La règle participe donc d'un mécanisme de responsabilisation du prescripteur, au service de la sécurité juridique et de la soutenabilité financière du régime.

610. Les limites de l'objectivation. L'exigence de constatation rencontre néanmoins ses limites face aux troubles psychiques. Les symptômes sont rarement visibles et échappent aux critères classiques de l'examen médical⁷⁵⁸. En pratique, le médecin doit souvent se contenter d'indices indirects – perte de poids, modification du comportement – qui ne reflètent qu'imparfaitement la souffrance réelle du patient. Le principe de constatation, conçu pour des pathologies somatiques objectivables, se révèle donc moins opérant lorsqu'il s'agit de santé mentale. Cette tension interroge la capacité du droit à intégrer la spécificité des troubles invisibles.

611. Le problème est aggravé par la temporalité de la consultation. Certains symptômes intenses – crise d'angoisse réactionnelle, choc post-traumatique immédiat – ne sont observables que dans un laps de temps restreint. Lorsque le salarié ne consulte qu'avec délai, les signes perceptibles sont atténués. Le médecin ne peut alors se fonder que sur le récit subjectif, ce qui fragilise l'arrêt au regard des exigences déontologiques. Cette difficulté structurelle traduit une contradiction : la règle vise l'objectivation, mais les réalités cliniques rendent parfois l'objectivité inaccessible.

612. À ces limites intrinsèques s'ajoutent des contraintes d'accessibilité. Dans un contexte de désertification médicale, de nombreux salariés peinent à obtenir une consultation rapide. Or, pour certaines pathologies, notamment psychiatriques, l'éloignement ou le délai d'attente annihile la possibilité d'un constat pertinent et immédiat. La règle déontologique, pensée dans un cadre d'accès effectif aux soins, se heurte ainsi aux inégalités territoriales et au renoncement aux soins qu'elles engendrent.

613. Entre 6 et 8 millions de français vivent dans une zone considérée comme un désert médical. Trop peu de médecins y exercent proportionnellement au nombre d'habitants. 8 % de la population a une accessibilité aux médecins inférieure au seuil défini de 2,5 consultations par an et par habitant. Cela représente 5,2 millions de personnes⁷⁵⁹. Les écarts de densité médicale

⁷⁵⁸ L'auscultation est une « *technique diagnostic consistant à écouter les bruits produits par les organes à l'aide d'un stéthoscope* » selon la définition du dictionnaire Larousse (larousse.fr, consulté le 16 oct. 2023). L'examen est réalisé grâce à l'usage d'un stéthoscope (Dictionnaire-medical.fr, consulté le 16 oct. 2023.).

⁷⁵⁹ H. MAUREY, J-F. LONGEOT, *Déserts médicaux : l'État doit enfin prendre des mesures courageuses !*, Rapport d'information n° 282 (2019-2020), Sénat, 29 janvier 2020, 85 pages.

ont des conséquences directes sur les délais d'attente pour accéder à un médecin : ils sont en hausse. Selon une étude de la DRESS d'octobre 2018, pour les médecins généralistes, « 6 jours s'écoulent en moyenne entre la prise de contact et le rendez-vous, tous motifs de demande confondus (symptômes, suivi régulier, renouvellement d'une ordonnance) »⁷⁶⁰. Le délai est de onze jours minimum pour 10 % des demandes ! L'arrêt rapide du travail est ainsi bien souvent impossible.

DÉLAI D'ATTENTE SELON LE PROFESSIONNEL CONTACTÉ

TABLEAU 1
Délai d'attente selon le professionnel contacté

En nombre de jours

	Moyenne	Premier décile	Premier quartile	Médiane	Troisième quartile	Dernier décile
Médecins généralistes	6	0	0	2	5	11
Médecins spécialistes						
Cardiologue	50	7	17	37	66	104
Dermatologue	61	6	20	50	92	126
Gynécologue	44	5	14	32	58	93
Ophthalmologiste	80	4	20	52	112	189
Pédiatre	22	0	0	8	34	64
Radiologue	21	1	4	11	27	48
Rhumatologue	45	3	13	31	59	96
Autre professionnel de santé						
Chirurgien-dentiste	28	2	7	17	37	67

Note • Les effectifs sont pondérés.
Lecture • En moyenne, chez les médecins généralistes, il s'écoule 6 jours entre la prise de contact et le rendez-vous. 25 % des prises de contact aboutissent à un rendez-vous dans la journée, 50 % en 2 jours ou moins et 50 % en plus de 2 jours ; 10 % des demandes se concluent par un rendez-vous dans un délai d'au moins 11 jours.
Champ • Personnes âgées de 20 à 71 ans en 2016, affiliées au régime général de la Sécurité sociale ou à une section locale mutualiste, France métropolitaine.
Source • DREES, enquête sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins 2016-2017, résultats provisoires.

Source : DRESS, 2018

614. Conséquences et alternatives. Les données statistiques confirment l'ampleur du phénomène : près d'un tiers des assurés renoncent à consulter lorsqu'ils en auraient besoin, et l'automédication progresse en conséquence⁷⁶¹. Plusieurs initiatives ont été lancées⁷⁶² mais elles n'ont pas permis d'endiguer ce phénomène. Cette réalité révèle un paradoxe : le droit impose un constat médical préalable à la délivrance de l'arrêt, mais l'organisation du système de santé rend ce constat inaccessible pour une part significative de la population active. Le risque est

⁷⁶⁰ DRESS, *Les délais d'attente en matière d'accès aux soins 2016-2017*, enquête, octobre 2018. Face à l'impossibilité de consulter le médecin souhaité, 56 % des français s'orientent vers un autre professionnel, mais, surtout, 32 % renoncent à leur demande selon la DREES. L'étude a été menée auprès de 71 caisses primaires d'assurance maladie par l'Observatoire des non-recours aux droits et aux services : plus d'un quart des assurés interrogés sont concernés par des situations de renoncement aux soins (> 25 % des assurés).

⁷⁶¹ Observatoire des non-recours aux droits et services.

⁷⁶² La plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDAS) a été lancée à Paris et dans plusieurs départements, notamment dans l'Eure, en avril 2018 à la suite d'une première expérimentation dans le Gard en 2014.

alors de priver certains salariés de la protection attachée à l'arrêt de travail, en contradiction avec l'objectif de santé publique poursuivi par le dispositif.

615. Pour surmonter ces difficultés, deux pistes apparaissent. La première tient à la télémédecine⁷⁶³, dont le développement, accéléré par la crise sanitaire liée à la Covid-19, a montré l'efficacité pour désengorger les structures⁷⁶⁴ et assurer une prise en charge rapide. Son essor demeure freiné par des obstacles matériels et culturels, mais elle constitue une solution prometteuse, en particulier pour les pathologies psychiques. La seconde réside dans l'assouplissement du formalisme médical, à l'image du système britannique qui dispense d'attestation médicale les sept premiers jours d'arrêt, limitant ainsi l'encombrement des cabinets et reconnaissant une part d'autonomie au salarié. Ces comparaisons invitent à réfléchir à une adaptation du droit français, où la rigidité actuelle ne garantit ni l'accès équitable à la protection, ni une efficacité optimale du contrôle.

B. Une marge de liberté dans la prescription encadrée

616. Un praticien compétent, après avoir constaté la pathologie, n'est pas libre de prescrire à sa convenance⁷⁶⁵. L'arrêt de travail s'inscrit dans un régime strictement normé, où la liberté médicale demeure relative et constamment tempérée par des règles de forme et de fond.

617. Les exigences de forme. La première série de contraintes tient aux conditions formelles de l'arrêt de travail. Afin de produire effet, la prescription doit impérativement être établie sur le formulaire « Avis d'arrêt de travail » (CERFA n°10170*05, notice n°50069#05⁷⁶⁶). Ce formalisme, loin d'être accessoire, conditionne l'accès aux prestations sociales : un arrêt rédigé sur une simple ordonnance est nul.

618. La présence de trois volets – deux destinés au service médical, le troisième à l'employeur – illustre la logique duale de l'instrument : d'une part, la protection sociale, d'autre part, l'information de l'entreprise. Le droit positif ajoute des exigences de lisibilité, de langue

⁷⁶³ Une téléconsultation est une « consultation réalisée par un médecin (généraliste ou de toute autre spécialité médicale), à distance d'un patient (...) » (Ameli.fr).

⁷⁶⁴ E. CHAVDA, *Évaluation selon le modèle MAST du dispositif de téléconsultations post-urgences TELE-SCOPE aux urgences adultes de l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille*, Thèse, Lille, 2021.

⁷⁶⁵ T. TAURAN, « Les certificats médicaux en droit de la sécurité sociale », *Revue de droit sanitaire et social*, novembre 2011, n°6, p. 1122-1135.

⁷⁶⁶ Arrêté du 28 févr. 2014 fixant le modèle du formulaire « avis d'arrêt de travail ». Il est mis à disposition des médecins par les organismes d'assurance maladie et est téléchargeable via leur site. Le formulaire peut également être obtenu sur les sites www.ameli.fr et www.service-public.fr.

et d'identification du praticien⁷⁶⁷. Ce formalisme, parfois jugé excessif, constitue en réalité une garantie d'authenticité et de sécurité juridique, en évitant la prolifération de certificats irréguliers.

619. Une réforme récente renforçant la sécurisation. Depuis le 1^{er} juillet 2025, le Décret n° 2025-587 du 28 juin 2025 relatif à la transmission des avis d'arrêt de travail a instauré de nouvelles obligations pour les formulaires papier d'arrêt maladie. Pour que l'arrêt produise effet et ouvre droit aux prestations sociales, le salarié doit désormais être en possession d'un formulaire sécurisé par sept points d'authentification (hologramme, encre magnétique, filigrane, etc.). Une période de tolérance de deux mois (juillet-août 2025) a été prévue pour permettre la transition.

620. Cette obligation de formulaire sécurisé a été intégrée dans le Code de la sécurité sociale, à l'article R.321-2, qui dispose désormais :

« L'avis est établi par le professionnel de santé au moyen d'un formulaire, mentionné à l'article L. 321-2, mis à sa disposition par la caisse primaire d'assurance maladie. Ce formulaire répond, conformément à un modèle approuvé par le ministre chargé de la sécurité sociale, à des spécifications techniques qui en permettent l'authentification. »

Cette précision est nouvelle : auparavant, la loi ne conditionnait pas le versement des indemnités journalières à l'usage d'un formulaire sécurisé, ce qui marque un renforcement substantiel du contrôle administratif. L'objectif affiché de la réforme est de lutter contre les faux arrêts, mais elle illustre également une tendance récurrente du législateur : considérer le salarié comme potentiellement frauduleux, justifiant des mesures de contrôle de plus en plus strictes. En pratique, cette multiplication des formalismes a pour effet de complexifier l'accès aux droits et de placer le salarié dans une situation où le respect strict de la procédure devient une condition préalable à toute indemnisation.

621. Concrètement, si le médecin utilise encore un ancien formulaire, la CPAM rejette le document. Le salarié est informé du rejet et doit retourner consulter son praticien pour obtenir un nouveau formulaire. Tant qu'il ne le fait pas, il reste privé d'indemnisation. Cette évolution réglementaire souligne la tension persistante entre sécurisation des prestations sociales et

⁷⁶⁷ CSP, Art. R.4127-76 : « (...) Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci ».

accessibilité aux droits du salarié, traduisant un renforcement du contrôle administratif au détriment de la fluidité du parcours de soin et de l'autonomie des praticiens.

622. Les exigences de fond. Au-delà du formalisme, les conditions de fond limitent davantage encore l'autonomie du médecin prescripteur. Trois éléments se révèlent centraux et, partant, susceptibles de contestation : le motif de l'arrêt, sa durée et ses modalités. Cette trilogie illustre la tension entre la liberté thérapeutique du praticien et la méfiance sociale à l'égard de l'arrêt de travail, soupçonné d'être un vecteur d'abus.

623. Le motif de l'arrêt de travail est l'élément premier et le plus sensible⁷⁶⁸. Sa mention est strictement réservée au médecin-conseil de l'assurance maladie : l'employeur n'y a pas accès. Ce cloisonnement, justifié par le respect du secret médical et du droit au respect de la vie privée, alimente paradoxalement une suspicion constante des employeurs, qui assimilent souvent silence et absence de justification. Juridiquement, le motif doit se limiter aux constatations cliniques⁷⁶⁹ et à l'incapacité de travail⁷⁷⁰, sans mention de diagnostic précis ni, a fortiori, de causes liées à l'activité professionnelle⁷⁷¹. Toute référence à des faits extérieurs⁷⁷², à des tiers⁷⁷³ ou à des notions juridiques (« harcèlement », « discrimination ») est prohibée⁷⁷⁴⁷⁷⁵. En cas de dépassement, le praticien engage sa responsabilité civile, pénale et disciplinaire. Ce cloisonnement atteste de la volonté du législateur de sanctuariser le champ médical, en évitant que l'arrêt de travail ne devienne un instrument de qualification juridique des faits.

624. La détermination de la durée de l'arrêt de travail illustre avec acuité l'articulation entre logique médicale et logique sociale. Le praticien dispose d'une marge d'appréciation, mais il lui incombe de trouver un équilibre délicat : trop courte, la suspension compromet la guérison ; trop longue, elle risque de désinsérer durablement le salarié du monde du travail. À cette difficulté intrinsèque s'ajoutent des paramètres socio-économiques : le délai de carence, qui

⁷⁶⁸ L'article L.162-1-1, Al. 1^{er} du code de la sécurité sociale impose cette mention.

⁷⁶⁹ CNDOM, 3 déc. 2015, n°12425.

⁷⁷⁰ CSS, Art. L.162-4-1.

⁷⁷¹ Une rubrique du volet est consacrée au motif de l'arrêt maladie. Le motif est noté soit en toutes lettres, soit grâce à une codification disponible sur le site www.ameli.fr. À titre d'exemple, en 2014, sur le site ameli.fr : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5054/document/codification-motif-arret-travail_assurance-maladie.pdf.

⁷⁷² CE, 15 déc. 2010, n°330108 ; CNDOM, 17 mars 2015, n°12095 ; CNDOM, 3 nov. 2014, n°11925.

⁷⁷³ CE, 15 déc. 2010, n°330108, préc. ; CE, 26 mai 2010, n°322128.

⁷⁷⁴ CA Douai, Ch. 3, n°08/00396 ; CNDOM, 11 sept. 2015, n°12257 ; CNDOM, 7 sept. 2015, n°12287.

⁷⁷⁵ L'article 28 du code de déontologie, codifié à l'article R.4127-28 du code de la santé publique, précise : « *La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite* ».

retarde le versement des indemnités journalières, dissuade parfois le salarié de recourir à des arrêts brefs. À l'inverse, la prolongation de l'arrêt accroît mécaniquement le risque de contestation par l'employeur. Ainsi, la durée de l'arrêt, loin d'être un simple choix médical, se situe au carrefour du droit de la santé et du droit du travail, révélant la fonction régulatrice de la prescription.

625. Depuis 2025, la prescription d'arrêts de travail lors de téléconsultations est encadrée par des règles spécifiques, visant explicitement à limiter les risques de fraude. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025⁷⁷⁶ prévoit qu'un médecin procédant à une téléconsultation ne peut pas prescrire un arrêt de travail supérieur à trois jours, ni prolonger un arrêt existant si cette prolongation conduit à dépasser ce seuil. Deux exceptions à cette limitation sont prévues, notamment lorsque l'arrêt de travail est prescrit ou renouvelé par le médecin traitant du salarié (ou la sage-femme référente pour les salariées), ou si le salarié est dans l'impossibilité de consulter un professionnel de santé en présentiel pour obtenir la prolongation⁷⁷⁷.

626. Ces dispositions traduisent la volonté de la législation de restreindre strictement la prescription via téléconsultation, en accentuant la surveillance des pratiques médicales et en inscrivant la durée de l'arrêt dans un régime rigoureusement encadré. Comme pour les autres réformes visant à sécuriser l'accès aux prestations, cette orientation reflète une logique de contrôle renforcé qui place le professionnel de santé et le salarié sous une haute vigilance administrative, au risque d'entraver la liberté thérapeutique et la fluidité du parcours de soin.

627. Le médecin doit également statuer sur les modalités de l'arrêt, en déterminant le régime des sorties du salarié. Trois options existent : l'interdiction absolue, les sorties autorisées sous contraintes horaires, ou les sorties libres justifiées médicalement. Là encore, l'équilibre est délicat : les modalités constituent à la fois un outil thérapeutique (favorisant ou restreignant l'activité du patient) et un mécanisme de contrôle (permettant les vérifications de l'assurance maladie). Elles traduisent l'ambivalence de l'arrêt de travail : instrument de soin, mais aussi objet de régulation sociale.

628. En matière de troubles psychiques, le choix des modalités prend une dimension particulière. L'isolement imposé, loin de favoriser la guérison, peut aggraver la dépression et renforcer les tendances suicidaires. À l'inverse, la possibilité de sortir et de maintenir une

⁷⁷⁶ Loi n° 2025-199 du 28 févr. 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

⁷⁷⁷ CSP, Art. L.6316-1.

activité sociale constitue souvent un élément central du traitement. Ce constat médical se heurte pourtant à la perception patronale : nombreux sont les employeurs qui ne comprennent pas qu'un salarié inapte à travailler puisse circuler librement. Cette méfiance, alimentée par la mention obligatoire des modalités sur le volet transmis à l'employeur, nourrit l'idée d'un abus. Une suppression de cette mention pourrait apaiser les relations de travail et faciliter la réintégration du salarié, en recentrant l'information sur sa finalité médicale.

629. En définitive, l'encadrement juridique de l'arrêt de travail vise à conjurer le risque d'abus sans pour autant anéantir la liberté thérapeutique. Le praticien, garant de la rigueur de sa prescription, reste exposé à une triple responsabilité – civile, pénale et disciplinaire – en cas de manquement. L'arrêt de travail apparaît ainsi comme un espace de liberté relative : une liberté médicale placée sous haute surveillance, au croisement des impératifs de santé publique, de protection sociale et de régulation des relations professionnelles.

Section II. Une pression juridique du médecin prescripteur

630. L'exercice médical est une profession éminemment encadrée par la loi, en raison même de sa finalité première : la protection de la santé des individus, objectif à valeur constitutionnelle et inscrit au cœur de l'ordre public sanitaire. La prescription médicale, notamment de l'arrêt de travail, illustre cette responsabilité particulière : un choix apparemment banal engage en réalité le devenir thérapeutique du patient, son maintien dans l'emploi et l'équilibre financier du système de sécurité sociale.

631. Parce que les erreurs du praticien peuvent avoir des conséquences dramatiques – aggravation de la pathologie, incapacité permanente, voire décès –, la liberté thérapeutique se déploie sous un faisceau dense de normes. À l'instar d'autres professions réglementées, mais de manière plus exigeante encore, le médecin se trouve dans une position de « liberté surveillée », où l'autonomie clinique demeure indissociable de la rigueur juridique⁷⁷⁸.

⁷⁷⁸ C. DEBERSIN, *Enquête régionale sur la prescription des arrêts de travail par les médecins généralistes*, Thèse, Lille II, 2017.

632. Ainsi, l'encadrement de la prescription d'arrêt de travail n'est pas qu'un mécanisme technique : il exprime la double logique de protection du patient et de contrôle social. Son non-respect déclenche un arsenal de sanctions, financières, pénales et disciplinaires, qui visent à dissuader tout abus et à garantir la confiance dans le système (I). À ce dispositif général s'ajoute un encadrement spécifique par une institution professionnelle, l'Ordre des médecins, investie d'une mission de régulation éthique et déontologique. Toutefois, cette autorégulation souffre de dysfonctionnements qui fragilisent sa légitimité et, par ricochet, celle du contrôle des pratiques médicales (II).

I. Une responsabilité plurielle

633. La délivrance d'un arrêt de travail ne saurait être réduite à une simple formalité administrative. Elle engage le médecin dans un acte à la fois médical et juridique, susceptible d'être ultérieurement discuté, parfois contesté, devant des instances diverses. Dès lors, l'arrêt de travail devient un objet ambivalent : instrument de soin pour le patient, il peut se transformer en preuve dans un litige, ce qui confère à l'acte prescripteur une portée dépassant le strict champ thérapeutique.

634. De cette ambivalence découle une situation singulière : le médecin prescripteur se trouve placé au cœur d'intérêts potentiellement contradictoires – ceux du patient, de l'assurance maladie, de l'employeur – et voit ses décisions susceptibles de déclencher une pluralité de contentieux. La prescription devient ainsi un terrain privilégié de la judiciarisation de la médecine : l'acte médical est soumis à une analyse normative rigoureuse, et son auteur exposé à des mises en cause de nature très variée.

635. Cette pression juridique se déploie sur plusieurs registres. Le médecin doit d'abord répondre à son ordre professionnel en cas de manquement aux règles déontologiques, engageant ainsi sa responsabilité disciplinaire (A). Il peut ensuite se voir reprocher, sur le terrain judiciaire, une faute civile ou même une infraction pénale liée à la rédaction de l'arrêt (B). Enfin, au-delà des mécanismes juridiques, subsiste une dimension morale de la responsabilité médicale, plus diffuse mais non moins essentielle, qui touche à la légitimité même de l'autorité médicale (C).

636. Se pose alors une question fondamentale : comment articuler ces différentes formes de responsabilité afin d'éviter que l'encadrement nécessaire du praticien ne se mue en une contrainte excessive, susceptible de fragiliser son autonomie et, par ricochet, la finalité première de l'arrêt de travail – la protection de la santé du salarié ?

A. La responsabilité disciplinaire

637. Parce qu'il exerce une mission de santé publique, le médecin ne peut agir qu'à l'intérieur d'un cadre déontologique précis. La violation de ces règles expose le praticien à des sanctions disciplinaires, garantes de la probité de la profession et de la confiance sociale qu'elle inspire (1).

Lorsque le médecin est salarié, cette responsabilité peut se doubler d'une responsabilité professionnelle devant son employeur. La discipline médicale prend ainsi une dimension duale, entre contrôle ordinal et régulation managériale (2).

1. Le recours ordinal

638. Le non-respect des règles de déontologie engage la responsabilité disciplinaire du médecin, laquelle relève d'une juridiction d'exception : le Conseil de l'Ordre des médecins. Il s'agit d'une institution singulière dans le paysage juridique français, à la fois organe représentatif de la profession et juridiction investie d'un pouvoir de sanction. Cette dualité lui confère un rôle sans équivalent, marqué par une proximité avec les praticiens qu'il encadre, mais aussi par une responsabilité particulière dans la préservation de l'intérêt général attaché à la santé publique.

639. L'Ordre des médecins est chargé de veiller au respect des devoirs professionnels énoncés dans le Code de déontologie médicale, intégré au Code de la santé publique. À ce titre, il dispose d'un pouvoir disciplinaire qui s'exerce à plusieurs étapes. Il reçoit d'abord les plaintes et signalements adressés contre les praticiens et peut, de sa propre initiative, saisir les instances compétentes (a). Ensuite, il intervient comme juge à travers deux formations spécialisées : les chambres disciplinaires, compétentes pour les manquements aux règles déontologiques, et les sections des assurances sociales, chargées des fraudes ou abus liés à l'assurance-maladie (b). Ces deux juridictions, relevant de l'ordre administratif, sont soumises au contrôle du Conseil d'État, ce qui témoigne de leur intégration dans l'ordre juridique étatique malgré leur caractère ordinal.

640. Dans le cadre de cette étude, seule la dimension juridique du pouvoir disciplinaire est analysée, à savoir la procédure et l'échelle des sanctions applicables aux praticiens. La question de l'effectivité réelle de ce contrôle, souvent critiquée en doctrine pour son manque de rigueur

ou pour les zones de tolérance qui persistent, sera examinée ultérieurement dans un développement consacré aux forces et aux lacunes du fonctionnement ordinal.

a. Les conditions d'ouverture de l'action

641. La compétence juridictionnelle. La responsabilité disciplinaire du médecin relève exclusivement d'une juridiction professionnelle spécialisée : la chambre disciplinaire de première instance du conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM)⁷⁷⁹. Cette compétence exclusive traduit une volonté du législateur de soustraire la déontologie médicale aux juridictions de droit commun afin d'assurer une appréciation par les pairs, censés être les mieux à même de juger de la conformité des comportements aux exigences professionnelles. Ce choix, qui s'explique par la technicité de la matière, n'est toutefois pas exempt de critiques, certains y voyant une forme d'auto-juridiction susceptible d'affaiblir l'impartialité de la sanction. La procédure reste néanmoins encadrée⁷⁸⁰ : le CDOM compétent est celui du lieu d'inscription du praticien au tableau de l'Ordre au jour de la saisine⁷⁸¹, ou, en cas de radiation antérieure, le dernier conseil auquel il appartenait⁷⁸². La plainte doit être adressée par écrit, en précisant les faits reprochés et les éventuelles dispositions déontologiques violées, afin de garantir la loyauté du contradictoire.

642. La titularité de l'action. L'accès à l'action disciplinaire est limité à certaines autorités ou personnes déterminées par l'article R.4126-1 du Code de la santé publique. Ce choix procède d'un équilibre : éviter la multiplication des recours abusifs tout en assurant un contrôle effectif du respect des règles déontologiques. Ainsi, seuls l'Ordre des médecins lui-même, certaines autorités publiques (ministre de la santé, préfet, directeur général de l'ARS, procureur de la République) et les organisations représentatives de praticiens disposent du pouvoir de saisir la juridiction ordinale. Les patients, les caisses de sécurité sociale ou les associations d'usagers ne disposent pas d'une action directe : ils doivent transmettre leur plainte à un conseil ordinal qui en décide la recevabilité et la suite à donner. Cette médiation institutionnelle constitue une

⁷⁷⁹ CSP, Art. L.4122-2.

⁷⁸⁰ Le ministère des solidarités et de la santé a publié une fiche pratique détaillant les diverses règles encadrant cette procédure : « Fiche 24 : Les plaintes devant les ordres professionnels », sur le site internet : solidarités-santé.gouv.fr (consulté le 22 septembre 2023).

⁷⁸¹ CSP, Art. R.4126-8.

⁷⁸² CSP, Art. R.4126-1.

spécificité de la discipline médicale, parfois critiquée pour son caractère filtrant, mais justifiée par le souci d'éviter une judiciarisation anarchique du contentieux déontologique.

643. Le déroulement procédural. La procédure disciplinaire se déploie en deux séquences successives. La première est une tentative de conciliation, organisée dans le mois suivant le dépôt de la plainte, par une commission composée de conseillers élus⁷⁸³. Cette phase exprime une philosophie de régulation professionnelle davantage tournée vers la médiation que vers la sanction immédiate. En cas d'échec, le président du CDOM est tenu de transmettre le dossier, accompagné d'un avis motivé, à la chambre disciplinaire de première instance, laquelle dispose de six mois pour statuer⁷⁸⁴. Cette juridiction peut, si nécessaire, diligenter une enquête pour instruire l'affaire. L'action disciplinaire est ainsi véritablement engagée à l'issue de cette phase amiable, dont l'efficacité demeure discutée : si elle permet parfois d'apaiser les tensions, elle peut aussi retarder inutilement l'accès à une décision de fond.

b. Les risques encourus par les praticiens

644. La spécificité de la sanction disciplinaire. La compétence du conseil de l'Ordre ne se confond pas avec celle des juridictions de droit commun. Contrairement aux juges civils, pénaux ou administratifs, il ne statue ni sur l'indemnisation d'un dommage, ni sur la culpabilité pénale, mais exclusivement sur la conformité de la conduite du praticien aux exigences du code de déontologie. La finalité n'est donc pas réparatrice ni répressive au sens strict, mais protectrice : préserver la confiance du public dans la profession médicale. De là découle une singularité du régime disciplinaire, qui ne vise pas à sanctionner un préjudice individuel mais à défendre l'intérêt collectif de la santé publique.

645. L'échelle des peines disciplinaires. Le régime disciplinaire repose sur une gradation des sanctions, prévue par l'article L.4124-6 du Code de la santé publique. À la base de l'échelle figurent l'avertissement et le blâme, qui traduisent un simple rappel à l'ordre sans entraver l'exercice professionnel. À un degré supérieur, l'interdiction temporaire ou définitive d'exercer, avec ou sans sursis, constitue une mesure d'une particulière gravité, puisqu'elle suspend ou supprime la possibilité même d'exercer la médecine. Enfin, la sanction la plus lourde demeure la radiation du tableau de l'Ordre : elle entraîne une exclusion définitive de la

⁷⁸³ CSP, Art. R.4123-2.

⁷⁸⁴ CSP, Art. L.4124-1 ; CSP, Art. R.4126-1 : en l'absence de décision dans les six mois, le président de la chambre disciplinaire nationale peut transmettre la plainte à une autre chambre disciplinaire de première instance.

profession, interdisant toute réinscription auprès d'un conseil départemental. Cette graduation exprime une conception préventive du droit disciplinaire : il ne s'agit pas seulement de réprimer mais d'écarter les praticiens jugés indignes de la confiance nécessaire à l'acte médical.

646. Au-delà des peines principales, certaines sanctions accessoires ou mesures d'accompagnement peuvent être décidées. La privation du droit de participer aux instances ordinales ou juridictionnelles, pour une durée déterminée ou à titre définitif, vise à protéger l'intégrité de l'institution elle-même. De plus, lorsqu'un manquement révèle une insuffisance de compétence, la chambre disciplinaire peut assortir la sanction d'une injonction de formation, marquant la dimension éducative de la discipline⁷⁸⁵. Le praticien condamné supporte également les dépens de la procédure, sauf décision exceptionnelle de partage⁷⁸⁶. Ainsi, la sanction disciplinaire ne se limite pas à une répression statutaire, mais tend aussi à restaurer la qualité de l'exercice médical.

647. Lorsque le praticien exerce en qualité de salarié au sein d'une structure privée, les sanctions ordinales peuvent s'articuler avec des mesures disciplinaires internes. Bien que distinctes dans leur fondement, ces deux procédures poursuivent parfois des finalités convergentes : préserver la confiance de l'employeur et celle du public. En pratique, la procédure interne précède souvent l'action ordinale, révélant une complémentarité plutôt qu'une concurrence. Cette dualité illustre la multiplicité des cercles de responsabilité auxquels est soumis le médecin : vis-à-vis de son ordre professionnel, de son employeur, mais aussi de la société tout entière.

2. L'action disciplinaire interne

648. L'assujettissement du praticien au droit du travail. L'exercice médical ne se limite pas à la pratique libérale⁷⁸⁷ ou à la fonction publique⁷⁸⁸ : un nombre croissant de praticiens exerce sous le statut du salariat, notamment dans les cliniques privées ou les centres de santé. Dans ce cadre, le médecin prescripteur est soumis non seulement aux règles déontologiques, mais aussi aux exigences du droit du travail. En cas de manquement dans l'exercice de ses fonctions, il peut être sanctionné disciplinairement par son employeur. Cette articulation entre

⁷⁸⁵ CSP, Art. L.4124-6-1.

⁷⁸⁶ CSP, Art. L.4126-3.

⁷⁸⁷ CSP, Art. R.4113-1.

⁷⁸⁸ CSP, Art. R.4127-95 ; CSP, Art. R.4127-348.

l'éthique professionnelle et la subordination juridique propre au contrat de travail révèle une spécificité du statut du médecin salarié, situé à la croisée du droit médical et du droit social.

649. L'échelle des sanctions internes. Les sanctions disciplinaires que peut prononcer l'employeur dépendent de la gravité de la faute imputée au praticien. Comme dans tout rapport de travail, l'éventail va de l'avertissement – dont la portée est essentiellement symbolique – jusqu'au licenciement pour faute grave ou lourde. La proportionnalité constitue un principe cardinal : l'employeur ne peut infliger une sanction disproportionnée aux faits reprochés. Si une faute mineure entraîne rarement autre chose qu'un rappel à l'ordre, des manquements plus sérieux – tel qu'un certificat de complaisance – peuvent justifier une mise à pied ou une rupture du contrat. À la différence de la sanction ordinale, la sanction interne n'a pas vocation à empêcher l'exercice de la médecine dans son ensemble : elle affecte uniquement le lien contractuel entre le praticien et son employeur. L'incapacité à poursuivre son activité dans une structure déterminée ne vaut donc pas interdiction générale d'exercer.

650. La procédure disciplinaire interne. Le prononcé d'une sanction est encadré par des règles de procédure destinées à garantir les droits de la défense. La convocation à entretien préalable constitue le point de départ : elle doit être notifiée par écrit et respecter un délai minimal de cinq jours ouvrables. L'entretien permet au salarié de prendre connaissance des griefs et d'y répondre. La décision de sanction, qui doit intervenir dans le délai d'un mois, doit ensuite être formalisée par écrit et précisément motivée⁷⁸⁹. Une dernière condition s'applique en matière disciplinaire : « *Aucun fait fautif ne peut donner lieu à lui seul à l'engagement de poursuites disciplinaires au-delà d'un délai de deux mois à compter du jour où l'employeur en a eu connaissance (...)* »⁷⁹⁰. La lettre de licenciement, en particulier, fixe irrévocablement les limites du litige : elle constitue le support essentiel de tout contrôle juridictionnel ultérieur. Cette formalisation témoigne de l'importance accordée par le droit du travail au respect du contradictoire, gage de légitimité de la sanction.

651. La combinaison des régimes de responsabilité. L'action disciplinaire interne n'exclut pas d'autres formes de responsabilité. D'une part, la décision de l'employeur doit être transmise à l'agence régionale de santé⁷⁹¹, ce qui permet d'assurer une certaine articulation avec le contrôle administratif du secteur. D'autre part, les faits fautifs peuvent donner lieu à des

⁷⁸⁹ C. Trav., Art. L.1332-2.

⁷⁹⁰ C. Trav., Art. L.1332-4.

⁷⁹¹ CSP, Art. R.4126-1-1.

poursuites pénales ou à une action disciplinaire devant l'Ordre des médecins⁷⁹². La pluralité de ces régimes révèle un enchevêtrement normatif caractéristique de l'encadrement des professions médicales.

B. La responsabilité juridique

652. Établir un faux certificat médical constitue avant tout une infraction pénale, mais cette faute peut également avoir des conséquences civiles pour le patient ou son employeur. Ainsi, deux volets distincts de responsabilité du praticien doivent être distingués : la responsabilité pénale (1) et la responsabilité civile (2).

1. Le risque pénal

653. L'incrimination du faux certificat médical. L'article 441-7 du Code pénal constitue la pierre angulaire de la répression du faux certificat médical. Il sanctionne d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait d'« *établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts* », de falsifier un certificat sincère ou encore d'en faire usage. La peine est portée à trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende lorsque l'intention frauduleuse vise à porter préjudice au Trésor public, au patrimoine d'autrui ou à obtenir un avantage administratif.

654. L'application de ce texte aux médecins s'est traduite par une jurisprudence constante : la signature d'une feuille de sécurité sociale faisant état de soins fictifs a été considérée comme un faux préjudicant au Trésor public⁷⁹³ ; de même, la délivrance d'arrêts de travail injustifiés dans un intérêt personnel tombe sous le coup de la loi⁷⁹⁴. Néanmoins, la répression ne peut se déployer qu'en présence d'un dol spécial : le praticien qui se borne à relater des faits excédant sa mission de constatation médicale, sans intention frauduleuse, ne saurait être poursuivi pénalement⁷⁹⁵. Dans une telle hypothèse, seule sa responsabilité disciplinaire est engagée.

655. Le risque aggravé : la corruption du praticien. Jusqu'en 2011, un risque supplémentaire pesait sur les professionnels de santé avec l'article 441-8 du Code pénal, qui sanctionnait de deux ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende le fait, pour un professionnel, de solliciter ou d'agréer des avantages afin d'établir un certificat mensonger.

⁷⁹² CSP, Art. L.4126-5.

⁷⁹³ Cass. Crim., 13 févr. 1969, n°68-91.763, publié, Bull. crim., n° 75.

⁷⁹⁴ Cass. Crim., 7 déc. 2016, n°15-85.544.

⁷⁹⁵ Cass. Crim., 1er juin 2016, n°15-82.954.

Cette incrimination visait expressément les professions médicales, l'aggravation de la peine allant jusqu'à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende lorsque le faux portait sur une maladie, une infirmité, un état de grossesse ou encore sur la cause d'un décès⁷⁹⁶.

656. Cette disposition, supprimée par la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011, témoignait d'une volonté initiale du législateur de réprimer plus sévèrement la corruption médicale, en raison de la gravité des conséquences que peut entraîner une falsification de certificat dans le domaine de la santé. Son abrogation a été analysée par la doctrine comme un recul de la spécificité du droit pénal médical au profit d'un retour au droit commun de la corruption et du faux, ce qui traduit une certaine banalisation de la responsabilité du praticien dans ce champ.

657. Les modalités de poursuite et leurs limites. Les poursuites peuvent être engagées soit par le ministère public, soit par toute partie lésée, selon les règles du droit commun. L'employeur, par exemple, qui suspecte le caractère frauduleux d'un certificat médical, doit en rapporter la preuve : un simple doute, même nourri par le contexte de délivrance, demeure insuffisant⁷⁹⁷. Cette exigence probatoire reflète la protection particulière accordée à la crédibilité du certificat médical, dont la remise en cause ne saurait être légère.

658. En cas de condamnation, le jugement doit être communiqué à l'Ordre des médecins, conformément à une circulaire de la Chancellerie du 24 septembre 2013⁷⁹⁸. Toutefois, la pratique révèle une mise en œuvre imparfaite de cette obligation, ce qui affaiblit le caractère effectif du contrôle ordinal et brouille la frontière entre sanction pénale et sanction disciplinaire. Ainsi, si le risque pénal qui pèse sur le praticien est réel, il demeure encadré par une exigence de preuve stricte et par une volonté jurisprudentielle de réserver la qualification de faux aux hypothèses marquées par une véritable intention frauduleuse.

⁷⁹⁶ L'article 441-8 du code pénal, abrogé par l'article 152 de la loi n°2011-525 du 17 mai 2011, énonçait en effet : « Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait, par une personne agissant dans l'exercice de sa profession, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, promesses, dons, présents ou avantages quelconques pour établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts. (...) »

La peine est portée à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende lorsque la personne visée aux deux premiers alinéas exerce une profession médicale ou de santé et que l'attestation faisant état de faits inexacts dissimule ou certifie faussement l'existence d'une maladie, d'une infirmité ou d'un état de grossesse, ou fournit des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou d'une infirmité ou sur la cause d'un décès. ».

⁷⁹⁷ Cass. Soc., 13 juill. 2014, n°02-45.438, publié : l'arrêt de travail en l'espèce avait été prescrit par un praticien situé à 700 kilomètres du lieu de travail le jour de la reprise du travail du salarié.

⁷⁹⁸ Circulaire du 24 septembre 2013 relative aux relations entre les parquets et les ordres des professions en lien avec la santé publique.

2. L'action civile

659. En 2019, 23 544 sinistres de responsabilité civile médicale ont été déclarés, un chiffre stable qui témoigne de la permanence du risque judiciaire pesant sur les praticiens⁷⁹⁹. Près de 19 % concernent les disciplines médicales, principalement la médecine générale. Ces chiffres, s'ils traduisent une certaine stabilité, mettent en lumière une tendance lourde : le contentieux médical n'est pas marginal mais constitue un pan ordinaire du droit de la responsabilité civile contemporaine.

660. L'héritage de l'arrêt Mercier. L'action civile en matière médicale trouve son origine dans l'arrêt Mercier (1936), qui a consacré l'existence d'un contrat implicite entre le médecin et son patient. Le praticien s'engageait à fournir des « *soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science* »⁸⁰⁰. Le régime était alors celui de la responsabilité contractuelle.

661. Depuis la loi du 4 mars 2002 (dite « loi Kouchner »⁸⁰¹), la référence à ce contrat fictif a été remplacée par une responsabilité pour faute, désormais consacrée par l'article L.1110-5 du Code de la santé publique. Ce texte proclame un véritable droit subjectif du patient à recevoir les soins les plus appropriés au regard de son état de santé et des connaissances médicales avérées. On assiste donc à un glissement : de l'obligation contractuelle née d'une relation privée, vers une exigence de santé publique d'ordre quasi constitutionnel, rattachée au droit fondamental à la protection de la santé.

662. Les conditions de la responsabilité civile médicale. Conformément à l'article L.1142-1 du Code de la santé publique, la responsabilité des professionnels de santé ne peut être engagée qu'en cas de faute, le régime restant aligné sur le triptyque classique : faute, préjudice, lien de causalité⁸⁰².

663. La faute peut être illicite, lorsqu'un acte interdit est commis (ex. délivrance d'un certificat mensonger, engageant à la fois responsabilité pénale et civile) ; éthique, lorsqu'un

⁷⁹⁹ C. PROCACCIA, *L'assurance responsabilité civile médicale : un bilan encore partiel, un suivi nécessaire*, Rapport d'information n° 693 (2020-2021), Sénat, 16 juin 2021.

⁸⁰⁰ Cass, Civ., 20 mai 1936, *Mercier*.

⁸⁰¹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁸⁰² « (...), les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute ».

manquement survient dans l'information du patient ou dans une décision sans justification médicale ; technique, lorsqu'il existe une erreur dans un geste, un diagnostic ou le choix d'un traitement.

664. La jurisprudence adopte une conception large de la faute, tout en appréciant la conduite du praticien *in abstracto*, c'est-à-dire en la comparant au comportement attendu d'un « bon médecin » placé dans les mêmes circonstances. Cette standardisation de l'évaluation met en évidence le caractère éminemment normatif de la responsabilité civile médicale, qui dépasse le cas individuel pour édicter un modèle de bonne pratique.

665. L'hypothèse de la non-prescription d'arrêt maladie. Une question singulière mérite attention : la responsabilité civile du médecin qui refuse de prescrire un arrêt de travail. Si un salarié en détresse psychique se voit refuser un tel arrêt et tente ensuite de se suicider, la faute du praticien pourrait être caractérisée, dès lors que l'arrêt faisait manifestement partie du plan thérapeutique requis⁸⁰³. Toutefois, la difficulté réside dans la démonstration du lien causal : l'acte suicidaire relève d'une chaîne complexe de facteurs, rendant incertain le rattachement direct entre l'absence de prescription et le dommage. Cette hypothèse illustre la tension permanente entre la fonction thérapeutique de l'arrêt maladie et sa dimension sociale, laquelle insère l'acte médical dans des déterminismes qui échappent au seul contrôle du praticien.

666. Procédure, délais et régimes spécifiques. L'action civile se prescrit par dix ans à compter de la consolidation du dommage⁸⁰⁴. Elle relève de la compétence du juge judiciaire, mais peut également être portée devant les Commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI), qui offrent une voie amiable, plus rapide et moins coûteuse.

667. La charge de la preuve pèse en principe sur le patient, sauf en matière de défaut d'information, où un renversement opère : c'est au praticien de démontrer qu'il a satisfait à son obligation d'information. Cette exception témoigne du rôle croissant de la transparence et du consentement éclairé dans la relation médicale contemporaine.

668. Lorsque la responsabilité civile est retenue, le praticien est tenu à la réparation intégrale du préjudice (corporel, moral ou matériel), déterminée après expertise médicale. L'obligation

⁸⁰³ M. EYMERY, « Erreur médicale et responsabilité collective », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, décembre 2010, n°73, p. 4-6.

⁸⁰⁴ CSP, Art. L.1142-8 ; Loi Kouchner n°2002-303 du 4 mars 2002 : le point de départ ne peut débiter qu'à la majorité de la victime.

d'assurance, instaurée afin de prévenir tout risque d'insolvabilité, joue ici un rôle protecteur tant pour le patient que pour le praticien. Les professionnels libéraux doivent obligatoirement souscrire une assurance spécifique, tandis que les médecins salariés bénéficient de la couverture de leur établissement⁸⁰⁵. Cette systématisation de l'assurance traduit une logique de socialisation du risque médical : la réparation ne repose plus uniquement sur la personne du praticien, mais sur un système collectif de garantie, qui atténue la violence de la responsabilité individuelle.

C. La responsabilité morale

669. Une dimension souvent occultée. Au-delà des seules responsabilités juridiques – pénale, civile ou disciplinaire –, les actes ou abstentions des praticiens s'inscrivent dans une dimension morale intrinsèque, souvent mésestimée dans la doctrine classique. La société de droit, attentive aux conséquences normatives des comportements humains, tend à privilégier un prisme juridique pour analyser la responsabilité. Pourtant, la morale, entendue comme l'ensemble des règles non écrites guidant le comportement conforme à une éthique professionnelle, joue un rôle fondamental dans la vie du praticien.

670. Cette responsabilité morale ne fait pas l'objet d'un jugement judiciaire formel, mais elle exerce un impact psychologique et social déterminant sur le professionnel, pouvant influencer sa réputation, sa pratique et, plus largement, son équilibre personnel.

671. Le devoir moral du praticien. Le médecin, investi d'une mission protectrice de la santé, est tenu d'adopter un comportement à la fois correct, éthique et conforme aux valeurs déontologiques. Chaque décision — qu'il s'agisse d'une prescription ou d'un refus de prescription — peut être l'objet de contestations multiples, non seulement de la part du patient mais également d'acteurs externes tels que l'employeur.

672. Le poids psychologique de la responsabilité morale. Le refus de prescrire un arrêt de travail, par exemple, peut susciter l'insatisfaction voire le ressentiment du patient, qui peut se sentir abandonné dans une situation de vulnérabilité. À l'inverse, la délivrance d'un arrêt maladie, même justifié médicalement, peut exposer le praticien à la stigmatisation, notamment de la part d'employeurs soupçonnant des certificats de complaisance. Cette double contrainte

⁸⁰⁵ Cette obligation est issue de la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins.

illustre la position délicate du médecin, tiraillé entre les exigences de la médecine, les attentes sociales, et les pressions économiques. Par ailleurs, ces tensions peuvent provoquer une remise en question du praticien, affectant sa confiance en soi, son éthique personnelle, et parfois sa capacité à exercer sereinement. La responsabilité morale se manifeste ainsi dans une dynamique relationnelle complexe, faite d'attentes parfois contradictoires.

673. La responsabilité morale s'avère particulièrement lourde dans des situations tragiques, telles que le suicide d'un patient en détresse psychique, survenu malgré les efforts ou les décisions prises par le praticien. En l'absence de faute pénale ou disciplinaire avérée, le médecin peut néanmoins être confronté à un sentiment aigu de culpabilité morale, fruit d'un jugement intérieur ou social.

674. La question de la délivrance injustifiée d'un arrêt de travail illustre la corrélation entre responsabilité juridique et morale. Si la responsabilité civile ou pénale peut être engagée, c'est aussi au sein de l'Ordre des médecins que se joue la régulation morale et déontologique. Cette institution, souvent perçue uniquement sous l'angle répressif, exerce en réalité une mission plus large, combinant contrôle, conseil, prévention et accompagnement des praticiens.

II. Les limites et défaillances du contrôle ordinal

« L'ordre des médecins (...) veillent au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine (...) et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L 4127-1. Ils contribuent à promouvoir la santé publique et la qualité des soins.

Ils assurent la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale (...).

Ils peuvent organiser toutes œuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de leurs membres et de leurs ayants droit.

Ils accomplissent leur mission par l'intermédiaire des conseils et des chambres disciplinaires de l'ordre. »

- CSP, Art. L.4121-2.

675. Institué par l'ordonnance du 24 septembre 1945, l'Ordre des médecins est un organisme de droit privé investi d'une mission de service public. Sa vocation première est de garantir le respect des règles déontologiques, de défendre l'indépendance et l'honneur de la profession et, plus largement, de contribuer à la qualité des soins⁸⁰⁶⁸⁰⁷. L'ensemble des médecins libéraux et salariés y sont inscrits, à l'exception notable des praticiens militaires⁸⁰⁸.

676. L'institution repose sur une organisation pyramidale : 101 conseils départementaux, 24 conseils régionaux et un Conseil national qui en assure la coordination et fixe la ligne directrice. Le financement de son activité provient exclusivement des cotisations obligatoires des praticiens⁸⁰⁹ (approximativement 300.000 médecins⁸¹⁰), ce qui lui assure une autonomie financière conséquente (près de 85 millions d'euros de ressources annuelles⁸¹¹ et plus de 250 millions de réserves et patrimoine cumulés). Mais derrière cette apparente solidité, de nombreuses critiques émergent. La Cour des comptes a dénoncé, en 2019, une gouvernance « fermée », marquée par la surreprésentation d'hommes retraités, des défaillances dans la gestion et des incohérences dans le fonctionnement interne⁸¹².

677. Deux missions apparaissent essentielles au regard des arrêts de travail contestés : d'une part, le traitement des signalements et plaintes relatifs au comportement des médecins, qui devrait constituer la première garantie contre les pratiques déviantes ; d'autre part, le prononcé de sanctions disciplinaires effectives, seule à même de restaurer la confiance du public dans la profession médicale. Or, l'expérience révèle une double carence. Non seulement le traitement des signalements est marqué par des pratiques de filtrage contestables et des lenteurs structurelles, mais encore l'effectivité des sanctions reste limitée, en raison des conflits d'intérêts et de l'insuffisante transparence du dispositif disciplinaire.

⁸⁰⁶ CSP, Art. L.4121-2.

⁸⁰⁷ Le code de déontologie médicale est édifié par le Conseil National de l'Ordre des médecins. Codifié aux articles R.4127-1 à R.4127-112 du code de la santé publique, il est édicté via un décret en Conseil d'État.

⁸⁰⁸ CSP, Art. L.4121-1.

⁸⁰⁹ Leur montant est fixé par le conseil national : CSP, Art. L.4122-2.

⁸¹⁰ En 2019, le montant de la cotisation ordinaire était de 335 euros (Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Un ordre engagé pour la santé, Rapport d'activité 2019*, 48 pages).

⁸¹¹ L'ordre national des médecins publie chaque année un règlement de trésorerie. Son contenu détaille notamment les règles de gestion budgétaire et financière, celles relatives aux cotisations ordinaires, ou encore à la validité et au contrôle de la gestion comptable des conseils. Par exemple, celui adopté lors de la 342^{ème} session du CNOM, le 13 déc. 2018 : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_reglement_de_tresorerie.pdf.

⁸¹² Cour Des Comptes, *L'ordre des médecins*, Rapport public thématique, décembre 2019, p. 85.

678. Cette double faiblesse fragilise la légitimité même du contrôle ordinal. Car si l'Ordre est perçu comme protecteur avant tout de ses membres, au détriment des patients, le système disciplinaire ne remplit plus sa mission de service public. C'est pourquoi il importe d'analyser successivement les difficultés rencontrées dans le traitement des signalements (A), puis le caractère peu effectif des sanctions disciplinaires (B).

A. Une mission de garant de la compétence insuffisante

679. Les limites de la gestion administrative de l'Ordre. L'Ordre des médecins se voit confier, au titre de ses missions administratives, la tenue du tableau ordinal, registre officiel des praticiens autorisés à exercer. Nul ne peut pratiquer la médecine sans y être inscrit. Cette mission, apparemment élémentaire, révèle cependant des dysfonctionnements inquiétants. Le maintien d'outils obsolètes, reposant encore largement sur des dossiers papier, a engendré des pertes d'archives significatives : en Haute-Corse, près de 5 % des dossiers, dont celui d'un ancien président du conseil de l'ordre, ont disparu à l'occasion d'un déménagement. Cette illustration symptomatique traduit un manque de modernisation structurelle.

680. L'abandon de la mission de contrôle de la compétence des médecins. Plus grave encore, d'autres missions essentielles, et notamment celle de garant de la compétence des praticiens⁸¹³, apparaissent inabouties, comme l'a souligné avec insistance la Cour des comptes. La nécessité d'un contrôle effectif des compétences trouve son fondement dans l'obsolescence rapide du savoir médical : selon le ministère de la santé, 50 % des connaissances des praticiens deviennent dépassées en l'espace de sept ans⁸¹⁴. Or, l'article R.4127-32 du Code de la santé publique impose au médecin de délivrer des soins « *consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science* »⁸¹⁵.

681. Afin de satisfaire cette exigence, le législateur a institué une obligation de développement professionnel continu (DPC), instaurée par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » de 2009 puis réaménagée par la loi du 26 janvier 2016⁸¹⁶. Ce dispositif, organisé

⁸¹³ CNOM, *Un ordre engagé pour la santé, Rapport d'activité 2019*, p.7.

⁸¹⁴ Conseil national de la FMC des praticiens hospitaliers, « L'obligation de formation médicale continue », sur : solidarités-santé.gouv.fr (consulté le 22 septembre 2023).

⁸¹⁵ Code de déontologie médicale, Art. 11.

⁸¹⁶ Les médecins doivent justifier de leur engagement dans une démarche de développement professionnel continu tous les trois ans, contre cinq ans avant 2017 (CSP, Art. L.4021-1, issu de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et du décret n°2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé).

autour de l'Agence nationale du DPC et des Conseils nationaux professionnels, vise à garantir que chaque praticien actualise ses connaissances et acquiert de nouveaux savoirs. Il constitue un levier de légitimité scientifique et une condition essentielle de la qualité des soins.

682. En théorie, l'Ordre doit vérifier que chaque praticien satisfait à son obligation triennale de DPC, l'accompagner en cas de difficultés et, le cas échéant, engager des sanctions disciplinaires. En pratique, cette mission est largement délaissée. Les conseils départementaux se contentent de tableaux recensant les attestations transmises, sans procéder à de véritables relances des médecins défaillants.

683. Or, les chiffres sont alarmants : selon l'ANDPC, moins de 20 % des médecins respectent leur obligation⁸¹⁷, et dans certains départements, moins d'un dixième d'entre eux disposent d'une attestation valide sur trois ans⁸¹⁸. La Cour des comptes, dès 2019, a dénoncé l'absence de contrôle effectif et recommandé un dispositif national de suivi et de relance. En réponse, l'Ordre a lancé en 2020 une enquête pour recenser les actions de formation entreprises par les praticiens, censée nourrir une démarche de re-certification⁸¹⁹. Mais ces initiatives demeurent embryonnaires et sans portée contraignante.

684. L'insuffisance de formation et l'insuffisance professionnelle. Une étude de l'INPES de 2011 révélait déjà que seuls 26 % des médecins généralistes s'estimaient suffisamment informés sur la santé au travail, la législation sociale ou la réinsertion professionnelle des salariés. Faute d'une formation structurée, beaucoup se tournent vers des ressources informelles (revues, sites internet), révélant un déficit de légitimité scientifique. En parallèle, l'Ordre est tenu de sanctionner l'insuffisance professionnelle. La procédure, confiée à une formation restreinte des conseils régionaux, peut aller jusqu'à la suspension temporaire ou partielle du droit d'exercer⁸²⁰. Un praticien suspendu ne peut reprendre son activité qu'après justification du respect des obligations de formation fixées par le conseil⁸²¹.

⁸¹⁷ Cour des comptes, *L'Agence nationale du développement professionnel continu*, Référé n° S2019-0798, 15 avril 2019.

⁸¹⁸ Pour l'année 2015 : 70/770. Pour l'année 2016 : 59/780. Pour l'année 2017 : 70/787.

⁸¹⁹ CNOM, *Nous médecins, face à la crise. Le récit d'une année d'engagement contre la Covid-19, Rapport d'activité 2020*, p.13.

⁸²⁰ La possibilité de suspendre un praticien en raison de son insuffisance professionnelle est relativement récente. Il a fallu attendre 2015 et le décret n°2014-545 du 26 mai 2014 pour que le principe soit en vigueur malgré sa création par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009.

⁸²¹ CSP, Art. R.4124-6.

685. Cependant, cette mission souffre d'une inefficacité chronique : absence de logiciels de suivi, manque d'outils d'alerte, complexité de la preuve, taux de rejet des saisines supérieur à 50 %, délais largement dépassés (jusqu'à 17 semaines⁸²² au lieu des deux mois prévus⁸²³). En 2020, seules 48 décisions ont été rendues, dont 13 suspensions effectives, et à peine dix affaires étaient en cours devant la section « Formation et compétences médicales »⁸²⁴. La publicité des décisions est quasi inexistante, ce qui prive les patients d'une information pourtant essentielle. C'est donc souvent par hasard que les patients découvrent que leur médecin n'est plus en activité. Aucun contrôle n'est par ailleurs assuré s'agissant de l'exécution des décisions prises.

686. Une nécessaire réforme. Les conseils régionaux rencontrent de multiples obstacles : rareté des experts, hétérogénéité des méthodes d'évaluation, difficulté à statuer dans les délais, absence de statut clair pour les praticiens suspendus en attente de remise à niveau. La Cour des comptes a proposé diverses améliorations, telles que la saisine automatique de la formation restreinte pour les médecins reprenant après un arrêt prolongé, ou la mise en place d'un cadre réglementaire uniforme⁸²⁵. Force est de constater que cette mission est, selon les propres termes de la Cour, « *largement perdue de vue* », tant par les conseils départementaux que par le Conseil national.

687. A noter que depuis 2019, l'Ordre s'est vu attribuer une nouvelle mission : contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins⁸²⁶. Cette réforme, redondante au regard de l'article L.4121-2 du Code de la santé publique, illustre néanmoins la prise de conscience du législateur face aux dysfonctionnements persistants.

B. Une autorité disciplinaire fragile

688. L'une des missions cardinales de l'Ordre des médecins consiste à instruire les plaintes déposées à l'encontre des praticiens (1) et à prononcer, le cas échéant, des sanctions disciplinaires (2). Si l'architecture technique de cette procédure a déjà été présentée, il importe désormais d'en interroger l'effectivité. En pratique, les défaillances structurelles constatées dans l'exercice de cette mission nourrissent les critiques récurrentes adressées à l'institution

⁸²² Le délai moyen de traitement d'un dossier par la formation restreinte nationale est de quatre à cinq semaines (Source : CNOM, *Mobilisés !*, Rapport d'activité 2021).

⁸²³ CSP, Art. R.4123-3 ; CSP, Art. R.4124-3-5.

⁸²⁴ CNOM, *Nous médecins, face à la crise. Le récit d'une année d'engagement contre la Covid-19*, Rapport d'activité 2020, p. 19.

⁸²⁵ Cour des comptes, « L'Ordre des médecins », *op. cit.*, p. 85.

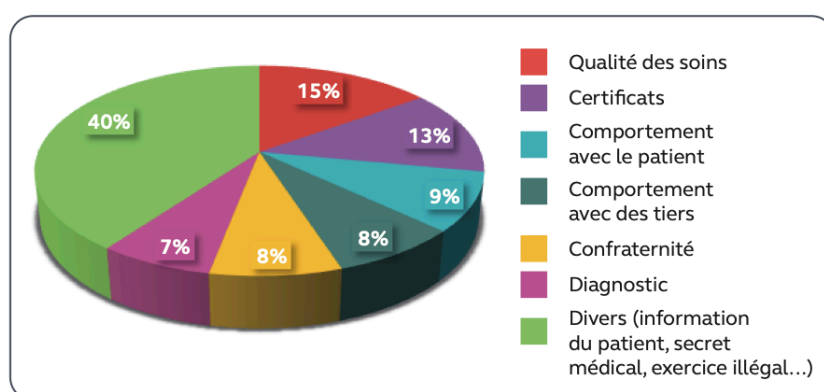
⁸²⁶ Loi n°2019-774 du 24 juill. 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, Art. 77.

ordinale, notamment au regard de la question sensible des arrêts de travail de complaisance, qui fragilise à la fois la crédibilité de la profession et la confiance du public.

1. Les carences dans le traitement des signalements

689. Des manquements insuffisamment poursuivis. Les manquements reprochés aux praticiens sont divers : qualité insuffisante des soins, certificats de complaisance, comportements inadaptés vis-à-vis des patients ou de tiers. Pourtant, les plaintes qui en résultent ne donnent que rarement lieu à une véritable instruction. La Cour des comptes, depuis plus de vingt ans, dénonce de manière récurrente les carences de l'Ordre dans le traitement de ces réclamations⁸²⁷. Cette inertie interroge sur la capacité d'une institution corporative à exercer une mission de régulation effective dans une société qui attend des garanties de transparence et d'impartialité.

Types de manquements examinés par les Commissions disciplinaires de première instance en 2017



Source : Cour des comptes d'après CNOM

690. La majorité des signalements adressés à l'Ordre est écartée par le jeu d'une requalification en simples « doléances », échappant ainsi à tout contrôle juridictionnel. Ce filtrage aboutit à ce que seuls 22 % des courriers de patients soient reconnus comme de véritables plaintes, au motif qu'ils contiendraient expressément le terme « plainte »⁸²⁸. Une telle exigence, dépourvue de tout fondement juridique, procède d'une construction purement

⁸²⁷ Les carences dans le traitement des plaintes adressées aux conseils départementaux et dans la qualité de leur transmission aux chambres disciplinaires avaient déjà été constatées au sein de trois rapports antérieurs : celui intervenant suite aux contrôles de l'inspection générale des affaires sociales (2000), celui de la Cour (2011) et celui de la mission d'inspection des juridictions administratives du Conseil d'État (2013).

⁸²⁸ Chiffre pour l'année 2017 établi à partir des données du CNOM : 1.781 conciliations réalisées pour 7.747 plaintes et doléances reçues de particuliers relatives à un ou plusieurs médecins.

administrative qui fragilise la confiance des justiciables dans l'institution. En outre, les conseils départementaux s'arrogent un pouvoir d'appréciation sur la recevabilité, la qualification et la gravité des faits, excédant manifestement leurs compétences. Cette dérive traduit un brouillage de la frontière entre l'administration ordinaire et la juridiction disciplinaire, contraire à l'exigence de séparation des fonctions. La doctrine relève à cet égard que l'auto-régulation professionnelle, lorsqu'elle se fonde exclusivement sur un jugement « entre pairs », tend à privilégier la protection de la profession au détriment de l'intérêt des justiciables.

691. En 2017, 8 916 signalements ont été enregistrés par l'Ordre, dont 80 % émanant de patients, mais seules 2 305 conciliations ont été menées. Ces chiffres, déjà faibles, doivent être relativisés : aucun système centralisé de suivi n'existe, rendant impossible toute évaluation fiable de l'action disciplinaire. Cette absence de traçabilité trahit une conception encore artisanale du traitement des plaintes, en décalage avec les standards actuels de bonne administration de la justice. La mise en place annoncée en 2020 d'un logiciel ordinal unique témoigne de la prise de conscience de cette carence, mais son efficacité reste à démontrer⁸²⁹.

692. Un défaut d'indépendance structurelle. Ces dérives trouvent en partie leur origine dans l'organisation interne des juridictions disciplinaires. Celles-ci demeurent composées exclusivement de médecins, à rebours du principe de parité qui prévaut dans d'autres contentieux professionnels (par exemple devant les conseils de prud'hommes). Un tel mode de composition fragilise l'exigence d'indépendance et d'impartialité, garanties constitutionnelles et conventionnelles⁸³⁰⁸³¹. De surcroît, les conseils départementaux omettent fréquemment de transmettre aux juridictions des éléments de contexte susceptibles d'éclairer la décision : conditions d'exercice difficiles (déserts médicaux, insécurité, précarité) ou, au contraire, antécédents disciplinaires du praticien. Ce défaut de contextualisation entrave la recherche d'une juste proportionnalité dans l'appréciation des faits, en contradiction avec les standards d'une justice disciplinaire équitable.

693. Certaines affaires soulignent de façon particulièrement criante les risques de partialité. Ainsi, lorsqu'une patiente a porté plainte contre un médecin élu du conseil de Paris, la procédure de conciliation a été détournée pour la dissuader de maintenir sa plainte. Plus largement, les

⁸²⁹ Propos du Dr. Gilles Munier au sein du rapport d'activité de l'ONM pour l'année 2020, *op. cit.*, p. 12.

⁸³⁰ B. MOUTEL, *L'effet horizontal de la Convention européenne des droits de l'Homme en droit privé français : Essai sur la diffusion de la CEDH dans les rapports entre les personnes privées*, Thèse, Limoges, 2006.

⁸³¹ CEDH, Art. 6.

plaintes dirigées contre des élus ordinaires ne bénéficient d'aucun traitement spécifique, renforçant l'impression d'un traitement différencié, voire d'une immunité de fait⁸³². La doctrine a depuis longtemps relevé le danger d'un « corporatisme disciplinaire », qui mine la légitimité de l'autorité régulatrice en la faisant apparaître comme juge et partie.

694. Ces carences procédurales et structurelles, loin d'être anecdotiques, fragilisent l'ensemble du système disciplinaire. Or, l'effectivité du traitement des plaintes constitue le socle de la légitimité de la profession médicale. Une autorité disciplinaire qui laisse perdurer des dysfonctionnements structurels compromet l'équilibre délicat entre la nécessaire autonomie des professions de santé et le droit des patients à une protection effective. C'est donc la crédibilité même de l'Ordre des médecins, en tant qu'institution de régulation, qui se trouve en cause.

2. Un risque de sanction peu dissuasif

695. Un contentieux disciplinaire résiduel. Les conseils départementaux comme le Conseil national de l'Ordre engagent rarement des poursuites disciplinaires, même à l'encontre de médecins déjà condamnés pénalement. Ce décalage entre la sanction judiciaire et la sanction ordinaire traduit une faiblesse structurelle du contrôle professionnel. En 2018, les chambres disciplinaires de première instance ont jugé 1 402 affaires, chiffre tombé à 1 085 en 2019 (– 22,5 %) ⁸³³. Pour la chambre disciplinaire nationale, ce sont un peu plus de 300 affaires et cinq radiations prononcées. Or, ces volumes apparaissent dérisoires au regard des 8 916 signalements enregistrés en 2017. Ce hiatus illustre un défaut d'articulation entre la régulation judiciaire et la régulation professionnelle, qui met en cause la crédibilité de la justice disciplinaire.

696. Des délais de jugement dissuasifs. L'ineffectivité des sanctions s'explique aussi par la lenteur des procédures. Le délai moyen de jugement devant la chambre disciplinaire nationale atteint près de vingt mois, avec une tendance à l'allongement. Fin 2019, 456 affaires restaient pendantes, soit l'équivalent d'une année d'activité. Ces retards, déjà dénoncés par la Cour des comptes, nourrissent un sentiment d'impunité et découragent les patients ainsi que les organismes qui souhaiteraient saisir l'Ordre. Or, dans une société où la célérité est une

⁸³² 33 plaintes de ce type ont été examinées par la juridiction.

⁸³³ Ce chiffre était en hausse comparé à celui de l'année 2017 avec 1.319 affaires jugées. Source : Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins, « Rapport annuel d'activité de la juridiction ordinaire – 2018 ».

composante essentielle de l'accès au juge, l'inertie disciplinaire porte atteinte à la confiance des justiciables et contredit l'exigence de bonne administration de la justice.

697. L'ombre persistante du corporatisme. La composition des juridictions disciplinaires demeure problématique. Certes, elles sont présidées par un magistrat de l'ordre administratif, mais les conseillers sont pour l'essentiel des élus ordinaires ou d'anciens élus. Cette organisation accroît mécaniquement les risques de conflits d'intérêts. La mise en place de déclarations d'intérêts depuis 2016 constitue un progrès, mais leur contenu reste sommaire et leur contrôle inexistant⁸³⁴. Le défaut de transparence, combiné à la proximité entre juges et jugés, conforte l'idée d'une justice « de pairs » davantage soucieuse de protéger la profession que de garantir l'intérêt général. La doctrine souligne à cet égard que l'autonomie disciplinaire ne peut se concevoir qu'au prix de solides garanties d'impartialité, aujourd'hui insuffisantes.

698. Des conflits d'intérêts avérés. Des affaires concrètes illustrent la gravité des défaillances. Un conseil régional a autorisé la poursuite d'activité d'un médecin malgré un avis médical défavorable, alors même que siégeaient dans la formation restreinte le directeur de la clinique où exerçait le praticien et un autre associé de l'établissement. De même, l'ordonnance de 2017 impose le dépaysement de la conciliation en cas de plainte contre un élu ordinal, mais cette obligation n'est pas respectée partout, comme l'a montré l'exemple de La Réunion en 2017. Ces situations montrent que le droit positif n'assure pas efficacement la prévention des conflits d'intérêts. L'absence de mécanismes contraignants de récusation ou de délocalisation systématique nourrit la suspicion légitime d'une partialité institutionnelle.

699. Des modèles étrangers à étudier. La comparaison internationale éclaire les faiblesses françaises. La Belgique connaît un modèle proche, mais avec une seule chambre disciplinaire - interne à l'Ordre, tandis que le Royaume-Uni et le Québec se distinguent par des instances véritablement indépendantes. Au Royaume-Uni, le Medical Practitioners Tribunal, organe paritaire et extérieur à la profession, sanctionne la discipline médicale. Au Québec, il s'agit d'un conseil de discipline indépendant et public, composé de trois membres et d'auditeurs. Dans ces systèmes, la publicité systématique des décisions (site du General Medical Council, Gazette officielle du Québec) assure transparence et dissuasion. À l'inverse, en France, l'absence d'obligation de publication entretient l'opacité et réduit la portée pédagogique de la sanction.

⁸³⁴ Cour des comptes, « L'ordre des médecins », *op. cit.*, p.33. Par exemple, un de ses membres non élus a omis de déclarer des rémunérations perçues de laboratoires pharmaceutiques. Or, il siégeait dans la commission des relations médecins-industrie. Aucune suite n'a été donnée et il ne lui a pas été demandé de compléter sa déclaration.

La doctrine a pu relever que la transparence, loin de nuire à la profession, constitue le meilleur garant de sa crédibilité sociale.

700. L'ensemble de ces dysfonctionnements révèle une justice ordinale fragile, marquée par le corporatisme, la lenteur et le déficit de transparence. Or, l'effectivité des sanctions conditionne la légitimité de la régulation médicale : sans elle, l'Ordre apparaît moins comme une autorité disciplinaire que comme un organe de défense corporatiste. Cette insuffisance alimente le soupçon d'arrêts maladie de complaisance et affaiblit la confiance dans l'institution médicale. Dès lors, la régulation des arrêts de travail ne peut reposer exclusivement sur la sanction disciplinaire : elle trouve un relais essentiel dans le respect des formalités déclaratives. Celles-ci constituent la véritable clef de voûte du régime juridique de l'arrêt maladie, en organisant la circulation de l'information entre salarié, employeur, assurance maladie et organismes de prévoyance. C'est donc vers l'étude de ce formalisme, à la fois protecteur et contraignant, que doit désormais se tourner l'analyse (Chapitre II).

Chapitre II

Les obligations déclaratives du salarié

701. L'arrêt de travail pour maladie ne se réduit pas à l'acte médical. La prescription du médecin, si nécessaire soit-elle, ne suffit pas à elle seule à conférer au salarié la protection juridique attachée à la suspension du contrat et au bénéfice des indemnités journalières. Tant que certaines formalités n'ont pas été accomplies, l'absence au poste de travail demeure fautive et peut, en droit, justifier une sanction disciplinaire allant jusqu'au licenciement. Le régime juridique de l'arrêt maladie repose ainsi sur un formalisme déclaratif, et non sur une simple formalité : il ne s'agit pas d'une exigence accessoire ou ponctuelle, mais d'un ensemble de règles normatives dont le respect conditionne l'effectivité du droit à l'indemnisation et la suspension du contrat.

702. Ce formalisme n'est pas neutre. Loin d'être un simple mécanisme administratif, il constitue à la fois une garantie pour les employeurs et les organismes sociaux et une contrainte supplémentaire pour les salariés. D'un côté, il permet à l'employeur d'assurer la continuité de l'activité en étant informé de l'absence, et à l'assurance maladie de déclencher le service des prestations. De l'autre, il peut devenir un obstacle pour des salariés fragilisés par la maladie ou la souffrance psychologique, qui hésitent à engager des démarches perçues comme lourdes ou redoutent d'avoir à en répondre devant leur hiérarchie. Cette tension met en lumière une contradiction fondamentale : c'est précisément au moment où le salarié est le plus vulnérable que le droit exige la stricte observance d'un formalisme rigide.

703. L'étude de ce formalisme suppose donc d'en analyser les différentes dimensions. Celui-ci se déploie en trois temps : il s'impose d'abord dans les relations internes entre le salarié et son employeur (Section I), il conditionne ensuite la prise en charge de l'arrêt par les organismes

sociaux et les institutions de prévoyance (Section II), et il se complexifie enfin lorsqu'il s'agit d'un arrêt lié à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, où s'ajoute un régime procédural spécifique (Section III).

704. Les dernières réformes législatives et réglementaires, qu'il s'agisse de la sécurisation des formulaires d'arrêt de travail ou de la limitation des prescriptions en téléconsultation, ont eu pour effet de rigidifier encore davantage ces formalités. Loin de simplifier l'accès aux droits du salarié, ces mesures renforcent la vigilance administrative et les contraintes procédurales, accentuant la dépendance du salarié au respect strict des règles pour bénéficier de ses indemnités. Le formalisme, s'il protège le système, devient ainsi un instrument de pression supplémentaire sur les salariés au moment où leur capacité à y répondre est la plus fragilisée.

Section I. Les formalités internes

705. Dans toute organisation de travail, la présence du salarié constitue une donnée essentielle. Le contrat de travail ne se borne pas à une obligation de moyens : il suppose que le salarié exécute effectivement ses prestations, qu'elles soient intellectuelles, manuelles ou créatives, et qu'il contribue au fonctionnement collectif de l'entreprise. Son absence, qu'elle soit subite ou prolongée, entraîne mécaniquement des répercussions : délais non respectés, prestations non assurées, désorganisation des équipes, surcharge pour les collègues, voire perte financière pour l'employeur.

706. Ces difficultés, toutefois, ne sont pas totalement imprévisibles. L'ordre juridique impose au salarié de respecter certaines formalités d'information et de transmission qui permettent à l'employeur d'anticiper la désorganisation et, le cas échéant, de mettre en place des mesures correctrices rapides : remplacement temporaire, réorganisation des missions, adaptation de l'activité. L'exigence de transparence déclarative s'inscrit ainsi dans une logique d'équilibre : elle compense le désavantage économique de l'absence par une faculté d'anticipation pour l'entreprise.

707. Mais l'information de l'employeur ne constitue qu'une étape. Pour que le régime protecteur de l'arrêt maladie déploie pleinement ses effets – suspension du contrat et ouverture

des droits sociaux –, encore faut-il que le salarié communique sans délai l'avis d'arrêt de travail établi par le médecin. À cette obligation de transmission s'ajoute, en retour, une responsabilité de l'employeur : celle de délivrer l'attestation de salaire permettant le déclenchement des indemnités journalières.

Ainsi, les formalités internes relatives à l'arrêt de travail suivent une progression tripartite : d'abord, l'information de l'employeur par le salarié (I), ensuite la transmission de l'avis médical (II), enfin la communication de l'attestation de salaire par l'employeur (III).

I. L'information de l'employeur

708. Informer son employeur de son absence relève du principe de loyauté dans l'exécution du contrat de travail. Cette exigence minimale permet à l'entreprise d'anticiper la désorganisation induite par l'arrêt du salarié et s'impose quel qu'en soit le motif.

Les modalités de cette information sont libres (A). La souplesse du dispositif induit qu'il s'agit autant d'une règle de civilité professionnelle que d'une obligation juridique. Toutefois, son non-respect constitue une faute, exposant le salarié à une sanction disciplinaire, voire à un licenciement (B).

A. Des modalités d'information adaptées et souples

709. Les modalités pratiques. Le mode de communication de l'information est, en principe, libre : appel téléphonique, courriel, SMS, voire transmission par un tiers. Cette latitude répond à une exigence de réalisme, car l'état de santé du salarié ou sa crainte de s'adresser directement à son supérieur peut rendre ces modalités indispensables. Mais cette liberté connaît une limite importante : le pouvoir normatif de la convention collective. Certaines imposent un support écrit, voire une lettre recommandée avec accusé de réception, sous peine de considérer l'information comme inexistante. Ce glissement du pragmatisme vers le formalisme témoigne d'une tendance lourde du droit du travail : la règle de loyauté, pensée comme souple et proportionnée, peut être rigidifiée par le jeu conventionnel au détriment de la finalité initiale – permettre une réorganisation rapide et efficace de l'entreprise.

710. Le contenu de l'information. Aucun texte légal ne détermine le contenu exact de l'information. Doit-elle porter sur la cause de l'absence ? Sur sa durée probable ? La pratique révèle une solution de compromis : si la durée doit être approximativement indiquée pour permettre la réorganisation de l'entreprise, le motif demeure couvert par la sphère de la vie

privée. Le salarié ne peut être contraint de révéler sa pathologie, ni même de donner une justification médicale⁸³⁵. Ainsi, le principe de loyauté est limité par le droit au respect de la vie privée, produisant une tension structurelle entre transparence contractuelle et protection personnelle.

711. L'obligation d'actualisation. L'information initiale ne suffit pas : le salarié doit également tenir son employeur au courant de l'évolution de son absence, en particulier lorsqu'une prolongation intervient. Cette obligation illustre une conception dynamique du principe de loyauté : celui-ci ne se réduit pas à un acte ponctuel, mais irrigue toute la relation contractuelle. Toutefois, cette exigence ne doit pas conduire à une surveillance excessive de l'état de santé du salarié. La frontière entre information loyale et intrusion dans la vie privée reste délicate à tracer.

712. L'exigence de rapidité. L'information de l'employeur doit intervenir « le plus rapidement possible ». Cette formule, consacrée par la jurisprudence et la pratique de l'assurance maladie, se révèle imprécise et, partant, source d'incertitudes. Faut-il comprendre une information avant le début de la journée de travail, dans les 24 heures ou dans les 48 heures ? La réponse dépend des circonstances et, inévitablement, du pouvoir d'appréciation du juge⁸³⁶. Or, ce critère de rapidité est traversé par une tension : d'un côté, la nécessité pour l'entreprise d'anticiper les désorganisations qui apparaissent dès les premières heures ; de l'autre, la réalité de la maladie, qui peut rendre impossible une information immédiate, notamment en cas d'urgence médicale. La règle se présente donc comme une norme de comportement, empreinte de souplesse mais susceptible d'arbitraire dans son application.

713. Cette incertitude est partiellement levée par la négociation collective. De nombreux accords de branche ou d'entreprise fixent des délais précis, telle la convention SYNTEC qui impose une information dans les 24 heures⁸³⁷. Ces clauses présentent un double intérêt : elles traduisent une adaptation pragmatique de la règle de loyauté aux nécessités de l'activité et elles encadrent le pouvoir d'appréciation du juge. Toutefois, cette normativité conventionnelle se

⁸³⁵ Certains accords collectifs de branche précisent cette obligation, telle que la convention collective SYNTEC : l'information doit mentionner le motif et la durée probable de son absence.

⁸³⁶ Si aucun accord collectif ne prévoit un délai au cours duquel l'information doit être donnée, l'usage veut que cette information soit donnée à l'employeur dans les 48 heures suivant le début de l'arrêt maladie : « Arrêt maladie : démarches à effectuer pour le salarié », service-public.fr.

⁸³⁷ L'article 42 précise : « *dès que possible, et au plus tard dans les 24 heures, le salarié doit avertir son employeur du motif et de la durée probable de son absence.* ».

heurte à une limite : le salarié demeure prisonnier d'un formalisme dont la rigidité peut méconnaître la singularité de chaque situation médicale. Ainsi, la convention collective vient atténuer l'imprécision de la règle mais, ce faisant, elle substitue à une souplesse jurisprudentielle une rigidité contractuelle.

B. Des sanctions disciplinaires et juridiques circonscrites

714. La doctrine comme la jurisprudence se montrent peu prolixes sur l'obligation d'information de l'employeur. L'explication est double : d'une part, la règle est empreinte d'une souplesse qui laisse place à la conciliation pragmatique ; d'autre part, les situations de contentieux sont rares, le salarié parvenant en général à informer son employeur, ou pouvant justifier l'absence d'information par son état de santé. Mais cette rareté ne signifie pas insignifiance : elle traduit au contraire une règle de comportement si élémentaire qu'elle se situe au cœur même du contrat de travail, comme corollaire naturel du principe de loyauté.

715. Un licenciement disproportionné. L'omission d'informer son employeur caractérise une absence injustifiée, pouvant donner lieu à sanction disciplinaire, voire à un licenciement. Toutefois, la règle n'est pas absolue. Les juges apprécient souverainement la proportionnalité de la sanction en fonction des circonstances : contenu de l'obligation conventionnelle, délai effectivement respecté ou non, état de santé du salarié, préjudice réellement subi par l'entreprise. La proportionnalité devient ici la clé de voûte de la régulation : elle permet d'éviter que la maladie, qui par nature fragilise, ne se transforme en un facteur aggravant de vulnérabilité juridique. La gravité de la sanction dépend donc moins de la lettre de la règle que de sa finalité – permettre la continuité de l'activité. Si le retard d'information est la conséquence de l'état de santé du salarié, la rupture du contrat est prohibée⁸³⁸.

716. Lorsqu'un accord collectif précise les modalités de l'information, leur non-respect pourrait a priori constituer une faute. Pourtant, la Cour de cassation adopte une approche finaliste : dès lors que l'information a été donnée dans le délai, la sanction du salarié apparaît disproportionnée, même si la forme n'a pas été respectée⁸³⁹. Ainsi, la haute juridiction refuse de faire du formalisme un piège pour le salarié, préférant consacrer l'esprit de la règle – la

⁸³⁸ Cass. Soc., 16 févr. 1989, n°86-40.045.

⁸³⁹ Cass. Soc., 6 mai 1998, n°96-40.951, publié : en l'espèce, la convention collective imposait le recours à l'écrit pour procéder à l'information de l'employeur. La Cour de cassation a précisé que l'employeur ne pouvait pas s'appuyer sur ce seul texte pour licencier un salarié n'ayant pas respecté ce formalisme dès lors que l'entreprise avait été prévenue par téléphone dès le premier jour d'absence.

transparence et la loyauté – au détriment de sa lettre. On retrouve ici une dialectique constante du droit du travail : celle d'un droit qui oscille entre normativité stricte et pragmatisme protecteur.

717. La démission écartée. Enfin, la faute du salarié qui omet d'informer son employeur ne saurait être assimilée à une démission⁸⁴⁰. L'employeur qui en tirerait une telle conséquence verrait la rupture requalifiée : en contrat à durée indéterminée, il s'agirait d'un licenciement sans cause réelle et sérieuse ; en contrat à durée déterminée, d'une rupture fautive ouvrant droit pour le salarié au paiement de l'intégralité des salaires restant dus⁸⁴¹. Cette distinction souligne un principe cardinal : la maladie, même mal communiquée, ne saurait être confondue avec une volonté de rompre le contrat.

II. La transmission de l'avis d'arrêt de travail

718. L'information donnée à l'employeur constitue une première étape, mais elle demeure insuffisante. Pour que l'absence du salarié soit juridiquement reconnue comme un arrêt de travail et pour que s'ouvre le droit aux prestations, encore faut-il que l'avis médical soit transmis dans les formes prévues. Cette seconde formalité dépasse ainsi la simple loyauté contractuelle : elle articule les intérêts du salarié, de l'employeur et de la sécurité sociale.

719. La communication de l'avis d'arrêt de travail se caractérise par un encadrement juridique plus strict que la simple information orale ou écrite de l'absence (A). Elle répond à une double finalité : assurer à l'employeur une preuve incontestable de l'incapacité de son salarié et permettre à la caisse d'assurance maladie d'activer sans délai le mécanisme indemnitaire. Mais cette exigence accrue n'est pas sans risque pour le salarié, puisque le non-respect des délais ou des formes emporte des conséquences juridiques et financières parfois lourdes (B).

A. L'exigence formelle de transmission de l'avis

720. Une obligation duale : entre logique contractuelle et logique assurantielle. Le bénéfice du régime protecteur attaché à l'arrêt de travail repose sur un acte matériel précis : la transmission du volet n°3 de l'avis d'arrêt établi par le médecin. Ce document, et non un simple

⁸⁴⁰ Cass. Soc., 7 févr. 1990, n°87-45.340, publié.

⁸⁴¹ Cass. Soc., 4 févr. 1998, n°95-45.116.

justificatif de consultation⁸⁴², atteste de l'incapacité temporaire de travail et conditionne l'ouverture des droits à protection. Il doit être daté, signé et complet, sans révéler la pathologie, conformément au secret médical. Derrière cette apparente formalité se cache une dualité essentielle : l'obligation de transmission ne répond pas à une exigence unique, mais à deux régimes distincts — celui des relations de travail et celui de la sécurité sociale. Le droit positif entretient souvent une confusion entre ces deux sphères, alors qu'elles obéissent à des logiques finalisées et autonomes.

721. L'absence d'obligation générale. En droit, aucun texte général n'impose au salarié de transmettre son arrêt de travail dans un délai déterminé. Cette exigence ne prend sens qu'au regard des droits qu'elle conditionne : elle n'existe que pour ouvrir droit à une prestation ou à un avantage. La transmission n'est donc pas une obligation autonome, mais une condition d'accès aux droits. Cette distinction est fondamentale : le salarié qui ne transmet pas son arrêt dans le délai ne commet pas une faute en soi, il s'expose seulement à la perte du bénéfice des prestations associées.

722. Une condition au droit au complément de salaire. À l'égard de l'employeur, l'obligation de transmission du volet n°3 ne se justifie que lorsque le salarié entend bénéficier du maintien de salaire légal ou conventionnel. L'article L. 1226-1 du Code du travail, combiné à l'article D. 1226-1, conditionne ce bénéfice au respect d'un délai de quarante-huit heures⁸⁴³. Ce délai n'a pas de portée disciplinaire, mais conditionne la créance du salarié au titre du complément. En dehors de cette hypothèse, le salarié n'encourt aucune sanction légale pour transmission tardive, sauf comportement de mauvaise foi. Ainsi, l'absence de communication dans les quarante-huit heures ne saurait justifier à elle seule un licenciement, sauf à démontrer une intention de dissimulation ou un abus de droit.

723. Le calcul de ce délai n'est pas sans complexité : il court à compter du premier jour d'arrêt, mais peut être prorogé lorsqu'il expire un week-end ou jour férié⁸⁴⁴. La jurisprudence a affiné l'appréciation selon le mode de transmission : cachet de la Poste en cas d'envoi postal, date de remise effective pour un dépôt physique. Là encore, le droit tente de neutraliser les aléas extérieurs (grève, dysfonctionnements postaux) en évitant que le salarié ne supporte seul les

⁸⁴² Cass. Soc., 8 févr. 1979, n°78-40.225, publié.

⁸⁴³ C. Trav., Art. L.1226-1, Al. 2 ; CSS, Art. R.321-2 ; CSS, Art. L321-2.

⁸⁴⁴ L'article 642 du code de procédure civile s'applique (Source : CNAMTS-DRM, lettre-réseau n° 116/2005, 19 septembre 2005).

risques. La règle demeure cependant rigoureuse : l'employeur n'a pas à « quérir » le document, la charge de transmission incombe exclusivement au salarié. Le recours à la lettre recommandée, bien que non obligatoire, devient alors une précaution probatoire indispensable.

724. Une souplesse en cas de prolongation. Le régime des prolongations demeure lacunaire dans le code du travail et relève principalement des conventions collectives. La plupart prévoient un délai de deux jours, mais avec des variations selon le point de départ ou la nature de l'arrêt. En pratique, une plus grande souplesse est admise lorsqu'il s'agit d'une prolongation⁸⁴⁵, dans la mesure où l'employeur est déjà informé de l'état de santé dégradé du salarié et de la suspension du contrat. Le principe de loyauté impose au salarié d'agir de bonne foi, sans qu'un formalisme excessif ne soit exigé. Une harmonisation légale de ces délais, sans rigidifier davantage le système, permettrait de sécuriser la relation de travail tout en préservant la finalité protectrice de l'arrêt.

725. Une formalité devenue pivot juridique. En définitive, la transmission de l'avis d'arrêt de travail ne relève pas d'un devoir général, mais d'une obligation finalisée, celle de la discipline du travail.

B. Les conséquences juridiques de l'absence de transmission

726. La sanction de l'absence injustifiée. L'absence d'avis d'arrêt de travail requalifie l'absence en absence injustifiée, ouvrant à l'employeur la faculté de sanctionner. Dans l'exercice de son pouvoir disciplinaire, l'employeur peut aller jusqu'au licenciement, notamment en cas de plusieurs jours d'absence non justifiée. Toutefois, cette prérogative est encadrée : il lui appartient de mettre en demeure le salarié de reprendre son poste ou de justifier son absence avant de prononcer une rupture. La sanction est en outre appréciée par le juge, qui examine l'opportunité de la mesure au regard des circonstances. Même l'envoi tardif de l'avis peut être fautif, sans pour autant suffire à caractériser automatiquement une faute grave.

727. La présomption légale de démission. Depuis la loi du 21 décembre 2022, une innovation notable est intervenue : l'abandon volontaire de poste fait naître une présomption de démission. Pour que ce mécanisme joue, l'employeur doit avoir préalablement adressé au salarié une mise en demeure par lettre recommandée ou remise en main propre⁸⁴⁶. Faute de

⁸⁴⁵ C. PUIGELIER, « L'absence de justification par un salarié de la prolongation de son arrêt de travail ne constitue pas nécessairement une faute grave », *Recueil Dalloz*, 2001, n°22, p. 1759.

⁸⁴⁶ C. Trav., Art. L1237-1-1.

réponse ou de reprise du poste dans le délai fixé, le salarié est réputé avoir démissionné. Cette évolution modifie profondément l'équilibre antérieur, en substituant une présomption de volonté de rupture à la logique disciplinaire traditionnelle, et fait peser sur le salarié une obligation accrue de diligence.

728. La délicate appréciation de la faute grave. La qualification de faute grave demeure exigeante : l'employeur doit démontrer que les faits rendent impossible le maintien du salarié dans l'entreprise. Si l'absence injustifiée peut constituer une faute grave lorsqu'elle cause un préjudice sérieux (perte d'un client, désorganisation, diminution de l'activité), la jurisprudence rappelle que le simple retard dans l'envoi d'un certificat médical ne suffit pas⁸⁴⁷. À l'inverse, une absence prolongée sans justificatif (plusieurs semaines en dépit de délais conventionnels) peut légitimer une telle qualification⁸⁴⁸. Plus largement, la faute grave peut résulter d'un faisceau de comportements fautifs, incluant d'autres manquements disciplinaires. Le juge veille cependant à distinguer les effets d'une négligence administrative de ceux d'une volonté manifeste de rompre le lien contractuel.

729. L'absence de faute grave ne signifie pas l'absence de licenciement possible. La rupture peut être notifiée pour cause réelle et sérieuse ou encore pour faute. À titre d'exemple, les juges ont reconnu la cause réelle et sérieuse de licenciement en l'absence de reprise du travail après les congés payés et pour l'envoi du certificat médical cinq jours après la date de reprise, dans une entreprise de taille réduite⁸⁴⁹.

730. Le cas de la prolongation. En cas de prolongation, la sévérité se relativise. La Cour de cassation admet qu'en l'absence de communication du nouvel avis, la faute grave n'est pas caractérisée si l'employeur avait déjà connaissance de l'arrêt initial⁸⁵⁰. L'exigence de loyauté du salarié subsiste, mais le droit reconnaît la spécificité de la maladie, dont la durée est par nature incertaine. La faute grave ne peut alors être retenue que dans des hypothèses exceptionnelles, comme le silence total du salarié, l'absence de tout certificat médical et

⁸⁴⁷ Cass. Soc., 17 juin 2009, n°08-41.663.

⁸⁴⁸ L'absence d'envoi d'un certificat médical pendant six semaines, alors que la convention collective fixe un délai maximum de quinze jours, justifie un licenciement : Cass. Soc., 11 janv. 1984, n°81-42.650, publié. De même, un licenciement pour faute grave est justifié si un salarié transmet son certificat médical plus de dix jours après son absence : Cass. Soc., 11 janv. 2012, n°10-14.153.

⁸⁴⁹ Cass. Soc., 26 sept. 1990, n°87-41.713.

⁸⁵⁰ Cass. Soc., 11 janv. 2006, n°04-41.231, publié : *JCP S*, 2006, n°7, p. 20, note P-Y Verkindt ; *RJS*, 2006, n°3, p. 20 ; Cass. Soc., 23 mai 2013, n°12-15.209.

l'ignorance complète de l'employeur quant aux raisons de l'absence⁸⁵¹. La jurisprudence illustre ici une volonté de concilier la sécurité de l'entreprise avec la protection du salarié malade.

731. L'incidence sur la protection sociale du salarié. Enfin, l'absence de transmission ne produit pas seulement des effets disciplinaires : elle prive également le salarié des garanties sociales attachées à l'arrêt maladie. En l'absence d'avis, l'employeur ne peut établir les attestations de salaire nécessaires, empêchant la caisse primaire d'assurance maladie de verser les indemnités journalières. Se révèle ainsi un second versant de la sanction : la rigueur administrative ne sanctionne pas uniquement sur le terrain du contrat de travail, mais aussi sur celui de la protection sociale, accentuant le poids des conséquences financières pour le salarié négligent.

III. La communication de l'attestation de salaire

732. L'obligation de l'employeur. Lorsqu'un salarié est placé en arrêt de travail pour maladie, l'employeur est tenu d'établir une attestation de salaire. Cette obligation pèse sur chacun des employeurs en cas de pluralité d'emplois. L'attestation constitue en effet la pièce indispensable permettant à la caisse primaire d'assurance maladie de calculer le montant des indemnités journalières (IJ). Ces dernières sont proportionnées au salaire perçu par le salarié : plus la rémunération est élevée, plus le montant des IJ l'est également. Il ne saurait donc être question pour la caisse de se contenter des seules déclarations du salarié : le recours à l'attestation de l'employeur est la garantie de la fiabilité du calcul.

733. Le contenu et la transmission. L'attestation doit mentionner les dates d'arrêt et de reprise du travail ainsi que les salaires versés pendant la période de référence⁸⁵². Elle atteste également de l'absence d'activité du salarié, condition indispensable à l'ouverture du droit aux indemnités journalières. Depuis le 1er janvier 2017, les employeurs du secteur privé non agricole ont l'obligation de recourir à la déclaration sociale nominative (DSN). Par ce dispositif, l'attestation est générée automatiquement⁸⁵³ et transmise à l'assurance maladie via la création d'une DSN « événement » dans un délai de cinq jours ouvrés suivant le début de l'arrêt. En cas

⁸⁵¹ Cass. Soc., 12 oct. 2011, n°09-68.754.

⁸⁵² CSS, Art. R.323-10.

⁸⁵³ CSS, Art. L.133-5-3.

de subrogation, c'est-à-dire lorsque l'employeur maintient la rémunération du salarié en percevant directement les IJ, l'arrêt est signalé dans la DSN mensuelle⁸⁵⁴.

734. Si l'employeur n'utilise pas encore la DSN, il doit recourir au formulaire homologué S3201p (CERFA n°11135*04). Ce document peut être obtenu auprès des organismes d'assurance maladie ou téléchargé sur les sites ameli.fr et service-public.fr. Le remplissage peut être effectué en ligne, suivi d'une impression ou d'une télédéclaration via net-entreprises.fr. L'attestation doit comporter des informations précises : période et durée de travail correspondant aux salaires, montant et date des rémunérations, retenues sociales appliquées, ainsi que, le cas échéant, la demande de subrogation. Des bulletins de paie de la période concernée peuvent être annexés à titre justificatif.

735. Le rôle supplétif du salarié. En cas de manquement de l'employeur à son obligation, le salarié peut transmettre lui-même l'attestation sous format papier à la caisse. Toutefois, cette démarche ne suffit pas, à elle seule, à garantir le bénéfice du régime de la maladie et donc le versement effectif des indemnités journalières. La communication de l'attestation de salaire reste ainsi une étape cruciale et souvent déterminante pour l'ouverture et la continuité des droits du salarié en arrêt de travail.

Section II. Les formalités à l'égard des tiers

736. Durant un arrêt de travail pour maladie, plusieurs intervenants extérieurs à la relation de travail sont mobilisés afin de compenser la perte de revenu du salarié. En effet, l'employeur n'a pas vocation à assurer directement la rémunération du travailleur empêché. Ce rôle revient, d'une part, à l'assurance maladie (I), et, d'autre part, à divers organismes privés tels que les institutions de prévoyance ou les assureurs complémentaires (II). Encore faut-il que ces tiers soient dûment informés de l'existence de l'arrêt, l'ouverture et le versement des prestations en dépendant.

737. Ces formalités, si elles paraissent purement administratives, poursuivent un objectif clair : garantir la célérité du déclenchement des prestations, qu'il s'agisse des indemnités

⁸⁵⁴ CSS, Art. R.133-14.

journalières ou des compléments assurantiels. Elles ne tendent pas à limiter ou contrôler le recours à l'arrêt de travail, mais uniquement à assurer la continuité de la protection du salarié pendant son indisponibilité. Dans la pratique, elles s'avèrent rarement problématiques, même si des carences ponctuelles peuvent retarder le versement des prestations.

I. La communication à l'assurance maladie

738. Une obligation conditionnelle, non autonome. La transmission des volets de l'arrêt de travail à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ne constitue pas une obligation générale pour le salarié. En réalité, le droit positif ne prévoit aucun délai légal universel de transmission : cette exigence n'existe que pour ouvrir droit aux indemnités journalières de sécurité sociale (IJSS). Ainsi, le salarié qui omet de transmettre l'arrêt dans les délais ne commet pas une faute en droit, mais s'expose uniquement à la perte du bénéfice des prestations associées, ce qui marque une distinction essentielle entre devoir et condition de droit.

739. L'avis d'arrêt comporte trois volets : le volet n°3 est destiné à l'employeur, tandis que les volets n°1 et n°2 doivent être adressés à la CPAM, à l'attention du médecin-conseil⁸⁵⁵. La formalité de transmission constitue le point de départ juridique de la relation entre le salarié et la sécurité sociale. Elle est donc directement conditionnée par l'existence d'un droit ouvert : sans transmission, il n'y a pas de créance, et aucune sanction disciplinaire ou civile ne peut être invoquée contre le salarié pour simple défaut d'envoi.

740. Si le salarié n'a pas droit aux IJSS — pour cause d'affiliation insuffisante, de dépassement de la durée maximale ou d'absence de carence remplie —, il n'est tenu par aucun délai légal. En pratique, la dématérialisation progressive des arrêts par télétransmission médicale a réduit la portée de cette exigence : le médecin adresse directement les volets à la CPAM, ce qui allège la charge déclarative du salarié et limite les risques. L'obligation de transmission conserve donc une existence résiduelle, davantage symbolique que substantielle, mais toujours lourde de conséquences en cas de défaillance.

741. Le délai et ses modalités pratiques. Lorsque le salarié remplit les conditions d'ouverture des droits, le Code de la sécurité sociale prévoit que la transmission doit intervenir dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail. En matière de prolongation, les règles ont été récemment unifiées. Jusqu'au 30 juin 2025, le Code de la sécurité sociale imposait

⁸⁵⁵ CSS, Art. L.321-2 ; CSS, Art. R.321-2.

que la prolongation de l'arrêt soit transmise à la CPAM dans les deux jours suivant la prescription de prolongation, sous peine des mêmes sanctions. Depuis la réforme entrée en vigueur le 1er juillet 2025⁸⁵⁶, le texte aligne désormais la règle sur celle applicable à l'arrêt initial : la transmission doit intervenir dans les deux jours suivant la date d'interruption de travail⁸⁵⁷. Cette modification, opérée pour simplifier les démarches et harmoniser les délais, vise à limiter les confusions fréquentes entre date de prescription et date d'effet. Le calcul du délai obéit aux règles classiques : prorogation en cas de week-end ou de jour férié, date du cachet de la poste en cas d'envoi postal, ou date de réception en cas de remise directe. Cette formalité constitue ainsi le point de départ de la relation entre le salarié et la sécurité sociale.

742. La charge probatoire pesant sur le salarié. La preuve de la régularité de l'envoi incombe au salarié. S'il est soutenu par la caisse que l'avis n'a pas été reçu ou qu'il l'a été hors délai, il appartient à l'assuré de démontrer le contraire. De simples affirmations sont jugées insuffisantes⁸⁵⁸, la preuve pouvant toutefois être rapportée par tout moyen, y compris par présomption, selon l'appréciation souveraine des juges⁸⁵⁹. Cette charge probatoire, lourde dans son principe, révèle une asymétrie : alors que le salarié est affaibli par la maladie, il doit se prémunir contre un risque de défaillance postale. La pratique de l'envoi en courrier simple, qui ne laisse aucune trace, accentue encore cette insécurité juridique.

743. Les effets de la défaillance. L'absence totale de communication des volets destinés à l'assurance maladie prive le salarié de toute indemnité journalière⁸⁶⁰ : la caisse, faute d'information, ne peut ni vérifier l'arrêt ni calculer les droits. Lorsque le salarié a seulement méconnu le délai de quarante-huit heures, le régime est plus nuancé. Un premier envoi tardif n'entraîne pas de sanction, la CPAM se bornant à alerter l'assuré sur le risque de réduction des prestations en cas de récidive dans les deux années suivantes. En revanche, un second manquement entraîne une sanction financière : une minoration de 50 % des indemnités journalières pour la période comprise entre la prescription de l'arrêt et sa communication. Toutefois, certaines exceptions viennent tempérer la rigueur du système, notamment en cas d'hospitalisation ou d'impossibilité matérielle d'envoyer l'arrêt dans le délai.

⁸⁵⁶ Décret n° 2025-587 du 28 juin 2025 relatif à la transmission des avis d'arrêt de travail.

⁸⁵⁷ CSS, Art. R.321-2.

⁸⁵⁸ Cass. Civ. 2e, 9 mai 2018, n°17-16.369 ; Cass. Soc., 24 oct. 1974, *JCP G*, 1974, IV, p. 394, *Bull. civ.* 1974.

⁸⁵⁹ Cass. Soc., 11 avr. 2002, n°00-20.218, publié.

⁸⁶⁰ Cass. Civ. 2ème, 11 févr. 2016, n°14-27.021, publié : *RJS*, 2016, n°4, p. 332 ; Cass. Civ. 2e, 23 janv. 2020, n°18-25.086, publié : *RJS*, 2020, n°4, p. 301.

744. Les finalités et limites. Ce régime ne vise pas à sanctionner le salarié, mais à garantir la célérité de la prise en charge et à permettre le contrôle médical de l'arrêt. Toutefois, l'efficacité de la règle se heurte à ses lourdeurs pratiques : obligation de se déplacer à la poste malgré la maladie, coût du timbre, incertitude liée aux retards ou aux grèves postales. Dans un contexte de dématérialisation généralisée, cette exigence exclusivement papier apparaît anachronique. La mise en place d'une télétransmission des arrêts de travail constituerait un progrès considérable : elle assurerait la traçabilité, sécuriserait la preuve, et favoriserait une coordination plus rapide entre le médecin prescripteur, le médecin-conseil et le médecin du travail. Cette évolution pourrait renforcer l'efficacité du système sans nuire à la protection des droits, en inscrivant l'arrêt de travail dans un circuit numérique fluide et transparent⁸⁶¹.

II. Le formalisme complémentaire avec les organismes de prévoyance

745. La logique assurantielle. Aux côtés de la protection légale assurée par la sécurité sociale, la perte de revenus consécutive à un arrêt maladie peut être compensée par des dispositifs de prévoyance complémentaire, collectifs ou individuels. Inscrits dans une logique assurantielle classique, ces dispositifs reposent sur un mécanisme de mutualisation du risque financé par des cotisations. Lorsque l'incapacité survient, l'assureur prend en charge tout ou partie de la perte de revenus, conformément au contrat. Mais l'activation de cette garantie suppose un formalisme spécifique, qui se superpose aux exigences issues du Code de la sécurité sociale, ajoutant une strate procédurale supplémentaire dans un moment où le salarié est pourtant fragilisé. Ainsi se construit un système dual où la sécurité sociale et la prévoyance répondent à des logiques fonctionnelles différentes, mais dont l'articulation conditionne concrètement le niveau de protection du salarié.

746. Une protection organisée au niveau de la collectivité de travail. Les contrats de prévoyance collectifs, mis en place au niveau de la branche ou de l'entreprise, reposent sur une mutualisation large des risques. L'assureur ne peut exiger aucune donnée médicale individuelle : seules sont prises en compte des caractéristiques générales de la population assurée (âge, situation de famille, rémunération). Ce cadre collectif, souvent imposé par accord de branche, atténue les effets de sélection des risques et place la prévoyance à mi-chemin entre logique contractuelle et logique de solidarité professionnelle.

⁸⁶¹ A. BOYER, *op. cit.*

747. L'obligation de mettre en place un régime complémentaire peut résulter d'un accord de branche, d'un accord de groupe ou d'entreprise, voire d'un accord propre à un établissement. En vertu du principe de faveur, une entreprise ne peut déroger au régime instauré par la branche que dans un sens plus favorable aux salariés. Dans ce cadre, l'entreprise demeure l'acteur central de la négociation et du choix du contrat : elle détermine, avec l'assureur, l'étendue des risques garantis, le niveau des prestations, le taux des cotisations, ainsi que les modalités d'affiliation. Le comité social et économique est certes consulté, mais son avis n'est pas décisionnel. Le dispositif repose enfin sur un contrat d'assurance conclu entre l'entreprise et l'organisme assureur, auquel les salariés sont automatiquement affiliés dès lors que le caractère obligatoire du régime est établi. Ce modèle, protecteur par nature, est néanmoins dépendant de la qualité de la négociation collective et du degré d'implication de l'employeur dans son administration.

748. La diversité des prestations. Les garanties offertes par les régimes de prévoyance peuvent réduire le délai de carence, compléter le maintien de salaire légal ou conventionnel, prolonger celui-ci au-delà des durées prévues ou assurer un niveau de rémunération plus élevé. L'ensemble demeure toutefois soumis au principe indemnitaire, qui interdit que les revenus cumulés (IJSS, maintien de salaire, prestations de prévoyance) excèdent 100 % du salaire net antérieur. Cette contrainte limite la marge de manœuvre des partenaires sociaux comme des assureurs, et maintient la prévoyance dans une logique de réparation strictement économique.

749. Les contrats individuels et la sélection des risques. À l'opposé, la prévoyance individuelle laisse à l'assureur une grande liberté d'appréciation du risque, notamment via la mise en œuvre de questionnaires de santé ou, parfois, d'examens médicaux. Cette logique contractuelle pure engendre des inégalités d'accès à la protection : les assurés présentant un risque médical plus élevé se voient appliquer des cotisations majorées, des exclusions de garantie, ou essuient un refus pur et simple d'assurance. Le salarié assume seul la charge financière du contrat et supporte les conséquences d'éventuelles déclarations inexactes ou incomplètes, dans un univers juridique où la bonne foi contractuelle ne protège que marginalement contre les sanctions. Il participe activement à la définition des garanties, mais cette autonomie est tempérée par un pouvoir de sélection de l'assureur qui limite substantiellement l'effectivité du droit à la protection contre la perte de revenus.

750. Un formalisme à double entrée. Si le salarié doit respecter les obligations posées par la sécurité sociale, l'ouverture de la garantie de prévoyance dépend d'un second formalisme

propre au contrat d'assurance. En pratique, toutefois, ce n'est pas au salarié mais à l'employeur qu'il revient d'effectuer la déclaration de l'arrêt de travail auprès de l'organisme assureur. Le salarié ne maîtrise donc ni la procédure ni son déclenchement : son droit dépend d'une diligence administrative dont il n'est pas maître.

751. Cette dépendance crée des difficultés structurelles. Dans certaines entreprises – notamment les plus petites –, les déclarations sont effectuées tardivement ou pas du tout, par méconnaissance du contrat ou défaut de suivi interne. Plus largement, la difficulté d'accès aux polices d'assurance aggrave cette vulnérabilité : leur contenu est souvent complexe, rarement communiqué, et difficilement compréhensible même pour des professionnels du droit social ou des ressources humaines. Il en résulte une asymétrie d'information profonde : de nombreux salariés ignorent s'ils bénéficient d'un régime de prévoyance, et lorsqu'ils en relèvent, ils ne connaissent ni l'étendue des garanties couvertes, ni les démarches nécessaires pour les activer. Ainsi, la rigidité formaliste du droit des assurances accroît la précarité juridique du salarié en arrêt maladie : non seulement il dépend du professionnalisme de l'employeur, mais il supporte encore les conséquences d'un défaut de déclaration qu'il est matériellement incapable de corriger.

752. Vers une obligation légale de prévoyance complémentaire. À ce jour, seule la négociation collective – principalement au niveau des branches – impose la mise en place d'un régime de prévoyance couvrant les risques d'incapacité. L'idée d'une généralisation légale, sur le modèle de l'instauration obligatoire de la complémentaire santé en 2013, revient périodiquement dans le débat public. Une proposition de loi a été déposée en ce sens. Néanmoins, les coûts potentiels d'une telle mesure constituent un frein important, notamment pour les petites entreprises : la question de son financement reste l'un des obstacles majeurs à sa concrétisation.

Section III. Les formalités spécifiques aux accidents du travail ou maladies professionnelles

753. Le régime des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP) constitue une protection dérogatoire et plus favorable que celle applicable à la maladie ordinaire :

indemnisation plus élevée, durée de prise en charge prolongée, et meilleure couverture des séquelles éventuelles. Cette générosité explique la vigilance particulière du législateur et de la jurisprudence quant aux conditions d'accès à ce régime.

754. Cependant, si la Cour de cassation tend à reconnaître, dans une logique évolutive, qu'un accident du travail ou une maladie professionnelle peut résulter de situations de souffrance psychologique⁸⁶², l'accès à cette protection demeure conditionné par le respect d'un formalisme procédural strict. En effet, le salarié doit non seulement remplir certaines conditions de fond, mais également se conformer à une procédure déclarative spécifique.

Accidents du travail et maladies professionnelles offrent, à terme, une même protection. Toutefois, les conditions de reconnaissance diffèrent : la maladie professionnelle requiert une procédure souvent longue et incertaine (II), tandis que l'accident du travail se caractérise par un régime probatoire plus accessible⁸⁶³ (I).

I. La déclaration et la gestion de l'accident du travail

« Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne mentionnée à l'article L.311-2. »

- CSS, Art. L.411-1.

755. Les conditions de l'accident du travail. L'accident du travail suppose la réunion de deux éléments cumulatifs : d'une part, la survenance d'un fait soudain, imprévu et datable, intervenant par le fait ou à l'occasion du travail ; d'autre part, l'existence d'une atteinte à la santé du salarié, qu'elle soit physique ou psychologique. Le lien avec l'exécution du contrat de travail est présumé lorsqu'il se produit dans les locaux de l'entreprise, y compris durant un temps de pause. La jurisprudence a d'ailleurs reconnu la qualification d'accident du travail pour des atteintes psychologiques brutales, telles qu'un choc émotionnel ou une détresse psychique soudaine, dès lors qu'elles sont médicalement constatées⁸⁶⁴. Peu importe que le salarié ait pu

⁸⁶² V. BONNETERRE, *Détection et investigation de maladies professionnelles potentiellement émergents à partir du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P)*, Thèse, Grenoble, 2010.

⁸⁶³ J. MUNOZ, *L'accident du travail. De la prise en charge au processus de reconnaissance*, PUR, Des Sociétés, 2002.

⁸⁶⁴ Par exemple, les juges ont reconnu l'accident du travail dans l'hypothèse d'une dépression nerveuse apparue soudainement après un entretien du salarié avec son supérieur hiérarchique : Cass. Civ. 2^{ème}, 1er juill. 2003, n°02-

contribuer au différend à l'origine de l'événement⁸⁶⁵ : la soudaineté de l'atteinte prime sur l'origine du conflit.

756. À titre d'exemple, le malaise survenu lors d'un entretien dans le bureau de la responsable des ressources humaines, soit aux temps et lieux de travail, est présumé revêtir un caractère professionnel, même s'il s'est déroulé dans des conditions normales⁸⁶⁶, alors que le Conseil d'État adopte une approche différente pour les fonctionnaires⁸⁶⁷. Cette présomption illustre la protection accordée au salarié dans l'appréhension de situations survenant dans le cadre de son activité professionnelle

757. Suicides et tentative de suicide. La Cour de cassation admet qu'un suicide ou une tentative de suicide puisse relever du régime des accidents du travail⁸⁶⁸, même si l'événement déroge à l'exigence de soudaineté de l'article L.411-1 du Code de la sécurité sociale⁸⁶⁹. Le fait qu'un salarié soit en arrêt maladie au moment de l'acte n'empêche pas sa qualification d'accident du travail, dès lors que le travail constitue la « cause génératrice » du geste désespéré⁸⁷⁰. Le suicide consécutif à un harcèlement moral⁸⁷¹, à des conditions de travail dégradées⁸⁷² ou à des remontrances hiérarchiques⁸⁷³ a ainsi été reconnu comme professionnel⁸⁷⁴. En revanche, lorsque l'acte trouve exclusivement son origine dans des difficultés personnelles, la qualification est écartée.

758. Limite des troubles psychiques évolutifs. La notion de fait accidentel soudain restreint l'accès au régime des accidents du travail pour nombre de salariés souffrant psychologiquement en raison de leur activité professionnelle. En effet, la souffrance psychologique résulte souvent

30.576, publié : *D.*, 2004, n° 13, p. 906, note M. Huyette ; *SSL*, 2003, n°1137, p. 10, note M. Hautefort ; *R.D. sanit. soc.*, 2018, n°4, p. 591, note X. Petrot et S. Le Fischer.

⁸⁶⁵ Cass. Civ. 2^{ème}, 28 janv. 2021, n°19-25.722, publié : *JCP S*, 2021, n°9, p. 32, obs. T. Tauran ; *BJT*, 2021, n°3, p. 34, obs. M. Keim-Bagot.

⁸⁶⁶ Cass. Civ. 2^{ème}, 19 oct. 2023, n°22-13.275 ; Cass. Civ. 2^{ème}, 9 sept. 2021, n°19-25.418 : *JCP S*, 2021, n°41, p. 33-36, obs. M. Keim-Bagot.

⁸⁶⁷ CE, 27 sept. 2021, n°440983.

⁸⁶⁸ N. GACIA, « La responsabilité de l'employeur en raison du suicide du salarié », *La Semaine Juridique - Social*, juillet 2008, n° 27, p. 18-21.

⁸⁶⁹ P. MORVAN, « Le suicide au travail : quels droits pour le salarié victime », *patrickmorvan.over-blog.com*, septembre 2009.

⁸⁷⁰ Cass. Civ. 2^{ème}, 22 févr. 2007, n°05-18.628, publié : *JCP S*, 2007, n°1429, note D. Asquinazi-Baillex.

⁸⁷¹ CA Riom, 22 févr. 2000 : *D.*, 2000, p.634.

⁸⁷² Cass. Ass. Plén., 15 déc. 1972 : *D.*, 1973, 237, note Y. Saint-Jours.

⁸⁷³ Cass. Soc., 20 avr. 1988 : *Bull. civ.* 1988, V, n°241.

⁸⁷⁴ Cass. Soc., 23 sept. 1982, deux arrêts : *Bull. civ.* 1982, V, n° 524 et 525 ; Cass. Soc., 16 déc. 1968 : *Bull. civ.* 1968, V, n° 596.

d'une accumulation de faits répétés, dont l'effet pathologique se déploie progressivement. L'absence d'un événement déclencheur unique prive alors le salarié de la protection liée à l'accident du travail, bien que l'atteinte soit directement imputable au travail. Cette limite illustre la difficulté d'adapter un régime conçu pour les atteintes physiques immédiates à des troubles psychiques évolutifs.

759. La déclaration d'accident du travail. La victime doit consulter un médecin qui établit un certificat médical précisant la nature des lésions, leur localisation et leurs conséquences éventuelles⁸⁷⁵. L'un des volets est transmis directement à la CPAM, l'autre remis au salarié. La déclaration de l'accident ne conduit pas automatiquement à un arrêt de travail : celui-ci n'est délivré par le praticien que si l'état de santé du salarié le justifie. Le salarié dispose d'un « privilège du préalable » : il peut s'auto-déclarer en accident du travail auprès de la CPAM, déclenchant ainsi l'ouverture de la procédure de reconnaissance. L'employeur n'intervient qu'en émettant des réserves, ce qui entraîne l'ouverture d'une enquête par la caisse. Ce mécanisme garantit au salarié un droit initial à la protection professionnelle et limite le pouvoir de l'employeur dans la qualification de l'accident.

760. Le salarié victime doit informer son employeur⁸⁷⁶ dans un délai de 24 heures, sauf hospitalisation ou impossibilité absolue. Cette information peut être transmise par tout moyen (oral, électronique ou écrit), mais l'exigence de preuve recommande l'usage d'un support conférant date certaine, tel qu'une lettre recommandée⁸⁷⁷. Ce délai bref traduit la logique du régime : la soudaineté de l'accident permet d'établir sans difficulté le lien avec l'activité professionnelle. À défaut, le salarié peut déclarer l'accident directement à la CPAM dans un délai de deux ans, laquelle se charge alors d'en informer l'employeur⁸⁷⁸.

761. L'employeur est tenu de déclarer l'accident à la CPAM dans un délai de 48 heures⁸⁷⁹ à compter de la date à laquelle il en a eu connaissance⁸⁸⁰. Cette formalité peut être réalisée en ligne sur net-entreprises.fr ou par formulaire CERFA n°14463*03. Le non-respect de cette obligation est lourdement sanctionné : remboursement des prestations à la caisse⁸⁸¹, pénalités

⁸⁷⁵ CSS, Art. L.441-6.

⁸⁷⁶ CSS, Art. L.441-1.

⁸⁷⁷ CSS, Art. R.441-2.

⁸⁷⁸ CSS, Art. L.441-2.

⁸⁷⁹ *Ibid.* CSS, Art. R.441-3. La CPAM compétente est celle du lieu de résidence habituel du salarié.

⁸⁸⁰ Cass. Civ. 2ème, 9 déc. 2003, n°02-30.603, publié : *Dr. Soc.*, 2003, n°2, p. 229, note X. Prétot.

⁸⁸¹ CSS, Art. L.471-1.

financières⁸⁸², amendes contraventionnelles⁸⁸³ et dommages-intérêts au profit du salarié⁸⁸⁴. L'employeur peut assortir sa déclaration de réserves, permettant de contester le lien entre l'événement et l'activité professionnelle, mais ne peut s'opposer au déclenchement de la procédure par le salarié.

762. À compter de la réception de la déclaration et du certificat médical, la CPAM dispose d'un délai de 30 jours francs pour se prononcer⁸⁸⁵. À défaut de décision expresse dans ce délai, le caractère professionnel de l'accident est reconnu de plein droit⁸⁸⁶. Lorsque des réserves ont été émises par l'employeur, ou lorsque la caisse estime nécessaire d'engager des investigations, le délai d'instruction est porté à 90 jours⁸⁸⁷. Le caractère professionnel peut être refusé si la preuve est rapportée que l'accident trouve exclusivement son origine dans des causes étrangères au travail, ce qui soulève une difficulté particulière en matière de troubles psychiques, où les causes sont fréquemment plurielles et intriquées.

II. La reconnaissance des maladies professionnelles : un double régime

763. Lorsqu'il estime être atteint d'une maladie professionnelle, le salarié doit, dans un premier temps, accomplir les formalités classiques applicables aux maladies ordinaires : informer son employeur de son absence et lui transmettre l'avis d'arrêt de travail. Mais la spécificité de la maladie professionnelle tient à l'obligation de déclarer son origine professionnelle auprès de la CPAM. Cette déclaration doit être effectuée dans un délai de quinze jours suivant la cessation du travail⁸⁸⁸. Le salarié doit adresser à la caisse le formulaire ad hoc accompagné du certificat médical initial décrivant la pathologie et mentionnant son caractère professionnel. Un double de cette déclaration doit être communiqué à l'employeur par tout moyen conférant date certaine, ainsi qu'au médecin du travail, garant de la surveillance de la santé du salarié en lien avec son activité professionnelle⁸⁸⁹.

764. Contrairement à la procédure applicable en matière d'accident du travail, l'employeur n'a pas, en principe, l'obligation de déclarer la maladie professionnelle à la CPAM. Son rôle se

⁸⁸² CSS, Art. L.114-17-1.

⁸⁸³ CSS, Art. R.471-3.

⁸⁸⁴ Cass. Soc., 15 nov. 2001, n°99-21.638, publié.

⁸⁸⁵ CSS, Art. R.441-7.

⁸⁸⁶ CSS, Art. R.441-18.

⁸⁸⁷ CSS, Art. R.441-8.

⁸⁸⁸ CSS, Art. L.461-5.

⁸⁸⁹ CSS, Art. R.461-9.

limite à recevoir copie de la déclaration effectuée par le salarié et, le cas échéant, à formuler des réserves quant à l'imputabilité de la pathologie au travail. Hormis cette possibilité, il n'exerce aucune initiative procédurale : la demande de reconnaissance de la maladie professionnelle relève exclusivement de la démarche du salarié auprès de la CPAM. Cette asymétrie illustre la différence fondamentale entre accident du travail et maladie professionnelle : le premier relève d'une présomption liée à la soudaineté de l'événement, tandis que la seconde suppose une véritable démonstration de causalité, dont la charge initiale pèse sur la victime.

765. Le bénéfice du régime protecteur attaché à la maladie professionnelle suppose avant tout que la pathologie soit reconnue comme telle⁸⁹⁰. Est ainsi qualifiée de professionnelle la maladie directement causée par l'activité salariée. Toutefois, cette reconnaissance ne se fait pas selon un mécanisme unique : elle obéit à une architecture duale. En premier lieu, le code de la sécurité sociale a établi une série de tableaux recensant des pathologies présumées d'origine professionnelle, à condition que soient respectées les exigences relatives aux délais d'exposition, à la durée de la maladie et à la nature des travaux effectués (A). En second lieu, si la maladie dont souffre le salarié ne correspond pas aux cas énumérés, ou si l'ensemble des conditions prévues par les tableaux ne sont pas remplies, la reconnaissance est toujours possible, mais selon une procédure spécifique plus lourde et plus incertaine, qui suppose d'établir directement le lien de causalité entre la maladie et le travail (B).

A. La présomption d'imputabilité favorable au salarié

« Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau. »

- CSS, Art. L.461-1, al. 5.

766. La logique des tableaux comme instrument de simplification. L'annexe II du code de la sécurité sociale fixe 102 tableaux de maladies professionnelles. Chacun définit avec précision trois éléments cumulatifs : la pathologie concernée, le délai de prise en charge (et, le cas échéant, la durée d'exposition) ainsi que la liste des principaux travaux susceptibles de

⁸⁹⁰ D. LABARTHE-BOUVET, *Recherche d'indicateurs en santé au travail. À propos d'une enquête sur les maladies à caractère professionnel dans les pays de la Loire en 2003*, Thèse, Nantes, 2005, p. 50-51.

provoquer la maladie, cette dernière n'ayant toutefois qu'une valeur indicative. Le système vise à simplifier la reconnaissance : dès lors qu'un salarié présente une maladie figurant dans un tableau, contractée dans les délais et conditions prescrits, l'origine professionnelle est automatiquement présumée, sans qu'il soit besoin de démontrer le lien de causalité. La logique est donc celle d'un mécanisme probatoire favorable, fondé sur une présomption légale qui renverse la charge de la preuve au bénéfice du salarié.

767. Les limites structurelles du dispositif : l'exclusion des pathologies psychiques. Cette présomption demeure néanmoins d'application restreinte. Les tableaux couvrent principalement des atteintes physiques liées à des agents chimiques, biologiques ou mécaniques. Les troubles psychiques n'y figurent que de manière marginale, et uniquement lorsqu'ils sont la conséquence d'une exposition spécifique à un produit toxique – ainsi des états dépressifs chroniques accompagnés d'impulsions morbides liés au sulfure de carbone⁸⁹¹. En revanche, les risques psychosociaux, pourtant largement documentés dans la littérature scientifique et reconnus par les acteurs de la prévention, ne trouvent aucune traduction tabellaire. Ni la dépression réactionnelle, ni les troubles anxieux ou post-traumatiques liés à l'organisation du travail, ni même certaines pathologies cardio-vasculaires aggravées par le stress professionnel n'entrent dans le champ de la présomption. Or, l'absence de leur mention dans les tableaux ne repose sur aucune justification scientifique solide. Elle traduit plutôt une réticence normative à reconnaître pleinement la causalité professionnelle des atteintes psychiques, au prix d'une exclusion silencieuse mais significative.

768. Une présomption d'imputabilité inachevée. En définitive, si la présomption instaurée par l'article L.461-1 du code de la sécurité sociale constitue un levier de protection puissant, elle révèle aussi ses angles morts. En laissant hors champ l'essentiel des maladies psychiques, le système de tableaux entretient une inégalité d'accès au régime favorable des maladies professionnelles. Le salarié atteint d'une pathologie psychique causée par son travail est renvoyé à la procédure hors tableaux, autrement plus exigeante et incertaine. L'exclusion des troubles psychiques apparaît ainsi comme une limite structurelle de la présomption d'imputabilité, qui fragilise la cohérence de l'ensemble du dispositif protecteur.

⁸⁹¹ INRS, *Tableaux des maladies professionnelles, Régime général - tableau 22 « Sulfocarbonisme professionnel »*.

B. La procédure spécifique hors tableaux

769. Une reconnaissance restrictive. Lorsqu'une pathologie n'est pas prédéterminée comme professionnelle, aucune présomption d'imputabilité ne joue. La reconnaissance individuelle reste cependant possible, mais elle est soumise à des conditions restrictives : la maladie doit être essentiellement et directement causée par le travail habituel du salarié, et avoir entraîné soit le décès, soit une incapacité permanente d'au moins 25 %⁸⁹². Ce seuil élevé révèle la nature résiduelle et exceptionnelle de cette procédure. Il ne s'agit plus ici d'une simple modalité probatoire, mais d'un véritable filtre normatif visant à limiter l'ouverture du régime aux hypothèses les plus graves, ce qui témoigne d'une conception restrictive de la protection.

770. Le déclenchement de la procédure et ses formalités. La demande de reconnaissance doit être introduite par le salarié auprès de sa caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Souvent, l'initiative émane du médecin traitant, qui constate une dégradation de l'état de santé en lien avec le travail. Le salarié doit alors compléter un formulaire spécifique⁸⁹³ dans un délai de quinze jours suivant la cessation du travail⁸⁹⁴. Cette formalité est impérative : il s'agit de la condition *sine qua non* de l'instruction du dossier. S'y ajoutent la transmission du certificat médical initial, de l'attestation de salaire établie par l'employeur, ainsi que des résultats d'éventuels examens médicaux complémentaires. À la lourdeur des conditions substantielles s'ajoute ainsi une rigueur procédurale, qui fait de la reconnaissance hors tableaux un véritable parcours du combattant administratif.

771. Le délai de quinze jours apparaît particulièrement bref, d'autant que la conscience du lien entre maladie et activité professionnelle peut émerger progressivement. Le médecin joue donc un rôle crucial pour alerter le salarié et l'orienter vers la démarche de reconnaissance. Certaines exceptions atténuent toutefois cette rigueur : le salarié peut déclarer dans un délai de deux ans à compter de l'inscription de la maladie à un tableau, de la cessation du paiement des indemnités journalières ou encore de la date à laquelle il a été informé par certificat médical du lien possible entre sa maladie et son travail. Mais, en pratique, la brièveté du délai initial participe d'un effet dissuasif, qui fragilise l'effectivité de la protection.

⁸⁹² G. VACHET, « Maladies professionnelles. Reconnaissance hors tableaux », *Revue de droit sanitaire et social*, 1993, p. 322.

⁸⁹³ CERFA n°16130*01

⁸⁹⁴ CSS, Art. L.461-5 ; CSS, Art. R.461-5.

772. L’instruction du dossier et l’intervention du CRRMP. La CPAM dispose d’un délai de 120 jours pour instruire le dossier⁸⁹⁵. Elle peut diligenter une enquête, solliciter un questionnaire ou même faire examiner le salarié par un médecin-conseil, notamment lorsque l’employeur a émis des réserves motivées. La décision de la caisse est systématiquement soumise à l’avis du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) lorsque la pathologie ne figure pas dans un tableau ou qu’une condition de celui-ci n’est pas remplie. Le comité, composé d’experts, dispose d’un délai de quatre mois prorogeable à six pour rendre un avis argumenté. Le temps de la reconnaissance s’allonge ainsi, souvent sur plusieurs mois, sans certitude pour le salarié d’obtenir gain de cause. L’incertitude probatoire et temporelle devient alors une caractéristique intrinsèque de cette procédure, susceptible de décourager de nombreuses victimes.

773. L’exemple des troubles psychiques : une reconnaissance à la marge. Les pathologies psychiques, telles que la dépression, les syndromes anxiodépressifs ou les troubles réactionnels liés à une souffrance au travail, ne figurent dans aucun tableau de maladies professionnelles⁸⁹⁶. Leur reconnaissance ne peut donc passer que par cette procédure complexe, devant le CRRMP. La jurisprudence a déjà admis, dans certaines hypothèses, le caractère professionnel de ces troubles, notamment lorsqu’ils trouvent leur origine dans un harcèlement moral⁸⁹⁷. Le décret du 7 juin 2016 est venu assouplir cette reconnaissance en attribuant expressément compétence au CRRMP pour examiner de tels cas⁸⁹⁸. Mais la sévérité des conditions de fond et de procédure rend l’accès au régime particulièrement difficile. Paradoxalement, loin de favoriser les abus, cette rigueur écarte souvent des salariés qui devraient légitimement bénéficier de la protection offerte par le régime des maladies professionnelles.

774. En définitive, la reconnaissance hors tableaux illustre une tension doctrinale fondamentale : elle constitue la voie de secours censée assurer une protection universelle⁸⁹⁹, mais elle est construite comme une exception strictement encadrée. Ce paradoxe traduit une hésitation structurelle du législateur : affirmer la protection de la santé au travail tout en la

⁸⁹⁵ CSS, Art. R.441-8.

⁸⁹⁶ C. BERSON, « Santé mentale dans le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel », Institut national de veille sanitaire, *Santé mentale et travail*, 26 mars 2009, p. 4.

⁸⁹⁷ CA Chambéry, 13 déc. 2011, n°11/01287.

⁸⁹⁸ Décret n°2016-756 du 7 juin 2016 relatif à l’amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles et du fonctionnement des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

⁸⁹⁹ V. BONNETERRE, *op. cit.*

soumettant à des conditions probatoires si rigoureuses qu'elles en restreignent la portée effective.

Conclusion Titre II

775. Tout droit est par nature exposé au risque d'abus, et l'arrêt de travail n'échappe pas à cette dialectique classique entre protection et détournement. Pensé comme un instrument de solidarité sociale, il peut être soupçonné de devenir un instrument de convenance individuelle. La doctrine critique souvent la souplesse de son régime, en redoutant que l'arrêt maladie ne serve de prétexte à une éviction temporaire du travail plus qu'à une protection effective de la santé. Mais réduire le mécanisme à cette seule suspicion revient à méconnaître sa fonction normative profonde : l'arrêt maladie constitue l'un des piliers de l'État social, et sa légitimité ne peut se mesurer seulement à l'aune de la lutte contre la fraude. Comme l'a montré la théorie de l'abus de droit, ce n'est pas le risque d'instrumentalisation qui fragilise la norme, mais l'incapacité du système juridique à concilier les intérêts antagonistes qu'elle met en présence.

776. L'encadrement du dispositif repose d'abord sur un contrôle substantiel, assuré par l'autorité médicale. Contrairement à ce que la critique laisse entendre, le salarié ne dispose d'aucun pouvoir discrétionnaire : seul un médecin, tenu par des règles déontologiques strictes et susceptible d'engager sa responsabilité disciplinaire, civile et pénale, peut délivrer un arrêt. La France se singularise ici par une rigueur certaine, puisque la prescription est réservée exclusivement aux médecins, à la différence d'autres systèmes juridiques (britannique ou américain) qui admettent une compétence élargie à d'autres professionnels de santé. Loin de traduire une « souplesse » excessive, ce choix démontre une volonté de verrouiller la prescription par un filtre médical contraignant. La critique de la fraude apparaît ainsi surévaluée, sauf à considérer que l'ensemble du corps médical participerait lui-même à l'instrumentalisation du système.

777. À ce premier niveau de régulation s'ajoute un encadrement formel, destiné à assurer la transparence vis-à-vis de l'employeur et la célérité de la prise en charge par la sécurité sociale. Ce formalisme, loin d'être neutre, révèle une ambivalence doctrinale. Il est, d'un côté, l'expression de la logique de responsabilité partagée qui irrigue le droit de la sécurité sociale : informer l'employeur, c'est reconnaître la dimension organisationnelle de l'absence. Mais, de l'autre, ce formalisme peut se retourner contre le salarié lorsque la pathologie trouve

précisément son origine dans les relations de travail. L'obligation de notification directe, en imposant un contact avec l'employeur, peut aggraver l'état de santé, particulièrement en cas de conflit ou de harcèlement. La réflexion invite alors à dépasser la logique purement procédurale pour envisager une dématérialisation intégrale et automatisée des transmissions. L'informatisation de la procédure constituerait une innovation normative permettant d'alléger la charge psychologique du salarié, de sécuriser la transmission des données⁹⁰⁰ et de préserver simultanément l'intérêt de l'employeur.

778. Au-delà des mécanismes techniques, l'arrêt maladie illustre une tension structurelle du droit social contemporain : entre logique de protection et logique de contrôle, entre confiance et suspicion. L'accent doctrinal mis sur le risque d'abus traduit moins une réalité statistique qu'une évolution idéologique du droit, marqué par une défiance croissante à l'égard des bénéficiaires de la solidarité. Or, le droit de la sécurité sociale ne saurait être gouverné uniquement par une logique de soupçon. Sa légitimité repose sur une conception normative de la santé comme droit fondamental, garantissant la dignité du travailleur face aux aléas de la vie professionnelle. Le véritable défi n'est donc pas de renforcer indéfiniment les garde-fous contre des abus marginaux, mais de maintenir la confiance collective dans l'institution tout en l'adaptant aux mutations contemporaines du travail et de la santé.

779. Ainsi, l'arrêt maladie ne doit pas être pensé seulement comme une technique de suspension du contrat de travail, mais comme un révélateur d'un choix politique : celui de privilégier la protection de la santé sur la suspicion d'abus. C'est dans cet équilibre — fragile, mais fondateur — que réside l'avenir du droit social : préserver la rigueur nécessaire à la crédibilité du système, tout en affirmant la primauté de la finalité protectrice qui fonde le droit à la santé au travail.

⁹⁰⁰ A. BRU-FRANCOIS, *La gestion des risques psychosociaux à l'épreuve de la loi Informatique et Libertés, Étude de la conformité des traitements de données à caractère personnel ayant pour finalité la mesure, la prévention et la gestion des risques psychosociaux, avec la loi du 6 janvier 1978 modifiée*, Mémoire, ISEP, 2013.

Conclusion Première partie

780. L'analyse détaillée de l'accès à l'arrêt maladie révèle une dialectique complexe entre une reconnaissance sociale et médicale croissante du mal-être au travail, et un encadrement juridique qui demeure à la fois strict et ambivalent. Le phénomène, désormais socialement indiscutable, inscrit la souffrance psychique parmi les nouvelles frontières de la protection sociale, plaçant l'arrêt maladie au cœur d'un enjeu fondamental : celui de la mise en sécurité sanitaire du salarié dans un contexte professionnel souvent pathogène. Cette reconnaissance témoigne d'une évolution notable du droit, qui intègre progressivement une dimension psychique jusque-là marginalisée, sans pour autant résoudre les tensions structurelles qui traversent son application.

781. Or, cette évolution normative bute sur un paradoxe majeur : le régime de l'arrêt maladie, s'il garantit une légitimité médicale et une protection contre les dérives opportunistes, reproduit une logique essentiellement formaliste et curative, insuffisamment adaptée à la nature diffuse, multifactorielle et parfois insidieuse des troubles psychiques. Le recours obligatoire à la prescription médicale, s'il constitue un garde-fou nécessaire, participe également à figer un rapport médicalisé à la souffrance, où la subjectivité du vécu psychique se heurte aux exigences objectivantes du système. Par ailleurs, les formalités de transmission et les obligations d'information à l'égard de l'employeur génèrent une double contrainte : elles exposent le salarié à une stigmatisation potentielle tout en exacerbant son isolement, creusant ainsi un hiatus entre reconnaissance juridique et réalité sociale.

782. Au-delà de l'accès formel à l'arrêt, la prévention primaire des risques psychosociaux apparaît fondamentalement inadaptée aux enjeux contemporains. Les dispositifs institutionnels, qu'il s'agisse des représentants du personnel, de la médecine du travail ou de l'inspection, sont insuffisamment dotés en moyens et en pouvoirs pour anticiper et réduire l'incidence des souffrances au travail. Ce décalage illustre une faiblesse structurelle du droit social, qui tend à privilégier une réparation *a posteriori* plutôt qu'une action préventive efficiente. Cette carence

questionne la place du droit dans la gouvernance des organisations du travail, et plus largement son rôle dans la régulation des rapports sociaux professionnels.

783. Cette première partie met en lumière plusieurs interrogations doctrinales majeures. D'une part, elle soulève la nécessité d'un rééquilibrage entre sécurité juridique et adaptabilité clinique : comment construire un régime d'accès à l'arrêt maladie qui soit à la fois rigoureux pour préserver la confiance collective, et suffisamment souple pour reconnaître la complexité des pathologies psychiques ? D'autre part, elle interroge la portée et la nature de la responsabilité employeur, fragmentée entre obligations morales, civiles et pénales, souvent peu dissuasives, et à ce titre peu propices à la prévention effective des risques.

784. L'enjeu dépasse le simple cadre procédural : il s'agit de repenser le droit social à l'aune des transformations du travail, en affirmant une régulation plus ambitieuse, intégrée et proactive, qui reconnaisse la centralité de la santé mentale dans la qualité de vie au travail. Cette refonte suppose un renforcement des compétences et des prérogatives des acteurs institutionnels, une redéfinition des obligations normatives des employeurs, et une extension progressive de la reconnaissance des pathologies d'origine psychosociale au régime des maladies professionnelles. Par ailleurs, une évolution culturelle profonde du droit est nécessaire, qui dépasse la seule logique médicale pour intégrer les dimensions organisationnelles, relationnelles et subjectives du travail.

785. Ainsi, cette première partie installe le cadre d'une réflexion critique, posant l'arrêt maladie non seulement comme un droit individuel d'accès à la protection sociale, mais aussi comme un indicateur des limites et des potentialités du droit du travail face aux défis contemporains. La seconde partie s'attachera à approfondir cette tension en examinant les modalités concrètes de mise en œuvre du régime, ainsi que les controverses et critiques qu'il suscite, ouvrant la voie à une remise en perspective renouvelée des équilibres entre protection individuelle et régulation collective.

Seconde partie

Les effets de l'arrêt maladie

786. L'étude des effets de l'arrêt maladie constitue une étape incontournable dans l'analyse des équilibres contemporains entre santé et travail. Si la première partie a mis en lumière les conditions d'accès à l'arrêt et les obstacles inhérents à sa reconnaissance, il convient désormais de se pencher sur le cadre juridique et institutionnel qui organise son fonctionnement. Ce régime est au cœur de la politique sociale française : il exprime à la fois une conception exigeante de la solidarité nationale et une ambition forte en matière de santé publique. Loin d'être une simple modalité technique de suspension du contrat de travail, l'arrêt maladie constitue un instrument de régulation sociale, révélateur des tensions entre productivité économique, sécurité juridique et protection de la personne salariée.

787. La France se distingue en effet par un système d'assurance maladie universel et protecteur, considéré comme l'un des plus performants au monde. Il permet de garantir à tout salarié malade, quelle que soit sa condition économique, l'accès aux soins sans renoncement financier – ou presque –, et de lui assurer parallèlement une protection professionnelle contre la perte d'emploi. Cet équilibre repose sur une articulation singulière : d'un côté, la sécurité sociale qui prend en charge les soins et indemnités journalières ; de l'autre, le droit du travail qui encadre l'absence, interdit les discriminations liées à l'état de santé et impose à l'employeur une série d'obligations protectrices. L'arrêt maladie apparaît ainsi comme une mesure de prévention tertiaire pleinement assumée, visant à limiter les conséquences de la dégradation de la santé en offrant au salarié un espace-temps de guérison, condition préalable à sa réintégration professionnelle.

788. Mais cet édifice, aussi cohérent soit-il dans ses fondements, n'est pas exempt de critiques. Le régime de l'arrêt maladie fait l'objet de débats nourris, tant dans le champ doctrinal que dans l'espace public. Deux types de griefs majeurs émergent. Le premier est lié au risque d'abus : l'existence d'un droit protecteur serait à l'origine d'un absentéisme excessif, minant la productivité des entreprises et pesant lourdement sur les finances sociales. Ce soupçon d'usage opportuniste interroge la soutenabilité du modèle français et nourrit un discours récurrent de responsabilisation accrue des salariés. Le second reproche, à l'inverse, met en cause l'inadaptation structurelle du régime : conçu dans une logique curative, il serait insuffisamment armé pour appréhender les nouvelles formes de souffrance au travail (risques psychosociaux, pathologies chroniques, troubles liés aux mutations organisationnelles) et pour répondre aux transformations contemporaines de l'emploi (précarisation, intensification du travail, développement du télétravail).

789. Ces critiques dessinent une problématique centrale : comment préserver un régime protecteur, pilier de la solidarité nationale et gage d'efficacité sanitaire, tout en répondant aux exigences d'un monde du travail en mutation et en garantissant la soutenabilité du système ? Autrement dit, le régime de l'arrêt maladie est-il aujourd'hui victime de son succès, menacé à la fois par les excès qu'on lui prête et par ses insuffisances face aux nouveaux risques professionnels ?

790. La présente partie se propose d'examiner cette tension. Dans un premier temps, il s'agira d'analyser les critiques relatives à l'usage abusif du dispositif, et d'évaluer la pertinence des accusations d'absentéisme excessif à l'aune des réalités statistiques, juridiques et sociologiques (Titre I). Dans un second temps, il conviendra de mettre en évidence les limites structurelles du régime pour affronter les défis actuels de la santé au travail et de la société, et d'interroger la nécessité d'une refonte plus ambitieuse de ses fondements (Titre II).

Titre I

Un régime en quête d'équilibre

791. L'arrêt maladie se situe à la croisée de deux exigences contradictoires : préserver la santé du salarié en lui permettant de se soustraire temporairement à l'exécution de sa prestation de travail, tout en garantissant à l'entreprise et, plus largement, à la collectivité, que ce retrait n'ouvre pas la voie à des abus. Dès lors qu'un salarié cesse de travailler pour raison médicale, deux conséquences se dessinent simultanément : une perte de revenu, puisqu'aucune prestation de travail n'est exécutée, et une mise en retrait du collectif de travail, pouvant altérer l'image de fiabilité que l'employeur ou les collègues lui associent. L'absence pour maladie demeure en effet un moment ambivalent : elle constitue un droit reconnu, mais elle peut être perçue comme un manquement à l'engagement professionnel, voire comme une déloyauté implicite. Dans un environnement marqué par la valorisation de la performance et de la disponibilité, cette perception négative peut se traduire en représailles diffuses, allant de la stigmatisation au licenciement, parfois sous couvert de motifs disciplinaires ou économiques.

792. L'effectivité du droit à l'arrêt maladie suppose donc l'existence d'un régime protecteur robuste, qui compense à la fois la perte de revenus et le risque professionnel attaché à l'absence. Sans cette double protection, nombre de salariés préféreraient continuer à travailler malgré la dégradation de leur santé, retardant les soins nécessaires, au risque d'aggraver durablement leur état et, par ricochet, d'accroître les coûts collectifs liés à une incapacité prolongée. La question n'est pas anodine : elle touche directement à l'efficacité des politiques de santé publique, dans la mesure où l'arrêt maladie constitue un outil de prévention tertiaire destiné à préserver le capital humain de la nation.

793. Mais ce régime protecteur, nécessaire pour garantir l'accès effectif au droit, ne saurait être conçu sans contrepartie. Trop restrictif, il décourage les salariés d'y recourir, même lorsque la maladie l'exige, créant ainsi des inégalités d'accès aux soins et un cercle vicieux de surtravail et de dégradation de la santé. Trop permissif, il expose à des risques de dérive, nourrissant un soupçon d'absentéisme stratégique qui fragilise la confiance des employeurs et alourdit le financement de la sécurité sociale. C'est bien dans cette tension permanente que se joue l'équilibre du régime : comment garantir une protection suffisamment forte pour être incitative, tout en évitant que cette même protection ne se transforme en opportunité de détournement ?

794. L'examen de cet équilibre suppose de l'aborder sous ses deux dimensions essentielles : d'une part, la protection de l'emploi du salarié malade, qui constitue un garde-fou contre les représailles patronales (Chapitre I) ; d'autre part, la compensation financière de la perte de revenu, qui conditionne matériellement la possibilité de recourir à un arrêt sans craindre une fragilisation économique immédiate (Chapitre II). C'est dans l'articulation de ces deux garanties que se joue la pertinence du régime français de l'arrêt maladie, entre confiance et contrôle, solidarité et responsabilisation.

Chapitre I

Le maintien du lien contractuel

795. L'arrêt de travail pour maladie entraîne une conséquence juridique immédiate et déterminante : la suspension du contrat de travail. Ce mécanisme, bien connu en droit social, opère de plein droit et sans qu'aucune exception ne puisse être invoquée par l'employeur. La suspension, à la différence de la rupture, préserve l'existence du lien contractuel tout en neutralisant temporairement ses principales obligations réciproques. Le salarié est dispensé de fournir sa prestation de travail, tandis que l'employeur n'est plus tenu de verser la rémunération correspondante. L'essence même du contrat de travail – travail, subordination, salaire – se trouve donc mise entre parenthèses.

796. Toutefois, la suspension n'équivaut pas à une mise en sommeil totale de la relation contractuelle. Certaines obligations essentielles demeurent, assurant la continuité du lien et le respect d'un équilibre entre les intérêts de l'une et de l'autre partie. C'est là toute l'originalité du régime : l'arrêt maladie n'efface pas le contrat, mais le transforme, en modulant ses effets de manière temporaire.

797. Ce régime de suspension soulève une problématique centrale : comment concilier la nécessaire protection de l'emploi du salarié fragilisé par la maladie avec les prérogatives de l'employeur qui continue de subir les effets de l'absence ? La question est d'autant plus sensible que l'interdiction de licencier pour cause de maladie touche directement à la liberté de gestion de l'entreprise. La garantie d'emploi, loin d'être absolue, est donc le résultat d'un équilibre

subtil entre préservation du droit du salarié et sauvegarde des intérêts légitimes de l'employeur⁹⁰¹.

798. L'analyse de ce régime invite à distinguer trois dimensions. D'abord, la suspension automatique du contrat, corollaire immédiat de l'arrêt de travail, constitue le socle du dispositif (Section I). Ensuite, malgré cette suspension, certaines obligations contractuelles persistent à la charge du salarié, afin de prévenir les abus et de maintenir un cadre de loyauté (Section II). Enfin, la garantie d'emploi trouve son expression la plus forte dans l'interdiction de licenciement fondé sur l'état de santé ou sur l'absence, même si cette protection connaît des limites (Section III).

Section I. Une simple suspension du contrat de travail

799. La suspension du contrat de travail constitue l'effet juridique immédiat et nécessaire de l'arrêt maladie. Elle prend naissance au premier jour de l'absence justifiée par un certificat médical régulier, et se prolonge jusqu'au terme fixé par la prescription médicale. Ce mécanisme, qui ne résulte ni de la volonté de l'employeur ni de celle du salarié, illustre le rôle structurant du droit de la santé au travail : protéger l'état de santé du salarié en neutralisant temporairement l'exécution du contrat.

800. La doctrine retient volontiers une conception minimaliste de la suspension, envisagée comme la simple cessation temporaire des obligations principales nées du contrat de travail : le salarié n'exécute plus la prestation de travail, et l'employeur n'est plus tenu de verser le salaire correspondant. Si cette approche restitue l'essence du mécanisme, elle en masque toutefois la complexité. L'arrêt maladie ne se limite pas à une mise entre parenthèses du contrat ; il en reconfigure l'économie en adaptant les droits et obligations des parties au regard d'une exigence supérieure, celle de la préservation de la santé.

Dès lors, la suspension du contrat de travail doit être analysée dans une double perspective. Elle a d'abord pour finalité première de dispenser le salarié de toute prestation professionnelle,

⁹⁰¹ M. BLATMAN, P-Y. VERKINDT, S. BOURGEOT, *L'état de santé du salarié. De la préservation de la santé à la protection de l'emploi*, Éditions Liaisons, Droit vivant, 3^e éd., 2014.

condition nécessaire à son rétablissement (I). Mais elle entraîne également une série d'effets collatéraux, touchant tant à la continuité du lien contractuel qu'aux droits accessoires du salarié, dont la portée mérite d'être soulignée (II).

I. La cessation temporaire de l'exécution du travail

801. La suspension du contrat de travail emporte pour corollaire l'obligation pour le salarié en arrêt maladie de cesser toute activité professionnelle, qu'elle soit réalisée sur le lieu de travail ou en tout autre lieu. En effet, le salarié ne doit pas se rendre sur son poste, ni accomplir les missions inhérentes à son emploi (A). Cette interdiction, qui découle directement du régime de l'arrêt maladie, est fondée sur le principe d'incapacité physique temporaire à exercer ses fonctions. Poursuivre une activité professionnelle alors que l'arrêt est prescrit serait non seulement incompatible avec la finalité thérapeutique de la mesure, mais aussi susceptible d'aggraver l'état de santé du salarié. Néanmoins, cette obligation n'est pas absolue : une dérogation est admise (B).

A. Une déconnexion imposée dans l'intérêt thérapeutique

802. La première conséquence de l'arrêt maladie réside dans la cessation effective de l'activité professionnelle. Elle s'impose tant à l'employeur, qui ne peut exiger du salarié la poursuite de ses fonctions (1), qu'au salarié lui-même, tenu de cesser tout travail, que ce soit pour son employeur ou pour un tiers (2). Cette interdiction constitue à la fois une condition d'accès au régime de l'arrêt maladie et à ses prestations, notamment les indemnités journalières, et une exigence inhérente à l'objectif de santé publique poursuivi par la mesure. Elle vise à assurer la déconnexion nécessaire entre le salarié et son activité afin de permettre la récupération physique ou psychique, condition *sine qua non* d'un retour au travail dans des conditions normales.

1. Une obligation faite à l'employeur

803. La garantie d'une déconnexion professionnelle. L'employeur a l'interdiction absolue de confier du travail à un salarié placé en arrêt maladie. Cette interdiction s'applique dès le premier jour d'arrêt jusqu'à la date de reprise fixée par la prescription médicale⁹⁰². Durant cette période, le salarié n'est tenu à aucune prestation, ni à répondre aux sollicitations de son

⁹⁰² Si le retour du salarié est conditionné à l'organisation d'une visite médicale de reprise, le contrat de travail de celui-ci est suspendu jusqu'à l'organisation de la visite.

employeur, de ses collègues ou de tout interlocuteur lié à l'entreprise. Le silence du salarié face aux appels ou courriels professionnels n'est pas constitutif d'une faute disciplinaire et toute sanction prononcée dans ce contexte encourt l'annulation judiciaire pour discrimination⁹⁰³. Le régime de l'arrêt maladie implique ainsi une véritable déconnexion statutaire, imposée à l'employeur, qui se distingue des mécanismes plus récents de « droit à la déconnexion » élaborés pour encadrer l'usage des outils numériques. Ici, la rupture du lien professionnel est totale et organisée par la loi.

804. Un intérêt thérapeutique majeur. Cette déconnexion imposée prend une dimension particulière dans les situations de souffrance psychique liée au travail. L'arrêt maladie permet au salarié de se soustraire temporairement à l'environnement pathogène et de bénéficier d'un temps de guérison. Certaines pathologies – syndrome anxiodépressif, burn-out, états de stress post-traumatique – impliquent une impossibilité psychologique à affronter le lieu de travail. En privant l'employeur de toute possibilité de contact, le droit du travail participe ici directement d'une logique de prévention tertiaire, visant à protéger le salarié de la rechute et à favoriser son rétablissement. L'arrêt maladie se présente donc non seulement comme une mesure individuelle de protection de la santé, mais aussi comme un outil de santé publique destiné à limiter les conséquences sociales des risques psychosociaux.

805. Une sanction dissuasive en cas de violation. La rigueur du dispositif se mesure à la sévérité des sanctions attachées à son non-respect. Si l'employeur contraint un salarié en arrêt à travailler, il peut être condamné à rembourser à la Caisse primaire d'assurance maladie l'intégralité des indemnités journalières versées⁹⁰⁴. L'interdiction pèse également sur le salarié lui-même, qui ne peut exercer une activité rémunérée pendant son arrêt, sous peine de suspension de ses droits. Cette double obligation témoigne d'un choix clair du législateur : faire de l'arrêt maladie un régime d'ordre public social, garantissant l'effectivité du droit à la santé et prévenant tout détournement. L'équilibre ainsi instauré illustre la logique propre au droit du travail, combinant protection des individus vulnérables et prévention des abus.

806. Des conséquences juridiques limitées pour le salarié. Si l'interdiction de travailler pendant l'arrêt est ferme, les effets juridiques d'un travail néanmoins accompli se révèlent

⁹⁰³ Le licenciement d'un salarié arrêté ayant refusé de répondre aux demandes d'informations d'ordre professionnel de ses collègues ou de l'employeur, et ayant coupé toute possibilité de contact, est injustifié : Cass. Soc., 15 juin 1999, n°96-44.772, publié : *JSL*, 1999, n°40, p. 17, note M-C Haller ; *D.*, 2000, n°23, p. 511, note C. Puigelier ; *Dr. Soc.*, 2019, n° 4, p. 363, note J. Mouly.

⁹⁰⁴ Cass. Soc., 21 nov. 2012, n°11-23.009 : *JCP S*, 2013, n°10, p. 31, note C-F. Pradel.

singulièrement restrictifs. La Cour de cassation a rappelé, dans un arrêt du 2 octobre 2024⁹⁰⁵, que le salarié contraint d'exécuter des tâches durant son arrêt ne peut prétendre au paiement d'un salaire, mais seulement à des dommages et intérêts en réparation du préjudice subi⁹⁰⁶. Une telle solution, qui assimile le travail accompli à une prestation dépourvue de cause salariale, est critiquable : elle prive le salarié de la créance de salaire — pourtant contrepartie normale du travail — et le renvoie vers un contentieux indemnitaire soumis à la démonstration d'un préjudice et à un régime de prescription distinct, plus défavorable.

807. Dans la même logique restrictive, la Haute juridiction a récemment affirmé qu'un tel comportement de l'employeur ne saurait, à lui seul, caractériser un travail dissimulé⁹⁰⁷. La dissimulation suppose une intention frauduleuse matérialisée par une absence de déclaration préalable, une omission de bulletin de paie ou une sous-déclaration d'heures travaillées. Le fait d'imposer illégalement du travail pendant un arrêt maladie n'entre donc pas dans ce champ, quand bien même le salarié justifierait de sollicitations répétées ou de tâches exécutées à la demande de l'employeur. Cette position, réaffirmée en 2025, illustre la tension entre la protection de principe du salarié malade et la modération des effets punitifs attachés à la violation de cette protection : le droit du travail érige une interdiction forte, mais en atténue les sanctions civiles au détriment de la réparation effective.

2. Une contrainte opposable au salarié

808. Une règle d'ordre public social. Dès l'arrêté fondateur du 19 juin 1947⁹⁰⁸, il a été posé que l'assuré ne doit se livrer à aucun travail, rémunéré ou non, sauf autorisation du médecin. Ce principe, désormais consacré à l'article L.323-6 du Code de la sécurité sociale⁹⁰⁹ et, en

⁹⁰⁵ Cass. Soc., 2 oct. 2024, n°23-11.582, publié : *JCP S*, 2024, n° 46, p. 38-41, note T. Lahalle.

⁹⁰⁶ V. Cass. soc., 19 nov. 2025, n° 24-17.823 – *Réparation automatique du préjudice en cas de sollicitation d'un salarié pendant un arrêt maladie*. – La Cour de cassation rappelle que la violation de l'obligation de sécurité de l'employeur (C. trav., art. L. 4121-1 et s.) par la sollicitation d'un salarié en arrêt maladie ouvre de plein droit un droit à indemnisation, sans qu'il soit nécessaire de démontrer un préjudice distinct. En l'espèce, le salarié avait été régulièrement contacté par courriels et SMS pour des demandes de suivi commercial. La cour d'appel, tout en constatant le manquement de l'employeur, avait refusé toute réparation, considérant que le salarié n'avait pas établi de dommage. La Cour de cassation casse cette décision, affirmant que le manquement à l'obligation de sécurité constitue un préjudice automatique. La Haute juridiction s'appuie sur la directive 89/391/CEE relative à la santé et à la sécurité des travailleurs, rappelant la nécessité de protéger tant la santé physique que mentale du salarié.

⁹⁰⁷ Cass. Soc., 24 sept. 2025, n°24-14.134.

⁹⁰⁸ Arrêté du 19 juin 1947 fixant le règlement intérieur modèle provisoire des caisses primaires d'assurance maladie pour le service des prestations, Art. 37.

⁹⁰⁹ « Le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire :
(...)

4. De s'abstenir de toute activité non autorisée. (...) »

matière d'affection de longue durée, à l'article L.324-1 du même code, impose au salarié la cessation totale de toute activité salariée ou non salariée⁹¹⁰. En cas de pluriactivité, la règle est identique : toutes les activités doivent être suspendues. Le non-respect de cette interdiction est lourdement sanctionné, puisqu'il entraîne le remboursement des indemnités journalières perçues et, le cas échéant, une sanction financière supplémentaire lorsque l'activité a généré des revenus⁹¹¹. Cette rigueur témoigne de la nature impérative et protectrice du régime : seul un repos complet permet d'assurer l'effectivité de l'arrêt maladie.

809. Une contrainte discutée. L'interdiction absolue de toute activité suscite toutefois de vifs débats doctrinaux. Certains auteurs soulignent que cette règle, en retirant le salarié du monde du travail, peut avoir des effets délétères sur sa santé psychologique, notamment en cas de dépression. Le salarié se retrouve isolé, coupé de ses relations professionnelles, et peut éprouver un sentiment de décalage au moment de la reprise, aggravant ainsi son anxiété. On peut se demander si, dans le cas du pluriactif, il ne serait pas plus cohérent de suspendre uniquement l'activité pathogène. Mais une telle option heurterait la logique même de l'arrêt de travail : si le salarié est déclaré en incapacité, c'est qu'il est censé être dans l'impossibilité physique d'exercer toute activité. Par ailleurs, le maintien d'une activité compromettrait l'objectif de guérison, puisque le repos indispensable ne serait pas respecté. La règle, critiquée pour sa rigidité, apparaît donc comme l'expression d'une conception exigeante de la protection de la santé, quitte à générer des effets secondaires indésirables.

810. La marge d'appréciation du médecin. Une atténuation existe néanmoins : le médecin traitant peut, par dérogation, autoriser la poursuite d'une activité accessoire, en particulier dans les situations de pluriactivité^{912 913}. Cette prérogative confère au praticien un pouvoir souverain d'appréciation, excluant toute ingérence du juge sur l'opportunité médicale de sa décision. La

⁹¹⁰ La caisse peut fournir une autorisation pour poursuivre une activité non salariée (Cass. Soc., 25 mars 1993, *RJS*, 1993, n° 656). Dans cette hypothèse, la charge de la preuve lui appartient. L'activité de gérant doit également être interrompue (Cass. Soc., 23 mars 2000, n° 98-19.042 : *TPS*, 2000, note 204).

S'agissant d'un médecin gynécologue, exerçant tant à titre libéral qu'en qualité de salarié à temps partiel d'un centre hospitalier, ayant poursuivi son activité libérale pendant un arrêt de son activité salariée, la caisse est fondée à lui demander la restitution des indemnités déjà servies et à refuser les versements à venir, sans qu'il soit nécessaire que l'intéressé ait enfreint volontairement les prescriptions du médecin traitant. En d'autres termes, le service des prestations est subordonné à l'interruption de tout travail, salarié comme libéral (Cass. Civ. 2^{ème}, 12 déc. 2002, n°01-20.189, publié).

⁹¹¹ CSS, Art. L.323-6, Al. 8.

⁹¹² CSS, Art. L.323-6, Al. 4.

⁹¹³ Cf: II. Une interdiction de concurrence maintenue, Section II, Chapitre I, Titre I, Seconde partie, p. 313.

contestation par la CPAM ne peut porter que sur l'existence ou non de cette autorisation⁹¹⁴, non sur son bien-fondé. Cet assouplissement, encore méconnu, présente des vertus pratiques : il permet d'adapter l'arrêt de travail à la réalité vécue par le salarié, en particulier lorsque l'une de ses activités est source de souffrance et l'autre facteur d'équilibre. En ouvrant cette possibilité, le droit de la sécurité sociale introduit une flexibilité encadrée, conciliant l'exigence de repos avec la nécessité d'éviter une rupture totale du lien social et professionnel.

B. Une possibilité de sollicitation encadrée pour la poursuite de l'activité

811. Une sollicitation ponctuelle et justifiée. Si le principe demeure celui d'une coupure totale entre le salarié et l'entreprise, la jurisprudence admet une exception en cas de nécessité impérieuse. L'employeur peut solliciter son salarié arrêté, mais uniquement pour une demande ponctuelle, indépendante de toute prestation de travail. Les exemples les plus fréquents concernent la communication d'un code informatique⁹¹⁵, l'accès à un fichier client⁹¹⁶, ou encore la restitution de documents indispensables à la continuité de l'activité. Cette exception est interprétée strictement : il ne s'agit pas de maintenir un lien professionnel, mais d'assurer le fonctionnement minimal de l'entreprise face à une difficulté imprévue. Elle s'inscrit dans une logique de réduction du préjudice économique, conciliant le droit du salarié au repos avec les impératifs organisationnels de l'employeur.

812. Un contrôle à triple dimension. Les juges opèrent un contrôle précis de ces sollicitations au regard de trois critères cumulatifs : la demande doit rester exceptionnelle, ne pas constituer une prestation de travail, et être justifiée par l'intérêt immédiat de l'entreprise⁹¹⁷. Ainsi, la communication d'un mot de passe peut être exigée, mais non la prise en charge d'un client ou la rédaction d'un document. De même, une demande urgente se justifie, mais pas une requête dont l'exécution peut attendre le retour du salarié. Cette jurisprudence révèle un équilibre fragile : éviter que l'exception ne se transforme en pratique régulière, tout en tenant compte des réalités économiques et organisationnelles.

⁹¹⁴ Cass. Civ. 2^{ème}, 31 mai 2012, n°10-26.932.

⁹¹⁵ Cass. Soc., 18 mars 2003, n°01-41.343 : *Gaz. Pal.*, 2003, n°267, p. 37, note L. Maurel-Guignot ; *JSL*, 2003, n°123, p. 12, note M. Hautefort.

⁹¹⁶ Cass. Soc., 6 févr. 2001, n°98-46.345, publié : *Dr. Soc.*, 2001, n°4, p. 439, note B. Gauriau ; *JSL*, 2001, n°75, p. 10, note M. Hautefort ; *JCP G*, 2001, n°30, p. 1514, note C. Puigelier.

⁹¹⁷ Cass. Soc., 25 juin 2003, n°01-43.155.

813. Une obligation de répondre. Dès lors que ces conditions sont réunies⁹¹⁸, le salarié est tenu d'accéder à la demande de l'employeur. Son refus peut être sanctionné disciplinairement, jusqu'au licenciement. Cette solution, si elle se justifie au nom de la bonne foi contractuelle et de la loyauté⁹¹⁹, suscite des critiques doctrinales. En effet, la possibilité d'être contacté à tout moment fragilise l'effet thérapeutique de l'arrêt maladie, en particulier pour les salariés souffrant de pathologies psychiques. Le droit, en assimilant le refus à une intention de nuire, tend à minimiser la dimension humaine et médicale de la souffrance au travail. Se dessine ainsi une tension entre deux valeurs juridiques cardinales : la protection de la santé du salarié et la préservation de l'activité économique de l'employeur.

814. Le cas particulier du sportif professionnel. Le droit du sport illustre une seconde exception : le sportif professionnel, lorsqu'il est arrêté pour blessure, doit se soumettre activement aux soins nécessaires à sa rééducation⁹²⁰. La jurisprudence considère que le refus de suivre ce protocole constitue une faute grave, justifiant un licenciement⁹²¹. Cette obligation va au-delà du repos : elle impose au salarié non seulement de s'abstenir, mais aussi de faire, en acceptant des soins parfois lourds, quotidiens et douloureux. Cette situation révèle la spécificité du sport de haut niveau, où l'investissement financier du club et l'impératif de performance justifient une contrainte qui, transposée au droit commun, heurterait les principes fondamentaux du droit du travail et du droit des personnes. Cette solution est toutefois une atteinte à l'autonomie corporelle et à la dignité du salarié.

II. Le maintien du lien contractuel

815. L'arrêt maladie suspend l'exécution du contrat, mais non le contrat lui-même. Certaines prérogatives, indissociables de la réalisation d'une prestation de travail, cessent de produire effet pendant la période d'absence (A). D'autres, en revanche, se maintiennent car elles tiennent à la qualité même de salarié et à son appartenance à la communauté de travail, indépendamment de l'exécution de missions (B).

⁹¹⁸ B. GAURIAU, « Contrat de travail. Suspension (maladie). Obligation de loyauté. Restitution d'éléments matériels nécessaires à l'activité de l'entreprise », *Droit social*, avril 2001, n°4, p. 439.

⁹¹⁹ M-C. ESCANDE VARNIOL, « Obligation de loyauté du salarié en arrêt maladie : restitution de documents », *Recueil Dalloz*, juillet 2001, n° 27, p. 2167.

⁹²⁰ Cf. 2. L'interférence avec d'autres branches du droit, A., I., Introduction, p. 24.

⁹²¹ Cass. Soc., 20 févr. 2019, n°17-18.912, publié : *Dr. soc.*, 2019, n°5, p. 432, note A-M. Grivel ; *Dr. soc.*, 2019, n°4, p. 363, note J. Mouly ; *JSL*, 2019, n°473, p. 7, note M. Hautefort ; *JCP S*, 2019, n°19, p. 21, note D. Jacotot.

A. Une neutralisation partielle des prérogatives contractuelles

816. La suspension du contrat de travail affecte directement l'équilibre de la relation salariale : en l'absence d'exécution de la prestation, plusieurs droits qui en sont la contrepartie cessent de produire effet. Le salarié, privé de toute obligation de travail, voit corrélativement certaines prérogatives neutralisées : la rémunération et les droits qui y sont attachés (1), ainsi que l'exercice du droit de retrait (2).

1. L'absence de droit à rémunération

817. Une règle de corrélation entre travail et salaire. Le droit du travail s'est construit sur une articulation simple mais fondamentale : la rémunération ne constitue pas une dette inconditionnelle de l'employeur, mais la contrepartie de l'exécution effective d'une prestation. La suspension du contrat du fait de la maladie neutralise cette obligation corrélatrice : le salarié, dispensé de toute prestation, ne peut exiger le versement du salaire. La Cour de cassation n'a eu de cesse de rappeler que le contrat de travail est un contrat synallagmatique à exécution successive, dont les obligations réciproques – subordination et rémunération – ne sauraient être dissociées. La retenue pour absence apparaît ainsi comme une opération strictement proportionnelle, fondée sur le rapport entre le temps de travail effectif et la rémunération convenue.

818. Cette logique témoigne d'une fidélité au principe civiliste de l'exception d'inexécution : à défaut d'exécution par l'une des parties, l'autre se trouve déliée de sa propre obligation. En droit du travail, cette mécanique est tempérée par la protection sociale, qui substitue aux revenus du travail une indemnisation de nature assurantielle.

819. La singularité du forfait-jours. La situation se complexifie lorsque le salarié est soumis à une convention de forfait en jours. Dans ce régime, la rémunération ne correspond pas à un quantum horaire, mais à un engagement global annuel. Le versement d'un douzième de cette rémunération chaque mois est indépendant du volume horaire accompli, ce qui rend délicate la traduction de l'absence en termes de retenue. La jurisprudence et la doctrine considèrent que seules les absences équivalant à des journées entières peuvent justifier une minoration de salaire. Les absences de quelques heures n'emportent, par hypothèse, aucune conséquence financière, dès lors qu'aucune référence horaire n'existe.

820. L'assimilation de la journée comme unité de décompte révèle la tension inhérente au forfait-jours : si celui-ci consacre une approche qualitative et autonome du temps de travail, la logique salariale le réinscrit nécessairement dans une dimension quantitative, dès lors que survient la question des absences.

821. En cas d'absence prolongée, la retenue sur salaire s'opère par référence au nombre total de jours travaillés prévu par l'accord collectif, augmenté des congés payés et jours fériés chômés. Ce calcul, annuel et variable, peut produire des retenues particulièrement lourdes, d'autant que l'indemnisation sociale n'égale pas nécessairement le salaire habituel. Cette méthode, rigide, tend à fragiliser la situation financière des salariés en forfait-jours, particulièrement lorsqu'ils connaissent des arrêts répétés. Cette approche confirme que le forfait-jours demeure, malgré son autonomie apparente, ancré dans une logique de décompte arithmétique, ce qui traduit une forme de « régression quantitative » du temps de travail.

822. L'extension du principe à d'autres prestations sociales. Le principe d'absence de rémunération en cas de suspension s'inscrit dans une cohérence systémique : il interdit le cumul de rémunérations de sources distinctes pour une même période d'inactivité. Ainsi, le salarié ne saurait percevoir simultanément indemnités journalières de sécurité sociale et allocations chômage⁹²². Cette logique de non-cumul illustre la volonté du législateur de préserver la spécialité des régimes de protection, chacun ayant vocation à se substituer, et non à s'additionner.

2. L'impossible cumul avec le droit de retrait

823. La finalité préventive du droit de retrait. Le droit de retrait, consacré par l'article L. 4131-1 du Code du travail, permet à tout salarié de se soustraire immédiatement à une situation de travail présentant un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, sans autorisation préalable de l'employeur. Ce droit, d'ordre public social, constitue l'une des pierres angulaires de la logique de prévention⁹²³. Sa légitimité ne dépend pas de la réalité objective du danger, mais du « motif raisonnable » qu'a le salarié d'en percevoir l'existence, ce qui confère au dispositif une portée protectrice particulièrement large. La jurisprudence l'a d'ailleurs admis

⁹²² CSS, Art. R. 332-1.

⁹²³ C. MOULIN, « Le droit de retrait, principe général du droit du travail ? », *Droit social*, décembre 1996, n° 12, p. 1034-1037.

pour des risques physiques, mais également pour des risques psychosociaux tels qu'un stress permanent ou des agressions non résolues⁹²⁴.

824. L'ouverture aux risques psychosociaux. La reconnaissance du droit de retrait face à des atteintes à la santé mentale illustre l'évolution de la notion de danger professionnel⁹²⁵. Un harcèlement moral, en ce qu'il menace l'intégrité psychique, peut ainsi fonder un retrait légitime⁹²⁶. On décèle dans cette extension une « subjectivisation » du droit de retrait, en ce qu'elle privilégie l'appréciation du travailleur confronté à une menace immatérielle. En théorie, rien n'interdit donc qu'un salarié en arrêt de travail, déjà atteint, invoque le maintien d'un danger. Pourtant, la jurisprudence refuse d'admettre un tel cumul.

825. L'exclusion des salariés en arrêt. La Cour de cassation considère que le droit de retrait ne peut être exercé qu'à la condition que le salarié soit effectivement en poste et exposé au danger. La suspension du contrat, en raison de la maladie, priverait de facto l'intéressé de toute possibilité de se prévaloir du dispositif⁹²⁷. Cette solution, fondée sur la stricte articulation entre exécution du travail et risque immédiat, révèle une approche formaliste. Or, l'imminence du danger ne suppose pas nécessairement la présence physique sur le lieu de travail. La généralisation des technologies de communication et la persistance de pressions à distance démontrent que l'exposition au risque peut perdurer malgré l'éloignement du salarié. En exigeant une reprise préalable du poste pour activer la protection, la jurisprudence soumet paradoxalement l'intéressé à une exposition aggravée, source d'angoisse et de rechute potentielle.

826. La complémentarité fonctionnelle du droit de retrait et de l'arrêt maladie. En pratique, le droit de retrait présente une efficacité supérieure à l'arrêt de travail dans une logique de prévention. Alors que l'arrêt maladie n'impose aucune obligation corrective à l'employeur, le retrait l'oblige à prendre des mesures immédiates pour supprimer le danger avant tout retour du salarié. Ces deux régimes apparaissent donc moins comme concurrents que comme complémentaires. L'arrêt maladie protège le salarié atteint ; le droit de retrait protège le collectif en imposant une réaction structurelle de l'employeur. L'exclusion de leur cumul affaiblit la

⁹²⁴ Cass. Soc., 31 mai 2017, n°15-29.225.

⁹²⁵ Ph. NEISS, « Le droit de retrait en cas de danger pour la santé mentale », *RISEO*, mars 2012, n° 2012-1, p. 95-107.

⁹²⁶ Cass. Soc., 9 oct. 2013, n°12-22.288, publié : *JCP S*, 2014, n°6, p. 26, note C. Leborgne-Ingelaere ; *JSL*, 2013, n°354, p. 9, note M. Hautefort ; *BJT*, 2013, n°257, p. 464, note J. Icard ; *JDSAM*, 2014, n°1, p. 109, note S. Brissy.

⁹²⁷ Cass. Soc., 9 oct. 2013, n°12-22.288, *op. cit.*

portée du dispositif préventif et contribue à reporter sur la collectivité le coût de pathologies liées au travail, au détriment du principe pollueur-payeur qui devrait s'appliquer à l'entreprise.

827. L'injustice d'une différence de traitement financier. La divergence entre les deux régimes se manifeste également sur le terrain pécuniaire. L'arrêt maladie entraîne une suspension du salaire, suppléée partiellement par les indemnités journalières, tandis que l'exercice légitime du droit de retrait ne peut donner lieu à aucune retenue⁹²⁸. Il en résulte une inégalité paradoxale : le salarié déjà victime d'un danger professionnel perd une partie de sa rémunération, alors que celui qui anticipe ce danger par un retrait conserve l'intégralité de son salaire. Cette situation heurte la logique protectrice du droit du travail, qui devrait garantir un traitement au moins équivalent à la victime d'un danger avéré.

828. Vers une nécessaire réarticulation des régimes. Dès lors, nous ne pouvons que plaider pour une révision du cloisonnement entre droit de retrait et arrêt maladie. Une articulation plus rationnelle consisterait à permettre l'activation du retrait avant ou pendant l'arrêt, lorsque la pathologie est directement imputable aux conditions de travail⁹²⁹. L'employeur serait ainsi tenu de mettre fin au risque avant toute reprise. En refusant cette évolution, le droit positif sacralise une frontière artificielle, au détriment de la prévention et de l'effectivité de la protection.

B. Une continuité dans la relation juridique

829. L'arrêt de travail, qu'il soit justifié par une maladie ou un accident, emporte seulement suspension du contrat de travail : il ne l'anéantit pas. Le lien juridique subsiste entre l'employeur et le salarié, si bien que, lorsque cesse la suspension, le travailleur retrouve sa place dans l'entreprise. Cette logique fonde le droit au retour dans l'emploi, corollaire du maintien du contrat et de la protection de la continuité de la relation salariale (1).

830. Cette continuité contractuelle connaît toutefois un prolongement inattendu dans le domaine des congés payés. Longtemps exclue du bénéfice de l'acquisition pendant la maladie non professionnelle, cette période de suspension connaît aujourd'hui un régime renouvelé sous l'impulsion du droit de l'Union européenne et de la jurisprudence nationale (2). La maladie, même non imputable au travail, ne rompt plus le lien d'acquisition, marquant un

⁹²⁸ C. Trav., Art. L.4131-3 ; Cass. Soc., 1er juill. 2009, n°08-42.074. L'employeur qui enfreint l'interdiction de sanctions est passible d'une amende de 10.000 euros (C. Trav., Art. L.4741-1).

⁹²⁹ Aucun formalisme n'est à respecter. Un écrit n'est pas requis et un règlement intérieur ne peut l'imposer : Cass. Soc., 28 mai 2008, n°07-15.744, publié : *JCP S*, 2008, n°40, p. 25, note A. Barège ; *Lamy aff.*, 2008, p. 68, note I. Desbarats ; *JSL*, 2008, n°236, p.8, note M. Hautefort.

infléchissement profond de la conception française du repos annuel comme contrepartie du travail accompli.

831. Enfin, cette continuité revêt une portée particulière lorsque le salarié est titulaire d'un mandat de représentation. Le mandat, en effet, s'exerce indépendamment de l'exécution du contrat de travail et n'est pas affecté par la suspension de celui-ci. L'arrêt maladie est donc sans incidence sur la poursuite des missions représentatives, qui se prolongent tant durant l'arrêt que lors de la reprise de l'activité professionnelle (3).

1. La garantie du retour à l'emploi

832. L'identité du poste retrouvé. L'arrêt de travail pour maladie suspend le contrat sans l'anéantir. Une fois la suspension levée – soit à l'expiration de la période prescrite, soit en cas de reprise anticipée – le salarié doit retrouver son emploi dans des conditions strictement identiques à celles qui prévalaient avant son absence. L'« identité du poste » ne se limite pas au simple intitulé de fonction : elle englobe la rémunération, le lieu d'exécution, les missions confiées, la qualification professionnelle et même l'environnement collectif de travail. L'employeur est tenu de libérer ce poste, quand bien même il aurait été provisoirement confié à un remplaçant. Cette exigence interdit, corrélativement, toute nouvelle période d'essai : le salarié n'a pas à « refaire ses preuves », même si son état de santé a pu évoluer. La modification d'un élément essentiel du contrat de travail constituerait une inexécution fautive. Dans une telle hypothèse, le salarié peut refuser de reprendre le travail et prendre acte de la rupture aux torts de l'employeur⁹³⁰, la sanction pouvant aller jusqu'à la requalification en licenciement nul lorsqu'est caractérisée une discrimination liée à l'état de santé.

833. La fonction protectrice de la règle. Cette garantie du retour à l'emploi conditionne l'effectivité même du mécanisme de l'arrêt maladie. Si le salarié n'avait pas l'assurance de retrouver son poste, il hésiterait à interrompre son activité pour raison de santé, craignant la perte ou la dénaturation de son emploi. La règle préserve ainsi la finalité protectrice du droit du travail, qui assure au salarié une continuité de son parcours professionnel malgré l'accident de la maladie. Mais cette rigidité est source de critiques du côté des employeurs. Ceux-ci n'ont d'autre choix que de recourir à des solutions temporaires et précaires pour pallier l'absence, sans pouvoir stabiliser durablement l'organisation du travail. La tension est ici manifeste entre

⁹³⁰ Cass. Soc., 3 mars 1998, n°95-43.274, publié (pour la rémunération contractuelle ou ses modalités de calcul) ; Cass. Soc., 7 mars 2018, n°15-27.458 (sur la prise d'acte).

deux logiques antagonistes : celle de la protection du salarié, qui voit dans l'emploi un véritable droit subjectif attaché à la personne, et celle de la gestion de l'entreprise, qui requiert souplesse et visibilité dans l'organisation des ressources humaines. La doctrine souligne que l'obligation de restituer un emploi « à l'identique » participe d'une conception quasi patrimoniale de l'emploi, conçu non seulement comme une activité rémunérée mais comme un bien juridiquement protégé contre toute altération unilatérale de l'employeur.

2. L'acquisition des congés payés

834. L'exclusion traditionnelle de la maladie ordinaire. Aux termes de l'article L. 3141-3 du Code du travail, tout salarié acquiert 2,5 jours ouvrables de congés payés par mois de travail effectif accompli, soit 30 jours ouvrables par an. Ce principe est nuancé par l'article L. 3141-5 qui assimile certaines absences, bien que non travaillées, à du temps de travail effectif : congés de maternité, paternité ou adoption, congés payés, congés de formation, etc. L'idée est claire : garantir une continuité du droit aux congés indépendamment de l'exécution matérielle du travail.

835. Jusqu'en septembre 2023, la jurisprudence française persistait à exclure de cette assimilation l'arrêt de travail pour maladie non professionnelle⁹³¹. Seuls les arrêts liés à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ouvraient droit à congés payés, mais dans la limite d'une durée ininterrompue d'un an⁹³². L'absence pour maladie ordinaire était ainsi traitée de manière défavorable, à rebours de l'esprit de l'article L. 3141-5, qui inclut pourtant des absences non travaillées mais juridiquement protégées. Cette exclusion, largement critiquée, apparaissait incohérente : alors que le salarié en formation ou en congé parental, apte à travailler, acquérait des congés, le salarié en incapacité involontaire, précisément parce qu'il était malade, en était privé.

836. L'influence du droit de l'Union européenne. Cette particularité française a été condamnée par la Cour de justice de l'Union européenne. Sur le fondement de l'article 7 de la directive 2003/88/CE⁹³³ et de l'article 31, §2, de la Charte des droits fondamentaux, la CJUE

⁹³¹ C. Trav., Art. L.3141-5.

⁹³² C. Trav., Art. L. 3141-5, 5° *anc.*

⁹³³ Directive 2003/88/CE, du Parlement européen et du Conseil, 4 novembre 2003, concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, JOUE, L 299, du 18 nov. 2003, p.9-19. L'article 7 précise : « *Les États membres prennent les mesures nécessaires pour que tout travailleur bénéficie d'un congé annuel payé d'au moins quatre semaines, conformément aux conditions d'obtention et d'octroi prévues par les législations et/ou pratiques nationales (...)* ».

affirme que tout travailleur a droit au bénéfice de congés payés, y compris lorsqu'il est absent pour maladie⁹³⁴. La finalité du droit au repos et à la santé impose de prendre en compte les périodes d'incapacité, par définition imprévisibles et indépendantes de la volonté du salarié. Le maintien par la France d'une différence de traitement, fondée sur une transposition partielle de la directive, ne pouvait perdurer. Par trois arrêts du 13 septembre 2023, la Cour de cassation a aligné le droit français sur la jurisprudence européenne⁹³⁵. Elle a jugé que l'arrêt maladie, quelle qu'en soit l'origine, ouvre droit à l'acquisition de congés payés. Elle a également supprimé la limite d'un an applicable aux arrêts consécutifs à un accident du travail ou une maladie professionnelle. Désormais, le droit à congés court durant toute la durée de l'arrêt, sans restriction temporelle⁹³⁶.

837. La consécration législative du 24 avril 2024. La loi du 22 avril 2024 a achevé la mise en conformité du Code du travail⁹³⁷. Désormais, tout salarié en arrêt de travail, qu'il soit dû à un accident du travail, une maladie professionnelle ou une maladie ordinaire, acquiert des droits à congés payés. Toutefois, le législateur a introduit une modulation : pour les arrêts de travail d'origine non professionnelle, l'acquisition est limitée à 2 jours ouvrables par mois d'absence, soit 24 jours ouvrables par an⁹³⁸. Cette règle établit un équilibre entre l'impératif de protection et la volonté de ne pas alourdir excessivement la charge des employeurs.

838. Parallèlement, les congés acquis pendant l'arrêt maladie peuvent être reportés lorsque le salarié n'a pas été en mesure de les prendre pendant la période de référence⁹³⁹. Afin de garantir l'effectivité du droit, l'employeur est tenu d'informer l'intéressé, dans le mois qui suit sa reprise, du nombre de jours acquis et de la date limite de leur prise. Cette information doit être délivrée par tout moyen conférant date certaine, y compris par la fiche de paie. Enfin, la période de référence, fixée par défaut du 1er juin N-1 au 31 mai N, et la période de prise, qui

⁹³⁴ CJUE, Gr. Ch., 6 novembre 2018, C-569/16 et C-570/16, *Stadt Wuppertal c. Marie Elisabeth Bauer et Volker Willmeroth c. Martine Broßonn*, aff. jtes.

⁹³⁵ Cass. Soc., 13 sept. 2023, n°22-17.340 à 342, publié : *JCP S*, 2023, n°41, p. 17, obs. C. Terrenoire ; *JSL*, 2025, p. 36, note A. Lefebvre ; *Dr. Soc.*, 2024, n°7/8, p. 580-586, note A. Martinon ; *Dr. Soc.*, 2024, n°7/8, P. 602-603, note J. Icard ; *Dr. Soc.*, 2024, n°7/8, p. 609-613, note P. Rodière ; *Dr. Soc.*, 2024, n°2, p. 174-189, note J. Mouly.

⁹³⁶ Cass. Soc., 13 sept. 2023, n°22-17.638, publié : *Dr. soc.*, 2023, p. 17, obs. C. Terrenoire ; *BJT*, 2023, n°11, p. 12, note A. Charbonneau ; *SSL*, 2023, n°2068, p. 5, note F. Champeaux ; *Dr. Soc.*, n° 7/8, p. 580, note A. Martinon ; *BJT*, 2024, n°2, p. 32, note F. Morel.

⁹³⁷ Loi n°2024-364 du 22 avril 2024 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne en matière d'économie, de finances, de transition écologique, de droit pénal, de droit social et en matière agricole.

⁹³⁸ C. Trav., Art. L.3121-5-1.

⁹³⁹ C. Trav., Art. L.3141-19-1.

doit nécessairement inclure la période du 1^{er} mai au 31 octobre, continuent de s'appliquer sauf dispositions conventionnelles plus favorables.

839. Le droit au report des congés payés pour maladie. Dans le prolongement de cette mise en conformité progressive, la Cour de cassation est intervenue pour lever le dernier point de friction entre le droit français et le droit de l'Union quant à l'effectivité du droit au congé annuel. Par un arrêt du 10 septembre 2025⁹⁴⁰, elle a opéré un revirement majeur en consacrant le principe selon lequel le salarié dont les congés payés sont interrompus par un arrêt de travail pour maladie doit pouvoir reporter la fraction de congé non effectivement prise. Cette solution rompt explicitement avec la jurisprudence française constante⁹⁴¹, selon laquelle la survenance d'une maladie pendant les congés payés n'affectait ni leur décompte ni leur consommation : le congé était réputé avoir été intégralement pris, quand bien même le salarié n'avait pu jouir du repos garanti par la loi. Or cette position française se heurtait frontalement à la construction jurisprudentielle de la CJUE depuis l'arrêt *Schultz-Hoff*⁹⁴² confirmé par *ANGED*⁹⁴³, laquelle affirme que les finalités du congé payé et de l'arrêt maladie sont objectivement distinctes et incompatibles, le premier visant le repos et la détente, le second la guérison. En conséquence, un salarié placé en incapacité ne peut être considéré comme ayant bénéficié du repos auquel la directive 2003/88/CE lui donne droit. La CJUE en déduit l'obligation pour les États membres de prévoir un report automatique lorsque l'incapacité survient pendant la période de congé.

840. La résistance française, longtemps assumée en dépit de cette jurisprudence constante, est devenue intenable à la suite de la mise en demeure adressée à la France par la Commission européenne le 18 juin 2025, dans le cadre d'une procédure d'infraction visant la non-conformité du droit interne à la directive. Sommée de modifier sa jurisprudence dans un délai de deux mois, la Cour de cassation n'avait plus la possibilité de maintenir la solution antérieure sans exposer l'État à une condamnation. En entérinant le droit au report des congés interrompus par la maladie, la chambre sociale parachève ainsi l'alignement du droit français : après l'admission de l'acquisition des congés pendant l'incapacité (2023), puis leur reconnaissance législative

⁹⁴⁰ Cass. Soc., 10 sept. 2025, n° 23-22.732, publié : *Lexbase social*, 2025, n°1016, note L. Driguez ; *BJT*, 2025, n°10, p. 28-29, note F. Bergeron.

⁹⁴¹ « Le salarié qui tombe malade au cours de ses congés payés ne peut exiger de prendre ultérieurement le congé dont il n'a pu bénéficier » : Cass. Soc., 4 déc. 1996, n° 93-44.907, publié.

⁹⁴² CJUE, 20 janv. 2009, C-350/06 : *RJS*, 2009, n°4, p. 263-267, note J-Ph. Lhernould ; *RDT*, 2009, n°3, p. 170-172, note M. Véricel ; *Lexbase social*, 2009, n°336, note Ch. Willmann.

⁹⁴³ CJUE, 21 juin 2012, C-78/11 : *RDT*, 2012, n°10, p. 565-569, note M. Véricel ; *Europe*, 2012, n°8, p. 49-50, note L. Driguez ; *Lexbase social*, 2012, n°492, note Ch. Willmann.

(2024), elle assure désormais leur exercice effectif, conformément à la conception européenne du congé annuel payé comme un droit autonome, d'ordre public social, et insusceptible de réduction du fait de l'incapacité.

3. Le maintien du mandat représentatif

841. La survie autonome du mandat. La suspension du contrat de travail pour cause de maladie n'affecte pas le mandat représentatif. Le salarié demeure représentant du personnel, son mandat poursuivant une existence autonome par rapport au contrat de travail⁹⁴⁴. La logique est ici claire : l'entreprise ne doit pas se retrouver dépourvue de représentation collective du personnel du seul fait d'un arrêt maladie. Ce mécanisme répond à une exigence de continuité institutionnelle, permettant aux autres salariés, potentiellement en difficulté ou en souffrance, de disposer en permanence d'un relais auprès de l'employeur. La jurisprudence comme la doctrine rappellent ainsi que le mandat représentatif ne saurait être réduit à un accessoire du contrat, mais constitue une fonction statutaire, détachée en partie des aléas de la relation de travail individuelle.

842. Le maintien des prérogatives représentatives. L'indépendance du mandat implique le maintien intégral des droits et prérogatives attachés à la qualité de représentant. Le salarié en arrêt maladie conserve son accès aux locaux de l'entreprise, son droit de participer aux réunions et son droit de bénéficier d'heures de délégation. L'employeur demeure tenu de le convoquer à toute réunion requérant la présence des représentants. Ce maintien garantit l'effectivité de la représentation du personnel, qui ne saurait se trouver paralysée par la contingence des situations individuelles. Sur ce point, la doctrine insiste sur la fonction « institutionnelle » du mandat, qui dépasse la personne du salarié et s'inscrit dans la permanence d'un organe collectif destiné à équilibrer le rapport de subordination.

843. Toutefois, cette autonomie connaît des limites. L'exercice effectif du mandat suppose d'abord l'autorisation du médecin traitant⁹⁴⁵, dont l'avis conditionne la compatibilité de l'activité représentative avec l'état de santé du salarié. Ensuite, l'activité doit demeurer ponctuelle : un exercice répété ou prolongé serait jugé incompatible avec la perception des

⁹⁴⁴ Cass. Soc., 8 juill. 1998, n°97-60.333, publié : concernant le membre d'un CHSCT, transposable aux membres des CSE.

⁹⁴⁵ Cass. Ch. Mixte, 21 mars 2014, n°12-20.002 et n°12-20.003 : *JCP S*, 2014, n°25, p. 44, note D. Asquinazi-Bailleux ; *JCP E*, 2014, n°44, p. 38, note G. Vachet ; *JSL*, 2014, n°365, p. 14, note P. Pacotte, J. Layat-Le Bourhis

indemnités journalières⁹⁴⁶ et pourrait être requalifié en temps de travail effectif⁹⁴⁷, avec le risque de perte du régime protecteur de l'arrêt maladie. En pratique, rares sont d'ailleurs les salariés malades réellement en mesure de poursuivre durablement une activité syndicale ou représentative. L'équilibre se situe donc entre la nécessaire continuité institutionnelle du mandat et la protection sanitaire de l'intéressé, équilibre délicat que la jurisprudence s'efforce de maintenir.

844. Ainsi, si la suspension du contrat de travail garantit à la fois la pérennité de l'emploi et la continuité du mandat représentatif, elle ne saurait être synonyme d'inaction juridique : loin de rompre tout lien, elle fait naître, en contrepartie de cette protection, une exigence accrue de loyauté dans le comportement du salarié et dans l'attitude de l'employeur.

Section II. Une exigence de loyauté renforcée pendant la suspension

845. La relation salariale ne se réduit pas à un simple échange de prestations. Elle s'inscrit dans un cadre normatif profondément marqué par des exigences éthiques et juridiques, au premier rang desquelles figure la bonne foi contractuelle. Principe général du droit des contrats, elle irrigue en droit du travail l'ensemble du rapport d'emploi, de l'embauche à la rupture, en imposant aux parties une conduite empreinte de loyauté et de réciprocité.

Appliquée au salarié, cette exigence de bonne foi se décline en une obligation de loyauté à l'égard de son employeur, obligation cardinale qui subsiste même pendant la suspension du contrat (I). À cette exigence générale s'adossent des devoirs plus spécifiques, tels que l'interdiction de concurrence déloyale, qui constituent autant de prolongements de la loyauté contractuelle (II).

⁹⁴⁶ Cass. Civ. 2ème, 9 déc. 2010, n°09-17.449, publié : *Gaz. Pal.*, 2011, n°63-64, p. 48, note N. Chenevoy ; *JCP S*, 2011, n°9, p. 51, note T. Tauran ; *JSL*, 2011, n°294, p. 17, note M. Hautefort ; *Jurisport* 2017, n°176, p. 9, note X. Aumeran.

⁹⁴⁷ CSS, Art. L.321-1 ; CSS, Art. L.323-6.

I. Une loyauté contractuelle durant l'arrêt de travail

846. La suspension du contrat de travail ne saurait être assimilée à une disparition des obligations essentielles qui en découlent. Si l'autorité de l'employeur, caractéristique de la subordination, est mise entre parenthèses pendant l'arrêt, l'exigence de loyauté du salarié, elle, perdure⁹⁴⁸. Cette permanence s'explique par la fonction protectrice de la loyauté, qui agit comme un garde-fou contre d'éventuelles dérives comportementales du salarié éloigné de l'entreprise (A). L'arrêt de travail, en plaçant le salarié à temps plein en dehors de la sphère organisationnelle, augmente mécaniquement les risques d'actes déloyaux — qu'il s'agisse de concurrence, de détournement d'informations ou d'atteinte à l'image de l'entreprise.

847. Toutefois, si l'identification d'un comportement déloyal peut paraître aisée en théorie, sa traduction en sanction disciplinaire ne va pas de soi. Le droit du travail impose en effet un encadrement strict : pour que la rupture du contrat soit justifiée, trois conditions cumulatives doivent être réunies. À défaut, le licenciement prononcé serait privé de cause réelle et sérieuse (B).

A. L'exercice d'une activité encadrée

848. La loyauté comme norme structurante de la relation de travail. L'arrêt de travail pour maladie opère une suspension du contrat : le salarié, momentanément dégagé de la subordination, recouvre une liberté accrue dans l'organisation de son temps. Mais cette liberté n'est ni totale ni absolue. Elle reste encadrée par les prescriptions médicales et, surtout, par la persistance de l'obligation de loyauté. La suspension n'équivaut pas à une « neutralisation » des obligations contractuelles : certaines, à commencer par la loyauté, survivent et assurent la continuité du lien juridique.

849. L'obligation de loyauté constitue un devoir général de comportement, qui transcende les périodes d'activité et d'inactivité. Elle s'incarne dans un ensemble d'obligations spécifiques : fidélité, discrétion, réserve, interdiction de nuire à l'image ou au bon fonctionnement de l'entreprise. Sa finalité est double : préserver les intérêts de l'employeur malgré la suspension de la subordination et maintenir un socle de confiance réciproque, indispensable à la survie du contrat. Ainsi, la divulgation d'informations sensibles ou le dénigrement public de l'entreprise

⁹⁴⁸ S. MAILLARD-PINON, « Que reste-t-il de l'obligation de loyauté du salarié en arrêt maladie ? », *Revue de droit du travail*, décembre 2011, n°12, p. 698.

sont réputés constituer des manquements graves⁹⁴⁹. La loyauté apparaît alors comme une norme « morale » autant que juridique, orientée vers la préservation d'une confiance minimale dans la relation contractuelle.

850. L'encadrement jurisprudentiel de la liberté d'activité du salarié. Pour autant, la liberté d'action du salarié pendant l'arrêt maladie n'est pas anéantie. Celui-ci peut se livrer à des activités personnelles, bénévoles ou de loisir, dès lors qu'elles s'inscrivent dans le champ de sa vie privée, respectent les prescriptions médicales et ne revêtent aucun caractère concurrentiel⁹⁵⁰. L'employeur ne peut donc se fonder sur la seule réalisation d'une telle activité pour justifier un licenciement. En l'absence de déloyauté démontrée, une sanction serait dépourvue de cause réelle et sérieuse⁹⁵¹. Ce raisonnement traduit la volonté des juges de concilier protection de la santé du salarié et préservation de l'autorité de l'employeur.

851. La jurisprudence a admis, par exemple, qu'un conducteur-receveur remplace bénévolement un gérant de station-service durant son arrêt, dès lors que l'activité n'était ni concurrente ni rémunérée⁹⁵². De même, la participation à des activités domestiques, culturelles ou sportives, même exigeantes, est réputée relever de la vie privée. Cette approche pragmatique ne condamne pas l'existence d'activités parallèles, mais seulement celles qui, par leurs modalités ou leurs conséquences, portent atteinte aux intérêts de l'employeur.

852. Le juge fonde son raisonnement sur un critère central : l'existence d'un préjudice pour l'entreprise. Ainsi, ni la tenue d'un stand de brocante⁹⁵³, ni la participation à des rallyes automobiles par un salarié atteint d'une maladie professionnelle aux mains⁹⁵⁴, n'ont été jugées fautives en l'absence d'atteinte caractérisée à l'employeur. L'exception à cette règle tient à la déloyauté effective : si l'activité, même relevant de la vie privée, cause un dommage à l'entreprise, elle peut légitimer une sanction.

853. En définitive, la loyauté pendant l'arrêt maladie ne constitue pas une obligation abstraite et absolue. Elle s'analyse comme une norme instrumentale, destinée à protéger l'équilibre

⁹⁴⁹ Cass. Soc., 25 juin 2002, n°00-44.001, publié : *Dr. soc.*, 2002, n°11, p. 1015, note F. Duquesne.

⁹⁵⁰ Cass. Soc., 21 nov. 2018, n°16-28.513 : *RJS*, 2019, n°3, p. 175.

⁹⁵¹ Cass. Soc., 4 juin 2002, n°00-40.894, publié : *BJT*, 2002, n° 143, p. 388, note C. Charbonneau ; *JSL*, 2002, n°105, p. 10, note M-C Haller ; *JCP E*, 2003, n°20, p. 864, note C. Vigneau.

⁹⁵² Cass. Soc., 4 juin 2002, n°00-40.894, publié, *Ibid.*

⁹⁵³ Cass. Soc., 21 mars 2000, n°97-44.370, publié : *Dr. Soc.*, 2000, p. 648, note A. Mazeau ; *BJT*, 2000, p. 593, obs. F-J Pansier.

⁹⁵⁴ Cass. Soc., 16 oct. 2013, n°12-15.638 : *Gaz. Pal.*, 2014, n°5-7, p. 34, note D. Berra.

contractuel en évitant les abus liés à la suspension de la prestation de travail. La sanction n'est possible qu'en présence d'un préjudice objectivement caractérisé, ce qui témoigne d'une conception fonctionnelle de la loyauté : celle-ci n'a pas pour objet de brider la liberté du salarié, mais de garantir que cette liberté ne se transforme pas en comportement nuisible.

B. La sanction triplement conditionnée du salarié

854. L'absence d'automaticité de la sanction. La violation de l'obligation de loyauté constitue, en principe, une faute disciplinaire. Mais le droit positif refuse toute automaticité de la sanction. La jurisprudence exige en effet la réunion de trois conditions cumulatives : l'existence d'un comportement fautif, la caractérisation d'un préjudice subi par l'employeur ou l'entreprise, et l'établissement d'un lien de causalité entre les deux. Ce triptyque traduit une volonté d'équilibre : préserver la liberté individuelle du salarié en arrêt de travail tout en protégeant l'entreprise contre les comportements objectivement nuisibles. En l'absence de l'un des trois éléments, la sanction est jugée injustifiée, le licenciement encourageant alors la requalification en licenciement sans cause réelle et sérieuse, voire la nullité si la rupture dissimule une discrimination liée à l'état de santé.

855. La faute s'apprécie au regard du contenu de l'obligation de loyauté⁹⁵⁵. Cette dernière ne se réduit pas à une fidélité négative (s'abstenir de nuire), mais suppose également un devoir de réserve, de discrétion et de respect de l'image de l'entreprise. L'obligation de loyauté agit comme une norme souple et polymorphe, qui s'adapte aux circonstances de fait pour tracer la frontière entre vie privée protégée et abus sanctionnable.

856. La jurisprudence rappelle ensuite que tous les comportements déloyaux ne justifient pas une sanction. Encore faut-il qu'ils aient causé un dommage à l'entreprise. Le dommage doit être concret, mesurable et distinct du simple coût lié au maintien de salaire légal ou conventionnel⁹⁵⁶. En ce sens, elle se rapproche de la conception civiliste de la responsabilité contractuelle, qui impose la démonstration d'un dommage réparable, et non la seule preuve d'un manquement.

⁹⁵⁵ C-E. BUCHER, « Obligation de loyauté et exercice d'une activité pour le compte d'une société non concurrente pendant un arrêt de travail », *AJCA*, juin 2020, n°6, p. 299.

⁹⁵⁶ Cass. Soc., 26 févr. 2020, n°18-10.017, publié : *JCP E*, 2020, n°11, p. 17, note ; *JCP S*, 2020, n°10, p. 13, note ; *Droit ouvrier*, 2020, n°866, p. 723, note C. Vigneau ; *JSL*, 2020, n° 496, p. 10, note J-Ph. Lhernould.

857. L'employeur ne peut se borner à invoquer l'existence simultanée d'une faute et d'un dommage : il lui incombe de démontrer que le premier a causé le second⁹⁵⁷. Le lien de causalité, parfois difficile à établir, peut être reconnu par un faisceau d'indices mais reste soumis à l'appréciation souveraine des juges du fond. Cette exigence évite que des sanctions soient prononcées sur la base d'hypothèses ou de simples impressions. Elle témoigne de la rigueur du droit disciplinaire, lequel refuse de faire de la loyauté une obligation punitive, lui préférant une approche réparatrice et proportionnée.

858. La distinction entre l'arrêt maladie et la déloyauté. Ce régime peut apparaître comme une protection excessive des salariés et une source de frustration pour les employeurs confrontés à des comportements objectivement discutables. La jurisprudence a en effet écarté la sanction dans des situations traduisant un manque de bonne foi du salarié, faute de préjudice établi. Mais loin d'être une indulgence coupable, cette position est la conséquence d'une logique juridique : la déloyauté, en elle-même, n'équivaut pas à un dommage. La triple conditionnalité s'inscrit dans une tradition civiliste où le manquement contractuel n'appelle réparation que s'il engendre un préjudice avéré.

859. La loyauté ne peut non plus être instrumentalisée pour sanctionner l'absence de justification médicale d'un arrêt. L'employeur ne dispose pas de compétence pour contester la réalité de la maladie : ce contrôle relève exclusivement de la caisse primaire d'assurance maladie via la contre-visite médicale. L'employeur ne peut donc pas assimiler un arrêt qu'il estime « abusif » à un comportement déloyal, sauf à violer la répartition des compétences en matière de contrôle des arrêts maladie. La loyauté demeure un instrument disciplinaire, non un substitut aux prérogatives de la Sécurité sociale.

860. Mais si le droit ménage une liberté d'activité aux salariés en arrêt maladie, c'est aussi pour des raisons médicales et psychologiques. L'inactivité forcée peut aggraver la pathologie, notamment dans les cas de dépression ou de burn-out. Laisser le salarié s'adonner à des activités de loisirs ou de bénévolat favorise la guérison, en rompant l'isolement et en soutenant l'équilibre psychique. La jurisprudence, en consacrant la possibilité d'activités annexes, reflète donc une vision humaniste et thérapeutique du droit du travail, attentive aux réalités de la santé mentale et aux risques psychosociaux.

⁹⁵⁷ Cass. Soc., 12 oct. 2011, n°10-16.649, *op. cit.*

861. Enfin, il convient de distinguer la loyauté de l'obligation de non-concurrence. Lorsqu'un salarié exerce, pendant son arrêt maladie, une activité concurrente à celle de son employeur, la sanction n'est plus conditionnée par l'existence d'un préjudice. La violation de l'interdiction de concurrence constitue, en elle-même, un manquement grave, sanctionnable même en l'absence de dommage démontré. Cette différence de régime révèle la fonction instrumentale de la loyauté : protéger l'entreprise contre les atteintes diffuses et indirectes, là où la non-concurrence opère comme un interdit structurel et absolu.

II. Une interdiction de concurrence maintenue

862. Parmi les corollaires de l'obligation de loyauté, l'interdiction de concurrence occupe une place singulière. Elle se distingue par sa rigueur et son autonomie conceptuelle, au point de constituer, plus qu'une simple déclinaison, un véritable régime spécifique. Cette exigence trouve une acuité particulière en présence d'un salarié en arrêt de travail pour maladie. En effet, la suspension du contrat, si elle prive temporairement le salarié de l'exécution de ses obligations professionnelles, libère du temps tout en ouvrant droit à une indemnisation de la sécurité sociale, souvent moindre que le salaire habituel. La combinaison de ces deux éléments — disponibilité et fragilité économique — peut inciter certains salariés à rechercher une activité rémunérée de substitution. Cette tentation est d'autant plus forte en cas de pathologie psychique, où la capacité physique demeure intacte, contrairement à l'hypothèse d'une affection corporelle invalidante.

863. Le principe de non-concurrence. L'obligation de non-concurrence interdit au salarié d'exercer, directement ou indirectement, une activité concurrente, que ce soit au service d'un tiers ou pour son propre compte. Son fondement normatif se rattache à l'exigence de bonne foi contractuelle, exprimée à l'article 1104 du Code civil et reprise à l'article L.1222-1 du Code du travail. L'objectif est clair : prévenir le risque de désorganisation pour l'entreprise, qu'il s'agisse d'une perte de clientèle, d'une divulgation de procédés ou d'un transfert de savoir-faire. L'interdiction de concurrence doit toutefois être distinguée de l'exclusivité. Le salarié conserve, en principe, la faculté de cumuler plusieurs emplois, sous réserve de respecter la durée maximale de travail et à condition que ces activités n'empiètent pas sur les intérêts économiques de l'employeur principal. Seules les fonctions équivalentes ou susceptibles de porter atteinte à ces intérêts sont prohibées.

864. Cette interdiction, inhérente au contrat de travail, s'impose dès sa conclusion et perdure pendant toute sa durée d'exécution. Elle ne connaît pas de suspension, y compris lorsque le salarié est en arrêt de travail pour maladie. L'obligation peut même se prolonger après la rupture du contrat, sous réserve d'une clause expresse assortie des conditions de validité bien connues (limitation dans le temps et l'espace, contrepartie financière, proportionnalité).

865. La violation de l'interdiction de concurrence. La violation de l'interdiction de concurrence est caractérisée dès lors que le salarié exerce une activité concurrente à titre lucratif, pour son compte ou pour celui d'un tiers⁹⁵⁸. Le régime probatoire est ici particulièrement favorable à l'employeur : il n'est pas tenu de démontrer l'existence d'un préjudice⁹⁵⁹, celui-ci étant présumé par la seule nature concurrentielle de l'activité. En pratique, il lui appartient seulement d'établir la réalité de l'activité et son caractère rémunéré⁹⁶⁰. Une telle faute peut justifier une sanction disciplinaire allant jusqu'au licenciement pour faute grave.

866. La jurisprudence fournit de nombreuses illustrations de ce mécanisme. Ont ainsi été considérés comme fautifs le mécanicien en arrêt de travail qui procédait à des réparations de véhicules dans un but lucratif⁹⁶¹, ou encore le coffreur dirigeant un chantier de construction avec plusieurs ouvriers sous ses ordres⁹⁶². Toutefois, la Cour de cassation se montre parfois nuancée quant à la qualification de la faute grave. Ainsi, l'entraide familiale occasionnelle a pu exclure cette qualification, comme dans l'affaire du salarié d'un hypermarché ayant aidé ponctuellement son épouse dans son épicerie. Le comportement constituait bien une activité concurrente, justifiant un licenciement, mais ne présentait pas le degré de gravité suffisant pour priver le salarié de toute indemnité⁹⁶³.

⁹⁵⁸ Cass. Soc., 27 nov. 2024, n°23-13.056 : La Cour de cassation rappelle que pendant un arrêt pour accident du travail ou maladie professionnelle, seul un manquement grave à l'obligation de loyauté peut justifier un licenciement. En l'espèce, le salarié reproché de détournement de marchandises, d'activité concurrente présumée et d'absences hors heures autorisées voit son licenciement annulé : la Cour de cassation considère que l'activité concurrente n'était pas établie (intervention à titre amical et non rémunérée), le détournement n'était pas caractérisé et les absences ne constituaient pas une faute grave.

⁹⁵⁹ Cass. Soc., 28 janv. 2015, n°13-18.354 ; Cass. Soc., 5 juill. 2017, n°16-15.623, publié : *Dr. soc.*, 2017, n° 10, p. 882, note J. Mouly ; *JCP S*, 2017, n°36, p. 20, obs. A. Barège ; *JSL*, 2017, n°437, p.28.

⁹⁶⁰ Cass. Soc., 28 janv. 2015, n°13-18.354, *op. cit.*

⁹⁶¹ Cass. Soc., 21 oct. 2003, n°01-43.943, publié : *Dr. soc.*, 2003, n°1, p. 114, note J. Savatier ; *JSL*, 2003, n°135, p. 14, note M-C. H.

⁹⁶² Cass. Soc., 21 juill. 1994, n°93-40.554, publié : *BJT*, 1994, n°63, p. 239, obs.

⁹⁶³ Cass. Soc., 23 juin 1999, n°97-42.067.

867. Vers une extension discutable de la loyauté contractuelle. Dans un arrêt du 1er octobre 2025⁹⁶⁴, la Cour de cassation a jugé qu'un salarié en arrêt maladie avait commis une faute grave en proposant, avant la rupture de son contrat, de réaliser des prestations identiques à celles de son employeur. L'activité concurrente n'avait pourtant pas encore été effectivement exercée : la faute a été déduite de la simple offre de services formulée à des clients potentiels. Logiquement, les juges ne se sont pas fondés sur l'obligation de non-concurrence, aucune activité n'ayant été réalisée à titre lucratif. Mais, contre toute attente, ils ont tout de même reconnu la violation de l'obligation de loyauté, sans évoquer le moindre préjudice subi par l'employeur.

868. Une telle solution interroge, tant elle tend à détacher la sanction de toute réalité économique ou dommage avéré. Alors que la violation de l'obligation de loyauté suppose, en principe, la démonstration d'un préjudice, la Cour substitue ici une approche préventive et moraliste de la loyauté, conçue comme un instrument de contrôle du comportement du salarié. Cette évolution témoigne d'une instrumentalisation croissante de la notion de loyauté : mobilisée tantôt pour fonder la faute, tantôt pour en limiter la portée, elle perd de sa cohérence conceptuelle et devient un vecteur d'opportunité jurisprudentielle. En matière d'arrêt maladie, cette dérive n'est pas neutre : elle participe d'un déplacement de l'équilibre contractuel au profit d'une logique disciplinaire, où la loyauté devient une norme sanctionnatrice plutôt qu'un principe de coopération.

869. En érigeant la simple intention concurrentielle en manquement fautif, la jurisprudence semble détacher la loyauté de sa fonction indemnitaire pour en faire une norme de comportement autonome. Faut-il en déduire que, lorsqu'est en jeu une activité susceptible de concurrencer l'employeur, la condition du préjudice tend à s'effacer au profit d'une logique purement dissuasive ? Une telle évolution, si elle se confirmait, consacrerait un glissement silencieux du droit des obligations vers un droit disciplinaire des attitudes, où l'intention l'emporterait sur la matérialité de la faute.

870. Si l'interdiction de concurrence, rigoureusement maintenue, assure à l'employeur une protection effective contre le risque de captation d'intérêts au cours de la suspension du contrat, cette rigueur connaît une limite de principe : le salarié ne saurait être sanctionné en

⁹⁶⁴ Cass. Soc., 1er oct. 2025, n° 24-17.418 : La Cour de cassation opère un revirement par rapport à sa position récente selon laquelle une simple prise de contact en vue d'une activité concurrente ne pouvait constituer une faute grave (Cass. Soc., 29 mai 2024, n° 22-13.440).

considération de son état de santé. Le principe de non-discrimination impose que la mesure disciplinaire se rattache exclusivement à la violation de l'obligation contractuelle, et non à la maladie elle-même. Ce rappel réaffirme l'équilibre fondamental entre les prérogatives patronales et la protection du salarié malade.

Section III. Une garantie à portée limitée

871. Le principe de non-discrimination fondée sur l'état de santé occupe, en droit du travail, une place éminemment structurante. En érigeant la maladie en critère protégé, l'article L.1132-1 du Code du travail consacre l'idée selon laquelle l'altération de la santé ne saurait, en elle-même, fragiliser la position du salarié dans la relation d'emploi⁹⁶⁵. À ce titre, la jurisprudence a fermement établi que toute mesure de sanction ou de rupture prononcée en considération de l'état de santé encourt la nullité, en raison de son caractère discriminatoire.

872. Cette centralité pourrait légitimement conduire à faire de la lutte contre la discrimination le prisme principal d'analyse de l'arrêt maladie. Mais s'engager dans cette voie reviendrait à reconduire une approche désormais trop étroite : celle qui réduit l'arrêt de travail à un temps de friction, voire à un moment de rupture, au sein du rapport contractuel. Une telle perspective reconduit la vision classique d'un « risque-sanction » entourant l'arrêt maladie, au détriment d'une compréhension plus large du régime comme processus continu, dont la finalité est précisément de préserver la relation de travail en organisant, de manière ordonnée, la parenthèse thérapeutique.

873. C'est pourquoi l'analyse menée dans le cadre de cette thèse n'a pas cherché à faire du principe de non-discrimination l'axe structurant de l'arrêt maladie. Non parce que la garantie serait marginale, mais parce qu'elle est aujourd'hui stabilisée, lisible et solidement encadrée, tant par la loi que par la jurisprudence. Son régime est suffisamment clarifié pour ne plus constituer le point névralgique des difficultés contemporaines. Le risque discriminatoire existe – et il demeure sévèrement sanctionné –, mais il n'épuise pas les problématiques du régime de

⁹⁶⁵ N. FERRE, « Le droit des salariés malades : entre maintien dans l'entreprise, inaptitude et éviction (ou mise à l'écart) », *Sciences Sociales et Santé*, décembre 2014, Vol. 32, p. 107-115.

l'arrêt maladie, dont la véritable complexité réside moins dans la rupture potentielle du contrat que dans son maintien, sa continuité et les équilibres qu'elle suppose.

874. En revanche, l'existence de ce risque éclaire la dynamique d'ensemble d'un régime en quête d'équilibre. D'un côté, la protection du salarié exige que la maladie ne puisse jamais être mobilisée comme motif de mise à l'écart (I). De l'autre, et dans le respect du principe de causalité, l'employeur demeure fondé à rompre le contrat ou à sanctionner dès lors qu'il agit pour des motifs étrangers à l'état de santé : motif économique, comportement fautif, ou encore perturbation grave et durable du fonctionnement de l'entreprise due aux absences répétées ou prolongées du salarié (II). Le droit positif assume cette tension, qui n'est pas un dysfonctionnement mais la traduction de la double nature du contrat de travail : source d'obligations réciproques, mais inscrit dans un environnement économique réel.

875. En définitive, la place réservée ici à la non-discrimination n'est volontairement pas celle d'un phénomène structurant. Elle est celle d'une limite, d'un garde-fou, d'un risque circonscrit, fonctionnel au maintien de l'équilibre du régime. En mettant à distance la tentation de lire l'arrêt maladie uniquement à travers le prisme de la rupture, l'analyse entend replacer ce dernier dans une approche systémique, centrée sur la continuité de la relation de travail et sur la nécessaire évolution d'un régime encore trop fragmenté.

876. À côté de cette faculté unilatérale de rupture subsiste également, durant la période de suspension du contrat, la possibilité d'une rupture résultant d'un accord des parties. L'article L.1237-11 du Code du travail autorise en effet la conclusion d'une rupture conventionnelle, y compris lorsque le salarié est en arrêt de travail, qu'il s'agisse d'une maladie ordinaire, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle⁹⁶⁶.

I. Une protection contre les sanctions disciplinaires discriminatoires

« (...) aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, telle que définie à l'article 1er de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations, notamment en matière de

⁹⁶⁶ Cass. Soc., 30 sept. 2014, n°13-16.297, publié : *Dr. soc.*, 2015, n°5, p. 406, note L. Lerouge ; *Lamy aff.*, 2015, n°100, p. 44, M. Arnaud ; *SSL*, 2015, n° 1667, p. 84, note F. Champeaux ; *JCP E*, 2014, n°49, p. 42, note J-F. Cesaro ; *JCP S*, 2014, n°46, p. 28, note G. Loiseau.

rémunération, au sens de l'article L. 3221-3, de mesures d'intéressement ou de distribution d'actions, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, d'horaires de travail, d'évaluation de la performance, de mutation ou de renouvellement de contrat (...) en raison de son état de santé, de sa perte d'autonomie ou de son handicap, (...). »

- C. Trav., Art. L.1132-1.

877. Le Code du travail érige en principe cardinal la prohibition de toute discrimination. Aucune mesure disciplinaire, aucun licenciement ne peut être fondé sur l'état de santé du salarié (A). Toute sanction adoptée en méconnaissance de cette interdiction est entachée de nullité (B).

La portée de cette protection dépasse le seul temps de l'arrêt maladie. Elle s'applique tout autant aux salariés dont le contrat n'est pas suspendu pour cause de maladie, qu'à ceux qui reprennent leur activité après un arrêt. Autrement dit, le principe de non-discrimination en raison de l'état de santé s'impose en amont, pendant et en aval de l'épisode pathologique.

A. Une protection juridique exigeante

878. Si l'état de santé pouvait justifier, à lui seul, une sanction disciplinaire ou un licenciement, le recours à l'arrêt maladie perdrait toute effectivité. Confrontés au risque de perdre leur emploi, les salariés hésiteraient à interrompre leur activité pour se soigner, préférant demeurer au travail au détriment de leur santé. Pire encore, certains pourraient être tentés de dissimuler leur pathologie, par crainte des répercussions professionnelles qu'elle pourrait entraîner, qu'il s'agisse de leur maintien dans l'entreprise ou de leur évolution de carrière. C'est précisément pour prévenir de tels effets délétères que le principe de non-discrimination en raison de l'état de santé s'impose : il interdit à l'employeur de fonder une décision défavorable sur la maladie du salarié (1).

879. Pour autant, l'efficacité pratique de cette protection demeure conditionnée à la question probatoire. Comment établir que la sanction ou le licenciement trouve, en réalité, sa cause déterminante dans l'état de santé du salarié ? En dehors des cas exceptionnels où la lettre de rupture mentionnerait explicitement ce motif illicite, la démonstration de la discrimination se

heurte à de sérieuses difficultés, tant la motivation de l'employeur peut se dissimuler derrière d'autres justifications apparentes (2).

1. Une discrimination en raison de l'état de santé prohibée

880. Le principe de non-discrimination s'enracine à la fois dans l'article L.1132-1 du Code du travail et dans l'article 225-1 du Code pénal, qui énumèrent une vingtaine de critères prohibés. Parmi ces motifs figurent l'état de santé⁹⁶⁷, la perte d'autonomie et le handicap⁹⁶⁸.

881. L'universalité de la protection au cours de la relation de travail. La prohibition des discriminations irrigue l'ensemble du rapport de travail⁹⁶⁹. Elle s'impose dès l'embauche, interdisant à l'employeur d'écarter un candidat en raison de son état de santé. Elle se poursuit pendant l'exécution du contrat, en empêchant tout refus de prime, de promotion, ou toute sanction disciplinaire qui aurait pour origine l'état pathologique du salarié⁹⁷⁰. Enfin, elle s'étend à la rupture du contrat de travail : toute décision de licenciement fondée, même partiellement, sur l'état de santé ou le handicap du salarié encourt la nullité. Cette nullité vise moins à protéger l'emploi en tant que tel qu'à préserver l'égalité de traitement, entendue comme « la garantie que les salariés ne soient pas jugés sur leur vulnérabilité mais sur leurs aptitudes professionnelles ».

882. La protection ne se limite pas à la période de suspension du contrat. Elle demeure effective en dehors de l'arrêt de travail, notamment lors du retour du salarié dans l'entreprise⁹⁷¹. Un licenciement prononcé en raison des séquelles d'une pathologie⁹⁷² ou de l'incompatibilité des nouvelles tâches avec l'état de santé du salarié constitue une discrimination prohibée⁹⁷³. Cette extension temporelle de la protection montre que l'état de santé, en tant que critère

⁹⁶⁷ M. MINE, *Dictionnaire juridique de l'égalité et de la non-discrimination*, L'Harmattan, 2021.

⁹⁶⁸ F. HEAS, « État de santé, handicap et discrimination en droit du travail », *La Semaine juridique – Social*, juin 2011, n°24, p. 19-24.

⁹⁶⁹ Ch. RADE, « La discrimination n'est pas une inégalité de traitement comme les autres », *Droit social*, mars 2021, n°3, p. 266.

⁹⁷⁰ A noter que « La simple proposition de modification du contrat de travail motivée par l'état de santé du salarié peut constituer une discrimination » (Cass. Soc., 28 juin 2018, n°16-28.511 : *BJT*, 2018, n°1, p. 23, obs. L. Bento de Carvalho).

⁹⁷¹ À titre d'exemple, l'entreprise ne peut pas procéder au licenciement d'un salarié en raison de son état dépressif seul. Le licenciement est sinon discriminatoire : Cass. Soc., 28 janv. 1998, n°95-41.491, publié.

⁹⁷² CE, 3 juill. 2013, n°349496.

⁹⁷³ Cass. Soc., 20 oct. 1999, n°97-42.758.

prohibé, ne se réduit pas à l'épisode pathologique ponctuel mais concerne l'ensemble du parcours professionnel du salarié⁹⁷⁴.

883. L'exemple de la période d'essai. La période d'essai a pour finalité exclusive l'évaluation des compétences professionnelles du salarié. Si celui-ci ne satisfait pas aux exigences du poste, l'employeur peut rompre l'essai unilatéralement, ce qui emporte rupture du contrat de travail⁹⁷⁵. En revanche, l'état de santé ou l'absence pour maladie ne peuvent justifier cette décision. La jurisprudence a confirmé que la rupture de l'essai est discriminatoire lorsqu'elle est fondée sur des motifs prohibés - étrangers à l'appréciation des aptitudes professionnelles⁹⁷⁶. En pratique, toutefois, la preuve de la discrimination s'avère difficile. À défaut d'éléments objectifs reprochant un défaut de compétence, le salarié peut néanmoins établir un faisceau d'indices laissant supposer que la rupture repose sur son état de santé⁹⁷⁷.

884. L'exemple du contrat à durée déterminée. L'arrêt maladie n'affecte pas le terme du contrat à durée déterminée (CDD), qui s'éteint à la date prévue, même si le salarié est toujours en arrêt de travail. La rupture anticipée du CDD n'est possible que dans les hypothèses limitativement énumérées par la loi : faute grave, commun accord ou inaptitude médicalement constatée⁹⁷⁸. La maladie du salarié n'est pas assimilée à un cas de force majeure, faute de réunir l'imprévisibilité exigée. De même, l'absence justifiée ne saurait constituer une faute grave. Ainsi, toute rupture anticipée d'un CDD en raison de la maladie du salarié est discriminatoire et, partant, nulle.

885. Malgré sa formulation catégorique, le principe de non-discrimination en raison de l'état de santé n'est pas exempt de difficultés d'application⁹⁷⁹. La règle se heurte à la plasticité des justifications patronales, l'état pathologique pouvant être invoqué indirectement sous couvert d'autres motifs (perturbation du service, insuffisance professionnelle, etc.). D'où l'importance du régime probatoire aménagé, qui constitue en réalité l'ossature de l'effectivité du principe.

⁹⁷⁴ M. MERCAT-BRUNS, « Les discriminations multiples et l'identité au travail au croisement des questions d'égalité et de libertés », *Revue de droit du travail*, janvier 2015, n° 1, p. 28-38.

⁹⁷⁵ La rupture peut intervenir au cours de l'absence du salarié pour maladie : Cass. Soc., 4 avr. 2012, n°10-23.876.

⁹⁷⁶ Cass. Soc., 16 févr. 2005, n°02-43.402, publié.

⁹⁷⁷ Cass. Soc., 10 avr. 2013, n°11-24.794 : *RJS*, 2013, n°6, p. 369.

⁹⁷⁸ C. Trav., Art. L.1243-1 s.

⁹⁷⁹ S. SELUSI, « Discrimination en raison de l'état de santé : une gestion délicate en pratique », *Revue droit & santé*, mai 2016, n°71 ; Cass. Soc., 10 février 2016, n°14-17163.

2. Une preuve facilitée

886. La difficulté probatoire en droit commun. En principe, le droit commun de la preuve impose à chaque partie de rapporter les faits nécessaires au succès de sa prétention⁹⁸⁰ et à celle qui allègue un fait d'en apporter la preuve⁹⁸¹. Appliquée au contentieux de la discrimination, cette exigence se traduirait par l'obligation pour le salarié de démontrer directement que la sanction dont il fait l'objet trouve sa cause réelle dans son état de santé. Or, cette démonstration relève souvent de l'impossible : l'intention discriminatoire échappe par nature à l'observation et l'employeur a toute latitude pour dissimuler le mobile réel de sa décision derrière des motifs de façade. Si la charge de la preuve reposait exclusivement sur la victime, la prohibition des discriminations ne serait qu'un droit illusoire. C'est précisément pour éviter cet écueil que le législateur a instauré un régime probatoire spécifique à l'article L.1134-1 du Code du travail.

887. Le renversement de la charge de la preuve. Ce régime se caractérise par une répartition dynamique de la charge probatoire. Le salarié n'a pas à établir de manière positive l'existence d'une discrimination. Il lui suffit d'apporter des éléments de fait laissant présumer celle-ci⁹⁸². Dès lors, il incombe à l'employeur de prouver que sa décision repose sur des critères objectifs étrangers à tout motif prohibé⁹⁸³. Ce mécanisme, inspiré du droit de l'Union européenne (Dir. 97/80/CE puis Dir. 2000/78/CE), vise à rétablir une égalité procédurale entre les parties. En effet, l'employeur détient seul l'accès aux informations relatives aux raisons de sa décision. L'inversion de la charge de la preuve traduit donc une logique d'« asymétrie compensée », où le droit processuel corrige l'inégalité structurelle des positions contractuelles.

888. La présomption de discrimination peut résulter d'indices variés, dont la valeur n'est pas appréciée isolément mais dans leur convergence. Un seul élément peut suffire, mais la force probatoire résulte souvent d'un faisceau d'indices concordants. Sont classiquement retenus la concomitance entre un arrêt maladie et une mesure disciplinaire, l'absence d'éléments objectifs établissant une insuffisance professionnelle ou encore le caractère artificiel d'une faute grave alléguée. Dans ces hypothèses, le motif affiché dans la lettre de licenciement apparaît comme un simple paravent destiné à masquer le mobile illicite. Le juge du fond apprécie

⁹⁸⁰ CPC, Art. 9.

⁹⁸¹ C. Civ., Art. 1353.

⁹⁸² C. Trav., Art. L.1134-1.

⁹⁸³ *Ibid.*

souverainement la valeur de ces indices et peut, si nécessaire, ordonner une mesure d’instruction pour en vérifier la réalité.

889. Ce régime probatoire constitue la clef de voûte de l’effectivité du principe de non-discrimination. Sans lui, la prohibition légale resterait largement théorique. En facilitant l’accès au juge et en obligeant l’employeur à expliciter les raisons objectives de ses décisions, l’article L.1134-1 consacre une logique de transparence décisionnelle qui renforce l’exigence d’égalité dans la relation de travail. L’examen probatoire se présente ainsi comme le prolongement processuel du principe substantiel d’interdiction des discriminations. Toutefois, cette architecture probatoire, si protectrice en théorie, ne dissipe pas toutes les difficultés rencontrées en pratique. Le mécanisme de partage de la charge de la preuve se heurte en effet à la nature même des phénomènes discriminatoires : souvent diffus, rarement explicites, fréquemment enchâssés dans des chaînes décisionnelles complexes ou des raisonnements implicites. Il en résulte un contentieux nourri, où la qualification de la discrimination demeure délicate, tant pour les juridictions que pour les parties⁹⁸⁴.

B. Des conséquences strictes

890. La violation de l’interdiction des discriminations en raison de l’état de santé du salarié ne demeure pas sans effet : elle appelle des sanctions particulièrement rigoureuses. Certes, le droit pénal incrimine expressément de tels comportements, érigés en délit de discrimination et susceptibles d’exposer l’employeur à des peines d’amende et d’emprisonnement⁹⁸⁵. Mais c’est principalement sur le terrain du droit du travail que se déploient les conséquences pratiques de cette prohibition.

Le code du travail érige en effet la nullité toute décision fondée sur un motif discriminatoire, qu’il s’agisse d’une mesure disciplinaire ou d’une rupture du contrat de travail. L’ampleur de la sanction civile illustre la gravité de l’atteinte portée aux droits fondamentaux du salarié, en privant d’effet tout acte inspiré par un motif illicite. L’étude des conséquences appelle ainsi une distinction selon que l’employeur a prononcé une sanction disciplinaire (I) ou qu’il a procédé à un licenciement (II).

⁹⁸⁴ B. BOSSU, *Les discriminations dans les relations de travail devant les Cours d’Appel. La réalisation contentieuse d’un droit fondamental*, Rapport de recherche, avec le soutien de la Mission de recherche Droit et Justice, septembre 2014.

⁹⁸⁵ L’employeur peut faire l’objet d’une condamnation pour délit de discrimination pouvant aller jusqu’à trois ans d’emprisonnement et 45.000 euros d’amende : C. Pén., Art. 225-1 ; C. Pén., Art. 225-2.

1. L'annulation de la sanction disciplinaire

891. La possible sanction pendant un arrêt maladie. L'existence d'un arrêt de travail pour maladie n'interdit pas, en soi, à l'employeur de prononcer une sanction disciplinaire. En pratique, l'éventail des mesures susceptibles d'être mobilisées demeure large⁹⁸⁶ : avertissement, blâme, mise à pied disciplinaire, voire toute sanction prévue au règlement intérieur, obligatoire dans les entreprises d'au moins cinquante salariés⁹⁸⁷. L'exercice de ce pouvoir disciplinaire n'est toutefois pas discrétionnaire : il est strictement encadré, tant par l'exigence de légalité des sanctions que par le respect d'une procédure contradictoire garantissant les droits de la défense du salarié⁹⁸⁸.

892. L'exigence d'un motif réel et non discriminatoire. La légitimité de la sanction disciplinaire est subordonnée à la démonstration d'un manquement imputable au salarié. Les faits reprochés doivent constituer une faute de nature à justifier la mesure envisagée. Toute confusion entre un motif disciplinaire et un motif discriminatoire est prohibée. Dès lors, une sanction fondée, même partiellement, sur l'état de santé ou l'absence du salarié, constitue une discrimination. En cas de litige, il appartient au juge d'apprécier la réalité et la pertinence des motifs invoqués. Lorsque le juge constate que la sanction procède en réalité d'un mobile discriminatoire, celle-ci encourt l'annulation de plein droit, consacrant ainsi le principe selon lequel la discipline ne saurait masquer une mesure attentatoire aux droits fondamentaux du salarié.

893. Les conséquences de la nullité. Les conséquences de la nullité varient selon la nature de la sanction annulée. Lorsqu'il s'agit d'un blâme ou d'un avertissement, l'annulation produit un effet essentiellement déclaratif : la mesure est réputée n'avoir jamais existé. En revanche, la nullité d'une mise à pied disciplinaire entraîne des effets pécuniaires substantiels. Le salarié a droit au versement de l'intégralité de sa rémunération au titre de la période litigieuse, indépendamment de la perception éventuelle d'indemnités journalières de sécurité sociale. La jurisprudence refuse toute compensation entre le salaire dû et les revenus de remplacement perçus, considérant que la nullité prive d'effet la mesure disciplinaire et rétablit rétroactivement le droit à rémunération⁹⁸⁹. Cette position a suscité de vives critiques doctrinales et patronales :

⁹⁸⁶ C. Trav., Art. L.1331-1.

⁹⁸⁷ C. Trav., Art. L.1321-1.

⁹⁸⁸ C. Trav., Art. L.1332-1 et sv.

⁹⁸⁹ Cass. Soc., 18 févr. 2016, n°14-26.350 : *RJS*, 2016, n°5, p. 362.

elle conduirait à une situation de « double paiement », l'employeur assumant la charge salariale alors même que le salarié bénéficie déjà d'une indemnisation. La Cour de cassation justifie néanmoins cette solution par la logique réparatrice attachée à la nullité, en privilégiant la protection du salarié sur les considérations financières de l'entreprise.

2. L'annulation du licenciement fondé sur l'état de santé

894. L'examen du motif de licenciement. L'état de santé du salarié ne saurait, en principe, constituer un motif autonome de licenciement. L'employeur est tenu d'invoquer un motif légitime – insuffisance professionnelle, faute grave, motif économique – susceptible de justifier la rupture du contrat. Toutefois, en pratique, ces fondements apparents peuvent masquer un mobile illicite lié, directement ou indirectement, à l'état de santé ou à l'absentéisme du salarié. Dans un tel cas, le licenciement encourt la nullité, car il procède d'une discrimination prohibée. La mission du juge consiste dès lors à apprécier la réalité et la pertinence du motif invoqué, en confrontant les éléments fournis par les deux parties. Si le juge conclut que le licenciement est déterminé, en tout ou partie, par la maladie du salarié, la rupture du contrat se trouve frappée de nullité.

895. Les conséquences de la nullité. La reconnaissance de la nullité ouvre, en principe, une option pour le salarié : demander sa réintégration dans l'entreprise ou solliciter une indemnisation exclusive. Ce choix, qui témoigne du caractère protecteur du régime, permet d'adapter la réparation à la volonté du salarié. Toutefois, deux hypothèses échappent à cette alternative : lorsque la rupture découle d'une prise d'acte⁹⁹⁰ ou d'une demande de résiliation judiciaire⁹⁹¹, la réintégration est exclue de droit, seule l'indemnisation demeurant envisageable. Cette distinction traduit la logique selon laquelle la réintégration ne peut être imposée contre la volonté du salarié, ni lorsque celui-ci a lui-même pris l'initiative de rompre le lien contractuel.

896. La réintégration du salarié. La réintégration constitue la conséquence première de la nullité, puisqu'elle vise à replacer le salarié dans la situation qui aurait dû être la sienne si l'acte

⁹⁹⁰ Cass. Soc., 29 mai 2013, n°12-15.974, publié : *JCP S*, 2013, n°36, p. 28, note F. Dumont ; *Dr. soc.*, 2013, n°7-8, p. 647, note J. Mouly ; *JSL*, 2013, n°347, p.16, note J-P. Lhernould ; *SSL*, 2013, n°1599, p. 163, note F. Champeaux ; *JCP G*, 2013, n°25, p. 1224, note C. Lefran-Hamoniaux. Cette position jurisprudentielle s'explique logiquement. L'objectif de la prise d'acte, comme de la résiliation judiciaire, est de mettre fin au contrat de travail. Demander ensuite sa réintégration serait contraire à ce principe.

⁹⁹¹ Cass. Soc., 3 oct. 2018, n°16-19.836, publié : *JCP S*, 2018, n°45, p. 33, note J-Y Kerbourc'h ; *BJT*, 2018, n°3, p. 178, note F. Canut. Cass. Soc., 27 janv. 2021, n°19-21.200, publié : *JCP S*, 2021, n°10, p.27, note Y. Pagnerre ; *Dr. Soc.*, 2021, n°3, p. 271, note C. Radé.

illicite n'avait pas été commis. Elle n'est soumise à aucun délai de demande⁹⁹² et s'impose à l'employeur, sauf impossibilité matérielle ou juridique démontrée par ce dernier. La réintégration doit s'opérer dans l'emploi d'origine ou, à défaut, dans un emploi équivalent, mais ne saurait s'étendre au-delà du périmètre de l'entreprise ou de l'unité économique et sociale⁹⁹³. En cas de réintégration, le salarié bénéficie du paiement rétroactif des salaires dont il a été privé, ainsi que de l'ouverture des droits à congés payés pour la période considérée. Cette solution consacre une logique de réparation intégrale, visant à effacer les effets d'un licenciement illicite.

897. L'indemnisation en l'absence de réintégration. Lorsque le salarié n'opte pas pour la réintégration, ou lorsque celle-ci se révèle impossible⁹⁹⁴, l'indemnisation devient la voie exclusive de réparation. Elle revêt un caractère protecteur renforcé : l'indemnité minimale est fixée à l'équivalent de six mois de salaire⁹⁹⁵, ce qui la distingue nettement du barème de l'article L. 1235-3 du Code du travail applicable aux licenciements sans cause réelle et sérieuse. Le calcul du salaire de référence se fait sur la base des trois ou des douze derniers mois d'activité précédant l'arrêt de travail pour maladie, de manière à neutraliser l'effet de la suspension du contrat⁹⁹⁶. À cette indemnité s'ajoutent les sommes dues au titre de la rupture (indemnité de licenciement, indemnité compensatrice de congés payés). Ce régime dérogatoire illustre l'importance accordée à la prohibition des licenciements discriminatoires, au prix parfois de critiques patronales qui y voient un alourdissement excessif de la charge financière pesant sur l'entreprise.

898. Il convient enfin de souligner que l'interdiction du licenciement fondé sur l'état de santé n'est pas absolue. La nullité ne sanctionne que le licenciement discriminatoire. L'employeur conserve la faculté de rompre le contrat pour des motifs distincts et légitimes, tels que la

⁹⁹² Cass. Soc., 14 sept. 2016, n°15-15.944, publié : *JCP S*, 2016, n°45, p. 28, note D. Chenu ; *RJS*, 2016, n°11, p. 763.

⁹⁹³ Cass. Soc., 9 juill. 2008, n°07-41.845, publié : *Dr. soc.*, 2008, n°11, p. 1146, obs. G. Couturier ; *JCP S*, 2008, n°44, p. 23, note L. Draï ; *JSL*, 2008, n°240, p.10, note M. Hautefort.

⁹⁹⁴ Tel est le cas, par exemple, lorsque le salarié a été mis à la retraite (Cass. Soc., 25 juin 2003, n°01-43.717, publié : *JSL*, 2003, n°133, p. 17, note M-C Haller) ou lorsqu'il s'est rendu coupable d'actes de concurrence déloyale après le licenciement (Cass. Soc., 25 juin 2003, n°01-46.479, publié : *BJT*, 2003, p. 440, note C. Charbonneau).

⁹⁹⁵ C. Trav., Art. L.1235-3-1 ; Cass. Soc., 2 juin 2004, n°02-41.045, publié : *Dr. soc.*, 2004, n°9-10, p. 909, note G. Couturier ; *JSL*, 2004, n°149, p. 18, note J-E Turreil. Le salaire des mois au cours desquels le salarié était en arrêt de travail pour maladie ne doit pas être pris en compte dans le calcul de cette indemnité (Cass. Soc., 26 juin 2019, n°18-17.120, publié : *JCP S*, 2019, n°37, p. 30, obs. D. Cenu ; *BJT*, 2019, n°9, p. 21, obs. G. Duchange).

⁹⁹⁶ Cass. Soc., 23 mai 2017, n°15-22.223, publié : *JCP S*, 2017, n°29, p. 22, obs. E. Jeansen ; *JSL*, 2017, n°436, p. 11, obs. M. Patin ; *JCP E*, 2017, n°27, p. 49, note C. Terrenoire.

perturbation du fonctionnement de l'entreprise résultant d'absences répétées ou prolongées, dès lors que la rupture est motivée par des nécessités objectives étrangères à toute considération discriminatoire. La frontière entre le licenciement licite et le licenciement discriminatoire demeure ainsi délicate à tracer, laissant une place centrale au contrôle exercé par le juge prud'homal.

III. Une faculté de licenciement encadrée

899. L'arrêt maladie occupe une place paradoxale dans le droit du travail. D'un côté, il est perçu comme un rempart protecteur, mettant le salarié à l'abri de toute mesure de rupture durant sa convalescence. De l'autre, il est souvent dénoncé par les employeurs comme une entrave excessive à la bonne marche de l'entreprise, en ce qu'il priverait celle-ci de toute possibilité d'adaptation face à l'absence prolongée ou répétée d'un salarié. L'image d'un salarié « intouchable » durant sa maladie demeure ainsi profondément ancrée, nourrissant l'idée d'une rigidité excessive du régime juridique.

900. Pourtant, cette vision est trompeuse. L'arrêt de travail ne confère aucune immunité au salarié. Il suspend simplement l'exécution de son contrat, sans le mettre à l'abri d'un licenciement. L'état de santé, en lui-même, ne saurait constituer un motif de rupture ; mais l'employeur n'est pas pour autant privé de toute faculté de licencier. Au contraire, le droit positif ménage plusieurs voies permettant la rupture du contrat malgré l'arrêt maladie, révélant ainsi un équilibre instable entre protection de la santé du travailleur et préservation des intérêts économiques de l'entreprise.

901. Deux exceptions majeures illustrent cet équilibre. La première tient à l'inaptitude du salarié, constatée par le médecin du travail, qui autorise son licenciement lorsque le reclassement s'avère impossible (A). La seconde réside dans l'hypothèse, dégagée par la jurisprudence, où l'absence prolongée ou les absences répétées entraînent une désorganisation de l'entreprise et nécessitent un remplacement définitif (B).

Au-delà de ces cas, l'employeur conserve la possibilité de licencier un salarié en arrêt pour des motifs étrangers à sa santé : motif économique, faute grave, ou tout autre manquement contractuel imputable au salarié (C). La question centrale est alors de savoir jusqu'où peut aller cette faculté de licenciement, et dans quelle mesure elle ménage une réelle protection au salarié malade.

A. L'inaptitude

902. En principe, l'état de santé du salarié ne peut constituer le motif de son licenciement. Toutefois, une première exception est admise : celle de l'inaptitude médicalement constatée. Lorsque le salarié est déclaré inapte par le médecin du travail et qu'aucune solution de reclassement n'est envisageable, l'employeur peut procéder à la rupture du contrat.

903. Ce motif de licenciement, loin d'être discrétionnaire, demeure encadré par des conditions strictes (1) et donne lieu à une procédure spécifique (2). Il concerne aussi bien les contrats à durée indéterminée que, dans certaines hypothèses, les contrats à durée déterminée⁹⁹⁷.

1. L'encadrement juridique de la déclaration d'inaptitude

904. La finalité protectrice de la procédure. Le licenciement pour inaptitude n'est pas une faculté discrétionnaire laissée à l'employeur ; il ne peut intervenir qu'au terme d'un parcours procédural strictement balisé. Cette rigueur procédurale poursuit un double objectif : d'une part, garantir la protection du salarié fragilisé par son état de santé ; d'autre part, préserver l'équilibre contractuel en évitant que l'absence de prestation de travail n'impose indéfiniment une contrainte au fonctionnement de l'entreprise. La procédure, lourde et chronophage, constitue ainsi un mécanisme de régulation visant à conjurer le risque d'éviction opportuniste des salariés dont l'état de santé altère temporairement ou durablement la capacité de travail.

905. La constatation médicale de l'inaptitude. La première étape tient à la constatation médicale de l'inaptitude. Seul le médecin du travail, à l'issue d'au moins un examen médical – éventuellement complété par des examens techniques – est habilité à en attester⁹⁹⁸. Cette compétence exclusive marque la volonté du législateur de soustraire l'appréciation de l'aptitude à toute logique économique pour la confier à une autorité médicale impartiale. Encore faut-il que l'inaptitude ne soit retenue qu'en cas d'impossibilité avérée d'adaptation du poste existant : le diagnostic médical ne se confond pas avec une simple difficulté d'adaptation au travail, il suppose que toute mesure d'aménagement, de transformation ou de mutation soit vaine⁹⁹⁹. L'inaptitude s'apprécie donc in concreto, au regard des fonctions effectivement exercées. À

⁹⁹⁷ C. Trav., Art. L.1243-1.

⁹⁹⁸ Cass. Soc., 18 sept. 2019, n°17-22.863, publié : *JCP S*, 2019, n°42, p. 25, obs. S. Carré ; *RJS*, 2019, n°12, p. 891.

⁹⁹⁹ C. Trav., Art. L.4624-4.

défaut de constatation régulière par le médecin du travail, le licenciement encourt la nullité, ce qui traduit la centralité de l'expertise médicale dans ce régime¹⁰⁰⁰.

906. L'obligation de reclassement comme principe directeur. La seconde étape réside dans l'obligation de reclassement, véritable « pierre angulaire » du dispositif. Avant de pouvoir licencier, l'employeur doit explorer de bonne foi toutes les possibilités d'offrir au salarié un emploi compatible avec ses capacités résiduelles¹⁰⁰¹. Les propositions doivent se rapprocher autant que possible des fonctions initiales, et être élaborées à la lumière des préconisations du médecin du travail¹⁰⁰² et, le cas échéant, après consultation du comité social et économique. Le périmètre de recherche excède le cadre de l'entreprise : il s'étend aux entités du groupe situées sur le territoire national dès lors que leur organisation permet une permutation du personnel¹⁰⁰³. L'obligation est réputée satisfaite si le salarié refuse les propositions adaptées ou si aucune solution n'est objectivement envisageable. En tout état de cause, le refus de reclassement doit être motivé par écrit, ce formalisme renforçant la transparence et la loyauté du processus.

907. Il existe toutefois une exception : lorsque le médecin du travail constate que l'état de santé du salarié fait obstacle à toute reprise, même sur un autre poste. Dans ce cas, une mention explicite doit être portée dans l'avis médical, soit en affirmant que « *tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé* », soit en précisant que « *l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement* »¹⁰⁰⁴. L'obligation de reclassement est alors neutralisée, l'employeur étant autorisé à engager la rupture sans recherche préalable. Cette dérogation, strictement interprétée, souligne la primauté accordée à la préservation de la santé sur le maintien du lien contractuel.

908. Une fois ces conditions spécifiques remplies, la procédure de licenciement pour motif personnel reprend ses droits¹⁰⁰⁵. Toutefois, la lettre de licenciement y revêt une importance

¹⁰⁰⁰ Cass. Soc., 28 janv. 1998, n°95-41.491, publié : la décision a été prise dans le cadre d'un état dépressif du salarié.

¹⁰⁰¹ C. Trav., Art. L.1226-2.

¹⁰⁰² Au titre de son obligation de loyauté dans la recherche de reclassement, l'employeur peut devoir proposer un aménagement en télétravail du poste du salarié déclaré inapte, peu importe que le télétravail n'ait pas été mis en place dans l'entreprise (Cass. Soc., 29 mars 2023, n°21-15.472, publié : *JCP G*, 2023, n°14, p. 741, note D. Corrignan-Carsin ; *BJT*, 2023, n°5, p. 6, note S. Riancho ; *RDT*, 2023, n°6, p. 426, note M. Véricel).

¹⁰⁰³ C. Trav., Art. L.1226-2 ; C. Trav., Art. L.1226-10 ; Cass. Soc., 16 juin 1998, n°96-41.877, publié : *JSL*, 1998, n°20, p. 9, obs. E. Paolini.

¹⁰⁰⁴ C. Trav., Art. L.1226-2-1.

¹⁰⁰⁵ S. FANTONI-QUINTON, « L'insuffisance du droit de l'inaptitude à maintenir en emploi les salariés victimes de souffrances au travail », *Les Cahiers de droit*, 2013, Vol. 54, n°2-3, p. 439.

singulière : elle doit exposer de manière précise les diligences accomplies, qu'il s'agisse des recherches de reclassement ou de l'impossibilité d'en proposer, afin de démontrer que l'inaptitude n'est pas instrumentalisée mais résulte d'un processus loyal et encadré.

2. Le rôle déterminant de la motivation du licenciement

909. La transposition de la procédure de droit commun. Le licenciement pour inaptitude, bien qu'ancré dans un motif personnel, obéit à la procédure de droit commun applicable aux licenciements non disciplinaires. Celle-ci débute par l'entretien préalable, moment de dialogue formel où l'employeur expose les circonstances de la déclaration d'inaptitude et les démarches de reclassement entreprises. À cette occasion, il doit informer le salarié des raisons concrètes qui s'opposent à son reclassement¹⁰⁰⁶, qu'il s'agisse de l'absence de poste disponible ou du refus par l'intéressé des propositions formulées. Le licenciement pour inaptitude ne saurait ainsi être fondé sur un quelconque grief : la rupture repose sur des motifs objectifs, étrangers à toute faute du salarié. Certaines conventions collectives ajoutent des étapes spécifiques à ce canevas, qu'il appartient à l'employeur de respecter à peine d'irrégularité¹⁰⁰⁷. Une fois l'entretien réalisé, la notification de la rupture intervient dans les mêmes délais et selon les mêmes formes que tout licenciement pour motif personnel.

910. L'incidence d'une contestation de l'avis d'inaptitude. La contestation par le salarié de l'avis médical d'inaptitude ne suspend pas automatiquement la procédure. L'employeur peut choisir de différer la rupture dans l'attente de la décision juridictionnelle, mais il lui est également loisible de poursuivre la procédure. Le risque, cependant, est unilatéral : si les juges annulent l'avis d'inaptitude, le licenciement qui en est la conséquence immédiate se trouve privé de cause réelle et sérieuse. La fragilité de la position de l'employeur souligne ici l'importance stratégique de temporiser en cas de recours formé par le salarié.

911. Le formalisme renforcé de la lettre de licenciement. La lettre de licenciement revêt une dimension déterminante en matière d'inaptitude. Elle constitue en effet le support justificatif d'une exception à l'interdiction de licencier un salarié en raison de son état de santé, ce qui explique l'exigence de précision accrue qui la caractérise. Deux éléments y sont impérativement mentionnés : d'une part, la déclaration d'inaptitude établie par le médecin du travail ; d'autre part, l'impossibilité de reclassement, que celle-ci résulte de l'absence objective

¹⁰⁰⁶ C. Trav., Art. L.1226-2-1 ; C. Trav., Art. L.1226-12.

¹⁰⁰⁷ Cass. Soc., 17 déc. 1997, n°95-44.026, publié.

de poste adapté ou du refus par le salarié des propositions conformes aux préconisations médicales. Une motivation lacunaire – telle que la simple mention du refus du salarié¹⁰⁰⁸, ou la référence vague à une inaptitude « à tous les postes »¹⁰⁰⁹ – est jugée insuffisante et expose l’employeur à une condamnation. À l’inverse, la jurisprudence admet qu’une lettre mentionnant le refus par le salarié d’un reclassement adapté et l’absence de toute autre solution dans l’entreprise ou le groupe satisfait aux exigences de motivation¹⁰¹⁰.

912. L’encadrement législatif par les modèles types. L’ordonnance du 22 septembre 2017, dite « Macron », ratifiée et aménagée par la loi du 29 mars 2018, a introduit des modèles types de lettres de licenciement, dont certains portent sur l’inaptitude. S’ils offrent aux employeurs un cadre de rédaction, ces modèles doivent être adaptés et complétés avec rigueur, car la lettre demeure l’acte fondateur du litige prud’homal : elle fixe les limites de la contestation possible et ne peut être substantiellement modifiée après notification. Depuis le 1er janvier 2018, l’employeur a certes la faculté de préciser ultérieurement les motifs invoqués, mais cette souplesse ne doit pas masquer l’exigence première : une lettre de licenciement pour inaptitude doit être rédigée avec un soin particulier, en raison de son rôle cardinal dans la justification de la rupture.

913. En définitive, la spécificité de la motivation en cas d’inaptitude révèle la tension permanente entre deux principes : la protection du salarié contre un licenciement discriminatoire et la faculté, pour l’employeur, de rompre le contrat lorsque le maintien du salarié s’avère impossible. L’inaptitude constitue ainsi une exception encadrée au principe d’intangibilité de l’état de santé, mais elle ne représente pas la seule cause légale de rupture liée à la maladie : la désorganisation de l’entreprise, consécutive aux absences répétées ou prolongées, peut également fonder une telle décision.

B. La perturbation de l’entreprise

914. Une seconde dérogation au principe d’interdiction de licencier en raison de l’état de santé du salarié réside dans l’hypothèse où l’absence prolongée ou répétée de celui-ci

¹⁰⁰⁸ Cass. Soc., 20 janv. 2010, n°08-43.491.

¹⁰⁰⁹ Cass. Soc., 9 avr. 2008, n°07-40.356, publié : *Dr. soc.*, 2008, n°6, p. 757, note G. Couturier ; *RDT*, 2008, n°6, p. 378, obs. F. Héas ; *JCP S*, 2008, n°27, p. 27, note C. Puigelier ; Cass. Soc., 23 mai 2017, n°16-10.156 ; Cass. Soc., 3 juin 2020, n°18-25.757 : *JCP S*, 2020, n°39, p. 23, obs. F. Clouzeau, B. Harlé ; *SSL*, 2020, n° 1918, p. 15, note Y. Leroy.

¹⁰¹⁰ Cass. Soc., 1er mars 2017, n°15-24.710.

compromet le fonctionnement normal de l'entreprise et rend nécessaire son remplacement définitif.

915. Ce fondement, reconnu de longue date par la jurisprudence, traduit un équilibre délicat entre les droits du salarié malade et l'intérêt légitime de l'employeur à préserver la continuité de l'activité. Pour éviter toute instrumentalisation de ce motif, le juge et le législateur ont soumis sa mise en œuvre à des conditions particulièrement strictes (1). À ces exigences substantielles s'ajoute une procédure de licenciement spécifique, qui garantit l'information et la protection du salarié (2).

Enfin, l'efficacité pratique de ce motif peut être limitée par la stipulation d'une clause de garantie d'emploi, par laquelle l'employeur s'interdit contractuellement de rompre le contrat en cas d'absence liée à la maladie pendant une durée déterminée (3).

1. Des conditions cumulatives strictes

916. Le licenciement motivé par l'absence du salarié en arrêt maladie n'est admis qu'à la condition de respecter un double critère. D'une part, l'absence, qu'elle soit prolongée ou répétée, doit avoir provoqué une perturbation effective et significative du fonctionnement de l'entreprise (a). D'autre part, cette désorganisation doit rendre nécessaire le remplacement définitif du salarié (b).

917. Cette articulation cumulative, issue de la jurisprudence, témoigne de la volonté d'assurer une conciliation entre deux intérêts antagonistes : la protection du salarié malade, qui ne doit pas craindre de perdre son emploi du seul fait de son état de santé, et la préservation de l'entreprise, qui ne saurait être condamnée à subir indéfiniment une désorganisation structurelle. Cette exigence fonctionne comme une « soupape d'équilibre » : elle permet à l'arrêt de travail de remplir son rôle social de protection sans paralyser durablement l'activité économique.

918. La rigueur de ces conditions traduit également une défiance envers l'arbitraire patronal. Le licenciement ne saurait être un simple instrument de convenance destiné à évincer un salarié affaibli. L'employeur doit démontrer la réalité de la perturbation et l'impossibilité d'y remédier par une réorganisation interne. À défaut, il est tenu d'attendre le retour du salarié.

919. Enfin, cette exception demeure circonscrite : elle ne concerne que les absences consécutives à une maladie non professionnelle et ne peut jouer lorsque l'absence résulte d'un

manquement de l'employeur. De plus, la rupture n'est possible qu'aussi longtemps que l'indisponibilité du salarié perdure ; une fois le retour effectif ou annoncé, le licenciement prononcé sur ce fondement devient sans cause réelle et sérieuse¹⁰¹¹.

a. La perturbation du fonctionnement de l'entreprise

920. La caractérisation de la perturbation. Il incombe à l'employeur de démontrer que l'absence du salarié a provoqué une véritable perturbation du fonctionnement de l'entreprise. Or, la notion de « perturbation » demeure volontairement imprécise. La jurisprudence ne fixe aucun seuil temporel ou quantitatif prédéfini, laissant aux juges du fond une large marge d'appréciation souveraine. Ceux-ci recourent à la méthode du faisceau d'indices, permettant d'évaluer concrètement l'impact de l'absence sur l'activité. Encore faut-il que la perturbation affecte l'entreprise dans son ensemble¹⁰¹² et ne se réduise pas à un simple dysfonctionnement ponctuel ou limité à un service. La condition de gravité constitue ainsi un garde-fou essentiel, prévenant un usage abusif de cette exception.

921. La taille et l'organisation de la structure. Le premier indice pris en compte par les juges réside dans la taille de l'entreprise et la capacité organisationnelle qui en découle. Plus l'effectif est restreint, plus la désorganisation est rapide et profonde : l'arrêt de l'un des deux salariés d'une très petite structure entraîne mécaniquement l'inexécution de la moitié des missions. À l'inverse, dans les entreprises de grande taille, la réorganisation interne et le redéploiement des ressources humaines permettent souvent d'absorber temporairement l'absence. Ainsi, la jurisprudence admet plus volontiers la réalité de la perturbation dans les structures de dimension réduite, où chaque poste constitue une pièce indispensable de l'édifice.

922. La spécialisation du poste. Un autre critère majeur concerne la nature des missions exercées par le salarié absent et, plus encore, leur caractère unique au sein de l'organisation. Lorsqu'un salarié est seul à détenir certaines compétences, comme l'informaticien-graphiste d'une start-up, son absence empêche toute continuité de l'activité concernée. A contrario, si l'entreprise dispose d'une équipe nombreuse exerçant des tâches similaires, l'absence peut être

¹⁰¹¹ Cass. Soc., 23 sept. 2003, n°01-43.583.

¹⁰¹² Cass. Soc., 2 déc. 2009, n°08-43.486 : *RJS*, 2008, n°2, p. 137 ; Cass. Soc., 19 mai 2016, n°15-10.010 ; Cass. Soc., 1^{er} févr. 2017, n°15-17.101. Cependant, si la perturbation touche le service présentant un caractère essentiel dans l'entreprise, le licenciement peut être admis : Cass. Soc., 23 mai 2017, n°14-11.929. Le service des Ressources humaines n'est cependant pas considéré comme essentiel : Cass. Soc., 26 juin 2018, n°15-28.868 : *JSL*, 2018, n°461, p. 21, obs. F. Lalanne.

compensée par une réaffectation temporaire. La jurisprudence illustre cette approche casuistique : l'absence de deux mois d'une secrétaire unique dans une entreprise de dix salariés a été jugée constitutive d'une perturbation¹⁰¹³, de même que l'absence prolongée de cinq mois d'un opérateur appartenant à un service réduit¹⁰¹⁴.

923. La qualification et les responsabilités du salarié. La portée de l'absence dépend également du niveau de responsabilité attaché au poste. Plus le salarié occupe un emploi qualifié ou stratégique, plus la désorganisation est profonde. L'encadrement d'une équipe, la détention d'une expertise rare, ou encore la direction d'un service comme les ressources humaines peuvent entraîner une véritable paralysie de l'activité. Les juges tiennent alors compte du délai nécessaire pour rendre opérationnel un éventuel remplaçant : plus la formation et l'adaptation sont longues, plus la perturbation est reconnue.

924. Inversement, l'absence d'un salarié occupant un poste faiblement qualifié est rarement jugée constitutive d'une désorganisation structurelle, dès lors qu'elle peut être compensée par le recours au travail temporaire¹⁰¹⁵. Les exemples jurisprudentiels confirment ce raisonnement : la Cour de cassation a validé le licenciement d'un infirmier psychiatre après six mois d'absence, ses missions étant trop spécialisées pour être assurées par des intérimaires¹⁰¹⁶, mais a écarté la perturbation lorsque le poste était plus aisément substituable. De même, le licenciement d'une gardienne d'immeuble absente depuis quatre mois et demi a été validé, en raison notamment de la nécessité d'un remplacement permanent pour l'occupation du logement de fonction¹⁰¹⁷.

925. La durée et le caractère imprévisible de l'absence. Enfin, la durée et la prévisibilité des absences jouent un rôle déterminant. Plus l'absence est longue, plus elle tend à désorganiser l'entreprise. Ainsi, une absence de neuf mois sur une période de douze a été jugée suffisante pour caractériser une perturbation¹⁰¹⁸. Mais l'imprévisibilité revêt une importance toute particulière : des absences répétées et aléatoires, rendant impossible toute planification, convainquent plus facilement les juges du caractère intolérable de la situation pour l'entreprise.

¹⁰¹³ Cass. Soc., 24 avr. 1990, n°87-44.817.

¹⁰¹⁴ Cass. Soc., 23 sept. 2003, n°01-44.159.

¹⁰¹⁵ Cass. Soc., 5 oct. 1999, n°97-42.882.

¹⁰¹⁶ Cass. Soc., 31 mars 1993, n°89-45.247.

¹⁰¹⁷ Cass. Soc., 27 mars 2001, n°98-44.292, publié.

¹⁰¹⁸ Cass. Soc., 23 oct. 2011, n°99-43.379.

En réalité, ce n'est pas seulement la durée de l'absence qui est évaluée, mais son impact sur la possibilité pour l'employeur d'assurer une organisation stable et prévisible.

926. Une fois la perturbation établie, elle doit être complétée par une seconde condition : la nécessité de remplacer définitivement le salarié absent. Ces deux critères ne sont pas indépendants mais étroitement liés : la perturbation de l'entreprise appelle le remplacement, et celui-ci cristallise la justification du licenciement. Leur articulation peut s'opérer dans un laps de temps réduit, l'employeur démontrant simultanément la désorganisation et la nécessité d'y remédier par une substitution durable.

b. Le nécessaire remplacement définitif du salarié

927. La perturbation du fonctionnement de l'entreprise ne suffit pas, à elle seule, à justifier le licenciement du salarié malade. Encore faut-il que cette perturbation ait rendu indispensable son remplacement définitif par l'embauche d'un nouveau salarié. Cette condition constitue un impératif jurisprudentiel dont le non-respect prive la rupture de toute cause réelle et sérieuse. Le licenciement est alors jugé abusif, sans pour autant encourir la nullité¹⁰¹⁹, laquelle demeure réservée à des hypothèses limitativement énumérées par la loi¹⁰²⁰.

928. La nécessité du remplacement au jour du licenciement. La nécessité du remplacement s'apprécie à la date de la rupture. Elle fait défaut lorsque les missions du salarié absent peuvent être assumées par un autre salarié de l'entreprise¹⁰²¹¹⁰²², réparties entre plusieurs collaborateurs¹⁰²³ ou confiées, à titre provisoire, à un salarié issu d'une filiale¹⁰²⁴. À l'inverse, la jurisprudence admet le recours au remplacement en cascade¹⁰²⁵ : le salarié absent est remplacé par un salarié permanent de l'entreprise, lui-même remplacé par une embauche externe¹⁰²⁶. Ce mécanisme demeure toutefois encadré : le remplacement doit intervenir dans la société employeur elle-même et non dans une autre entité du groupe, afin d'éviter que la

¹⁰¹⁹ Cass. Soc., 27 janv. 2016, n°14-10.084, publié : *JCP S*, 2016, n°10, p. 26, note B. Gauriau ; *Dr. soc.*, 2016, n°4, p. 384, note J. Mouly ; *RDT*, 2016, n°6, p. 423, obs. N. Moizard ; *JCP G*, 2016, n°7, p. 354, note N. Dedessus-Le-Moustier ; *BJT*, 2016, n°283, p. 146, note J. Icard.

¹⁰²⁰ J. MOULY, « Licenciement pour maladie sans remplacement définitif du salarié : par de discrimination automatique », *Droit social*, avril 2016, n°4, p. 384.

¹⁰²¹ Cass. Soc., 10 mai 2006, n°04-45.500.

¹⁰²² Le licenciement n'est pas justifié si le salarié absent a été remplacé par une promotion interne. Aucune nouvelle embauche n'a été opérée : Cass. Soc., 7 juill. 2016, n°14-18.310.

¹⁰²³ Cass. Soc., 30 juin 1993, n°90-44.165.

¹⁰²⁴ Cass. Soc., 22 sept. 1993, n°91-43.626.

¹⁰²⁵ Cass. Soc., 20 févr. 2008 n°06-46.233.

¹⁰²⁶ Cass. Soc., 1^{er} févr. 2017, n°15-13.133.

souplesse organisationnelle des groupes ne vide de sa substance la condition protectrice du remplacement définitif¹⁰²⁷. En d'autres termes, l'entreprise ne peut se prévaloir de la désorganisation qu'à la condition de ne pouvoir assurer en interne ni provisoirement la continuité du poste.

929. Le caractère raisonnable du délai de remplacement. Le remplacement doit intervenir avant le licenciement ou, à défaut, dans un délai raisonnable après celui-ci¹⁰²⁸. Si le délai est trop long, la condition se trouve privée d'effectivité et la rupture jugée injustifiée¹⁰²⁹. Les juges apprécient souverainement le caractère raisonnable du délai, en tenant compte des spécificités du poste, du niveau de qualification requis et des contraintes inhérentes au marché de l'emploi. Ainsi, lorsqu'il s'agit de recruter un salarié hautement qualifié ou rare sur le marché – tel un souffleur de verre –, un délai étendu pourra être toléré. En revanche, pour un poste ne nécessitant ni diplôme ni expérience particulière, comme celui de préparateur de commandes, l'exigence d'un remplacement quasi-immédiat s'impose.

930. La jurisprudence illustre cette approche différenciée. Ont ainsi été jugés raisonnables : un délai de six semaines pour le recrutement d'un comptable¹⁰³⁰, deux mois pour un emploi exigeant la maîtrise d'un logiciel informatique spécialisé¹⁰³¹, et même six mois pour un poste de direction¹⁰³². À l'inverse, pour les emplois peu qualifiés et aisément pourvus, la Cour de cassation impose une quasi-simultanéité entre le licenciement et le remplacement, accentuant ainsi l'exigence de proportionnalité entre la gravité de l'absence et la solution organisationnelle retenue¹⁰³³.

931. L'exigence d'un caractère définitif et équivalent du remplacement. Le remplacement doit en outre présenter un caractère définitif. Cela suppose l'embauche d'un salarié sous contrat à durée indéterminée, ce qui n'exclut pas la possibilité d'une période

¹⁰²⁷ Cass. Soc. 25 janv. 2012, n°10-26.502, publié : *RDT*, 2012, n°3, p. 148, obs. G. Auzero ; *JCP S*, 2012, n°19, p. 30, note C. Puigelier ; *JSL*, 2012, n°318, p. 19, note J-E Tourreil.

¹⁰²⁸ D. BOULMIER, « Le remplacement définitif du salarié malade : une exigence incertaine dans la durée », *Droit social*, novembre 2011, n°11, p. 1048.

¹⁰²⁹ Les juges ont reconnu le délai déraisonnable quand l'embauche est intervenue plusieurs mois après le licenciement du salarié arrêté : Cass. Soc., 10 nov. 2004, n°02-45.156, publié : *JSL*, 2004, n°157, p. 12, note M-C Haller ; *JCP E*, 2005, n°29, p. 1236, note F. Bousez.

¹⁰³⁰ Cass. Soc., 8 avr. 2009, n°07-44.559.

¹⁰³¹ CA Bourges, ch. soc., 25 mai 2001, n°01-98.

¹⁰³² Cass. Soc., 24 mars 2021, n°19-13.188, publié : *JCP S*, 2021, n°16, p. 36, note J-Y. Frouin ; *JSL*, 2021, n°519, p. 14, note J-P. Lhernould ; *BJT*, 2021, n°5, p. 20, note S. Riancho.

¹⁰³³ Le remplacement d'une salariée occupant le poste de plieuse ne peut intervenir un mois après son licenciement (Cass. Soc., 5 juin 2002, n°00-41.701). Le licenciement est sans cause réelle et sérieuse.

d'essai. La rupture ultérieure de celle-ci reste sans incidence sur la légalité du licenciement initial¹⁰³⁴. En revanche, le recours à un contrat précaire – qu'il s'agisse d'un CDD¹⁰³⁵, d'un intérim¹⁰³⁶, d'un stagiaire¹⁰³⁷ ou même d'un prestataire indépendant¹⁰³⁸ – est insuffisant pour satisfaire la condition. L'exigence de stabilité est ici centrale : seul un engagement pérenne permet de rétablir durablement l'équilibre organisationnel rompu par l'absence.

932. Enfin, l'équivalence du remplacement ne concerne pas seulement la nature du contrat mais également la quotité de travail. Ainsi, l'embauche d'un salarié à temps partiel ne saurait compenser l'absence d'un salarié à temps plein, sauf à vider de sa substance la condition de remplacement définitif¹⁰³⁹. Ce principe s'applique également aux hypothèses de remplacement en cascade¹⁰⁴⁰ : la substitution doit garantir une équivalence fonctionnelle et temporelle avec le poste initialement occupé par le salarié licencié.

2. L'importance de la motivation écrite

933. Le respect de la procédure de licenciement pour motif personnel. Le licenciement motivé par une absence prolongée ou des absences répétées ne déroge pas au droit commun de la rupture pour motif personnel. L'employeur est tenu de convoquer le salarié à un entretien préalable¹⁰⁴¹, de respecter les délais légaux et de notifier la rupture par écrit. La suspension du contrat de travail en raison de la maladie n'altère pas le déroulement de cette procédure¹⁰⁴² : seul le déroulement pratique de l'entretien peut être affecté. Celui-ci ne peut en effet intervenir que durant les sorties autorisées par le médecin et, le cas échéant, par visioconférence, solution dont la jurisprudence admet la légalité et qui peut s'avérer moins contraignante pour un salarié convalescent. Le salarié est tenu de comparaître, et l'employeur n'est pas contraint d'accepter

¹⁰³⁴ Cass. Soc., 15 févr. 2011, n°09-42.580 : *RJS*, 2011, n°5, p. 382, note ; *Dr. soc.*, 2011, n°11, p. 1048, note D. Boulmier.

¹⁰³⁵ Cass. Soc., 2 mars 2005, n°03-42.800 ; Cass. Soc., 16 févr. 1999, n° 96-45.581, publié.

¹⁰³⁶ Cass. Soc., 7 juill. 2009, n°08-42.957 ; Cass. Soc., 5 juin 2001, n° 99-42.574.

¹⁰³⁷ Cass. Soc., 22 oct. 1996, n°93-44.697.

¹⁰³⁸ Cass. Soc., 18 oct. 2007, n°06-44.251, publié : *JCP G*, 2007, n°49, note P. Lokiec ; *JCP S*, 2007, n°50, p. 31, note D. Corrignan-Carsin ; *JSL*, 2007, n°225, p. 16, note M-C Haller ; *BJT*, 2008, n°196, p. 20, note C. Charbonneau.

¹⁰³⁹ Cass. Soc., 6 févr. 2008, n°06-44.389, publié : *JSL*, 2008, n°229, p. 9, note M-C Haller ; *JCP S*, 2008, n°14, p.26, note D. Corrignan-Carsin.

¹⁰⁴⁰ Cass. Soc., 26 janv. 2011, n°09-67.073, publié : *BJT*, 2011, n°228, p. 94, note F-J Pansier.

¹⁰⁴¹ Cass. Soc., 25 nov. 1992, n°89-42.186 : malgré la suspension du contrat de travail du salarié, l'employeur est tenu de respecter les modalités prévues au sein de l'article L.1232-2 du code du travail.

¹⁰⁴² Cass. Soc., 6 avril 2016, n°14-28.815.

une demande de report¹⁰⁴³. Enfin, l'absence du salarié à l'entretien, qu'elle soit légitime ou non, n'empêche nullement l'employeur de poursuivre la procédure jusqu'à la notification écrite du licenciement.

934. Les mentions obligatoires de la lettre de licenciement. Le contenu de la lettre revêt ici une importance particulière, car il fixe les limites du litige. La notification doit expressément faire état de deux éléments cumulatifs : d'une part, la perturbation du fonctionnement de l'entreprise causée par l'absence prolongée ou répétée du salarié ; d'autre part, la nécessité de son remplacement définitif. La jurisprudence veille à ce que la désorganisation soit appréciée au niveau de l'« entreprise » elle-même et non du simple service, sauf lorsque la désorganisation du service emporte, de facto, une incidence sur l'ensemble de la structure¹⁰⁴⁴. Quant au remplacement définitif¹⁰⁴⁵, il doit être mentionné sans équivoque : la lettre doit indiquer que l'employeur se trouve dans l'impossibilité d'assurer durablement la continuité du poste sans procéder à une embauche pérenne¹⁰⁴⁶.

935. La seule mention des perturbations et du remplacement ne suffit pas : la lettre doit encore en préciser les modalités concrètes. L'employeur doit exposer en quoi l'absence a désorganisé l'entreprise : retards de production, baisse du chiffre d'affaires, plaintes de clients, surcharge de travail pour les collègues, etc. De même, la justification du remplacement définitif exige des précisions : l'indication du moment du recrutement, de l'identité ou de la fonction du remplaçant, de la nature du contrat conclu, voire, à défaut d'embauche déjà réalisée, des démarches entreprises pour pourvoir le poste. À défaut de ces mentions factuelles, le licenciement est susceptible d'être jugé dépourvu de cause réelle et sérieuse.

936. Lorsque la lettre satisfait à ces exigences, le licenciement pour absences prolongées ou répétées est en principe valable. Le salarié licencié, étant médicalement inapte à exécuter son préavis, ne peut prétendre au paiement de l'indemnité compensatrice correspondante¹⁰⁴⁷. Toutefois, une limite importante subsiste : la présence d'une clause de garantie d'emploi. Une

¹⁰⁴³ Cass. Soc., 26 mai 2004, n°02-40.681.

¹⁰⁴⁴ Cass. Soc., 5 févr. 2020, n°18-17.394.

¹⁰⁴⁵ Cass. Soc., 9 avr. 2015, n°13-25.326.

¹⁰⁴⁶ Cass. Soc., 8 avr. 2009, n°07-43.909, publié : *JCP S*, 2009, n°40, p. 26, note P-Y Verkindt.

¹⁰⁴⁷ Cass. Soc., 17 nov. 2021, n°20-14.848, publié : *BJT*, 2022, n°1, p. 27, note J. Icard ; *Dr. soc.*, 2022, n°2, p. 172, note J. Mouly.

telle stipulation contractuelle ou conventionnelle fait obstacle au licenciement, même en cas de désorganisation et de remplacement, tant que la durée de protection prévue n'est pas échue.

3. La clause de garantie d'emploi : une limite contractuelle

937. Objet de la clause. Certaines conventions collectives prévoient une clause de garantie d'emploi, destinée – comme son intitulé le suggère – à préserver la stabilité du poste occupé par le salarié. Tant que cette protection est en vigueur, l'employeur est privé de la faculté de rompre le contrat, et ce même en présence d'absences prolongées ou répétées ayant pour effet de désorganiser l'entreprise et de rendre nécessaire un remplacement définitif. Cette garantie n'est toutefois pas illimitée : elle s'exerce dans un cadre temporel fixé par la convention collective, au terme duquel l'employeur recouvre la possibilité de licencier le salarié absent.

938. Exemples de conventions collectives. Plusieurs branches professionnelles recourent à un tel dispositif protecteur. Ainsi, la convention collective nationale (CCN) du commerce de gros (art. 48), celle des chaînes de cafétérias et assimilés (art. 32-2), ou encore celle relative aux fruits et légumes, à l'épicerie et aux produits laitiers (art. 6-2), contiennent des clauses de garantie d'emploi. À titre illustratif, dans la CCN des chaînes de cafétérias, le salarié bénéficie d'une protection de six mois lorsqu'il justifie d'une ancienneté comprise entre un et cinq ans. Durant cette période, aucun licenciement ne peut intervenir, même en cas de perturbation manifeste du fonctionnement de l'entreprise. Dans la CCN des fruits et légumes, la durée de la garantie est étendue à douze mois. L'intensité de la protection dépend ainsi du secteur d'activité et de l'ancienneté du salarié, ce qui traduit une volonté d'adaptation des garanties aux réalités socio-économiques propres à chaque branche.

939. Modalités d'application et distinctions. La durée de l'absence est en principe appréciée de manière continue : l'employeur ne peut cumuler des absences successives pour en déduire un dépassement du seuil conventionnel¹⁰⁴⁸, sous peine de voir le licenciement requalifié en rupture abusive¹⁰⁴⁹. Néanmoins, une stipulation expresse peut autoriser une telle addition. Enfin, la clause de garantie d'emploi se distingue de la clause prévoyant le maintien de salaire en cas de maladie. Cette dernière n'emporte qu'une garantie de ressources financières, sans

¹⁰⁴⁸ Cass. Soc., 21 nov. 1989, n°87-40.746, publié ; Cass. Soc., 7 oct. 1992, n°89-40.083, publié.

¹⁰⁴⁹ Cass. Soc., 29 mai 1996, n°93-43.308.

interdire le licenciement ; la première, au contraire, confère au salarié une véritable immunité temporaire contre toute rupture pour absence prolongée¹⁰⁵⁰.

La clause de garantie d'emploi constitue ainsi une limite conventionnelle au pouvoir de licencier de l'employeur lorsque la rupture est motivée par l'état de santé ou par les absences du salarié. Toutefois, l'état de santé ne constitue pas la seule justification possible du licenciement en période de suspension du contrat : d'autres motifs, étrangers à la maladie, peuvent également être invoqués.

C. Le maintien de causes classiques de rupture

940. La suspension du contrat de travail consécutive à un arrêt maladie a pour finalité de permettre au salarié de se rétablir. Elle ne saurait en revanche être assimilée à une immunité absolue contre toute rupture du contrat.

941. Ainsi, si le salarié commet une faute antérieurement à son arrêt ou au cours de la suspension, l'employeur conserve la faculté de le sanctionner par un licenciement disciplinaire. Aucune « sanctuarisation » du lien contractuel n'est reconnue en pareille hypothèse (1). De même, l'insuffisance professionnelle peut fonder un licenciement, l'arrêt de travail n'ayant pas pour effet de neutraliser le pouvoir de direction et d'évaluation de l'employeur (2). Il demeure cependant des limites : certains motifs ne peuvent être invoqués durant la suspension. Tel est le cas du licenciement pour abandon de poste, nécessairement exclu puisque l'absence du salarié résulte d'un arrêt de travail médicalement constaté¹⁰⁵¹ ; de même, la présomption de démission ne saurait être déclenchée dans ce contexte.

942. Par ailleurs, la rupture peut intervenir pour motif économique (3). L'activité de l'entreprise se poursuit indépendamment de l'arrêt de travail d'un salarié, et rien n'interdit que des difficultés économiques surviennent durant cette période. Un licenciement pour motif économique demeure donc envisageable. Encore faut-il que ce fondement ne serve pas de paravent destiné à masquer une volonté de se débarrasser d'un salarié en raison de son état de santé.

¹⁰⁵⁰ Cass. Soc., 31 mars 1992, n°80-40.624, publié.

¹⁰⁵¹ Cass. Soc., 13 mars 2019, n°17-27.015.

1. La faute du salarié

943. La persistance de la responsabilité disciplinaire. La suspension du contrat de travail pour cause de maladie n'exonère pas le salarié de toute responsabilité disciplinaire. Si l'absence justifiée par un certificat médical ne peut constituer une faute en elle-même, d'autres comportements fautifs, antérieurs ou concomitants à l'arrêt de travail, peuvent être invoqués. Ainsi, un salarié peut être licencié pour faute simple, grave ou lourde lorsqu'il a, par exemple, exercé une activité concurrente pendant son arrêt ou lorsqu'il a tardé à transmettre son certificat médical malgré plusieurs relances. La procédure peut indifféremment être engagée ou poursuivie pendant l'arrêt, l'employeur n'ayant aucune obligation d'attendre la reprise du travail pour agir, notamment lorsque la durée de l'arrêt est incertaine. Si la convocation à entretien coïncide avec la survenance de la maladie, l'employeur peut, à sa discrétion, maintenir ou reporter la rencontre.

944. L'articulation entre vie privée et pouvoir disciplinaire. Une difficulté doctrinale tient à l'articulation entre vie privée et pouvoir disciplinaire¹⁰⁵². En principe, les faits relevant de la vie personnelle du salarié ne sauraient justifier une sanction¹⁰⁵³. Or, les événements survenus durant l'arrêt maladie relèvent par essence de cette sphère protégée¹⁰⁵⁴. Pourtant, la jurisprudence a nuancé ce principe en appréciant le comportement du salarié à l'aune de ses obligations contractuelles qui subsistent malgré la suspension du contrat¹⁰⁵⁵. Ainsi, ont été qualifiés de fautes graves : des propos injurieux adressés à un supérieur hiérarchique pendant l'arrêt¹⁰⁵⁶, un manquement à l'obligation de loyauté¹⁰⁵⁷, ou encore l'exercice d'une activité personnelle en sollicitant un collègue de l'entreprise¹⁰⁵⁸. La frontière entre vie privée et

¹⁰⁵² P.-Y. VERKINDT, « La maladie du salarié au prisme de la distinction de la vie personnelle et de la vie professionnelle », *Droit social*, janvier 2010, n°1, p. 56.

¹⁰⁵³ Cass. Ch. mixte, 18 mai 2007, n°05-40.803 : *RDT*, 2007, n°9, p. 527, obs. T. Aubert-Monpeyssen ; *JCP G*, 2007, n°28, p. 35, obs. G. Loiseau ; *JCP S*, 2007, n°28, p. 18, note B. Bossu, A. Barège ; *JSL*, 2007, n° 213, p. 8, note M. Hautefort.

¹⁰⁵⁴ C. Civ, Art. 9.

¹⁰⁵⁵ Cf : Section II : Une exigence de loyauté renforcée pendant la suspension, Chapitre I, Titre I, Seconde partie, p. 308.

¹⁰⁵⁶ Cass. Soc., 10 déc. 2008, n°07-41.820, publié : *JCP S*, 2009, n°8, p. 35, note M. Caron ; *RDT*, 2009, n°3, p. 168, obs. R. de Quenadon ; *BJT*, 2009, n°209, p. 87, note S. Kemel.

¹⁰⁵⁷ Cass. Soc., 29 oct. 2008, n°07-42.561 ; Cass. Soc., 20 févr. 2019, n°17-18.912, publié : *Dr. soc.*, 2019, n°5, p. 432, note A-M. Grivel ; *Dr. soc.*, 2019, n°4, p. 363, note J. Mouly ; *JCP S*, 2019, n°19, p. 21, note D. Jacotot ; *JSL*, 2019, n°473, p. 7, note M. Hautefort.

¹⁰⁵⁸ Cass. Soc., 21 oct. 2003, n°01-43.943, publié : *Dr. soc.*, 2003, p. 114, note J. Savatier ; *JSL*, 2003, p. 14, note M-C Haller.

obligations résiduelles du contrat apparaît dès lors poreuse, ce qui nourrit un débat doctrinal sur le périmètre exact du pouvoir disciplinaire en période de suspension.

945. La contrainte du délai de prescription disciplinaire. Cette sévérité se justifie également par le régime de prescription en matière disciplinaire. L'article L. 1332-4 du Code du travail impose à l'employeur d'engager une procédure dans les deux mois suivant la connaissance des faits fautifs. Or, ni la suspension du contrat pour maladie ni l'arrêt de travail n'ont pour effet de suspendre ou d'interrompre ce délai. En pratique, l'employeur est donc contraint d'agir rapidement, sous peine de perdre son pouvoir de sanction. Cette exigence temporelle explique la fréquence des licenciements prononcés alors que le salarié est encore en arrêt.

946. Le filtre du risque de discrimination. Toutefois, le risque de discrimination constitue une limite essentielle à cette faculté. Le licenciement motivé en apparence par une faute mais en réalité inspiré par l'état de santé du salarié est frappé de nullité. La jurisprudence adopte ainsi une exigence rigoureuse dans l'appréciation de la gravité des faits, afin de prévenir toute instrumentalisation. Les employeurs critiquent cette rigueur, perçue comme une entrave à l'exercice de leur pouvoir disciplinaire ; mais, d'un point de vue doctrinal, elle apparaît comme une garantie indispensable contre les dérives, permettant de préserver la finalité protectrice de la suspension du contrat.

947. La protection renforcée en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Enfin, une distinction majeure doit être opérée selon l'origine de l'arrêt. Lorsque celui-ci résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, le régime est particulièrement protecteur : seul un licenciement pour faute grave est admis. Dans les autres cas, l'employeur doit suspendre la procédure jusqu'au retour du salarié. Ainsi, un licenciement pour faute simple ne peut être notifié tant que dure l'arrêt lié à l'accident du travail. Ce dispositif, plus protecteur, se justifie par la présomption d'imputabilité professionnelle et par la volonté du législateur de neutraliser tout risque de rétorsion en lien avec l'exercice des droits à réparation du salarié.

2. L'insuffisance professionnelle

948. L'insuffisance professionnelle se définit comme l'incapacité, pour un salarié, d'exécuter sa prestation de travail conformément aux attentes légitimes de l'employeur. Constituant une cause réelle et sérieuse de licenciement, elle demeure invocable indépendamment de l'existence d'un arrêt maladie passé ou en cours. En effet, l'insuffisance liée à un défaut de compétences

n'est pas neutralisée par la suspension du contrat. La règle, d'origine jurisprudentielle, traduit une conciliation entre le pouvoir de direction de l'employeur et le droit à la protection de la santé du salarié : si ce dernier n'est pas apte à exercer ses missions, son état de santé ou son absence temporaire n'affectent pas le bien-fondé d'une rupture pour insuffisance.

949. L'imputation de l'insuffisance professionnelle. Encore faut-il que l'insuffisance repose sur des éléments objectifs, précis et matériellement vérifiables. L'imputabilité au salarié constitue un critère essentiel : l'employeur doit établir que les défaillances constatées lui sont personnellement attribuables¹⁰⁵⁹. Les griefs susceptibles de caractériser l'insuffisance sont variés — incompétence, erreurs récurrentes, inadaptation aux outils ou aux méthodes de travail, manquements répétés — mais doivent être exposés avec clarté dans la lettre de licenciement. En cas de contentieux, les juges exercent un contrôle approfondi, vérifiant la réalité des insuffisances alléguées, la consistance des preuves et l'absence de griefs subjectifs ou d'appréciations générales. Ce contrôle, qui confère aux juges un pouvoir souverain d'appréciation, contribue à limiter les licenciements abusifs et à exiger une démonstration rigoureuse de la part de l'employeur.

850. La nécessaire étanchéité entre insuffisance professionnelle et état de santé. L'une des difficultés majeures réside dans l'articulation entre insuffisance professionnelle et état de santé. L'insuffisance reprochée au salarié ne saurait, en aucune hypothèse, se confondre avec une altération de sa santé ou avec une baisse de productivité imputable à la maladie. Une telle assimilation relèverait d'une discrimination prohibée, entraînant la nullité du licenciement. Dans cette perspective, la jurisprudence s'attache à vérifier que les griefs retenus ne procèdent pas d'un contournement, mais qu'ils reposent sur une période d'activité antérieure à l'arrêt maladie¹⁰⁶⁰. Les juges se montrent ainsi particulièrement vigilants afin d'éviter que l'invocation de l'insuffisance ne serve de prétexte pour masquer une rupture motivée par l'état de santé du salarié.

Ainsi, au-delà des motifs personnels tenant à la faute ou à l'insuffisance, la suspension du contrat de travail n'interdit pas à l'employeur de recourir à des causes objectives de rupture, au premier rang desquelles figure le licenciement pour motif économique.

¹⁰⁵⁹ Le licenciement est discriminatoire s'il intervient juste après l'annonce du salarié de son arrêt de travail pour burn-out et que l'entreprise ne parvient pas à démontrer l'insuffisance professionnelle : Cass. Soc., 5 févr. 2020, n°18-22.399 : *JSL*, 2020, n°495, p. 10, obs. J-P Lhernould.

¹⁰⁶⁰ Cass. Soc., 2 oct. 2019, n°18-14.546 : *JCP S*, 2019, n°45, p. 30, note S. Brissy.

3. La suppression de poste pour motif économique

951. L'entreprise peut être confrontée, au cours de son activité, à des difficultés économiques ou à des mutations technologiques, qui l'amènent à réorganiser ses effectifs. Dans ce cadre, l'employeur dispose de la faculté de réduire la masse salariale en procédant à des licenciements pour motif économique. Cette décision relève de son pouvoir de direction, lequel ne saurait être paralysé par la suspension d'un contrat de travail pour maladie. L'entreprise a une marge de manœuvre nécessaire afin de s'adapter aux contraintes de compétitivité et aux évolutions structurelles de son environnement.

952. L'applicabilité du licenciement économique. Un salarié en arrêt maladie peut donc être licencié pour motif économique dans les conditions de droit commun. La suspension du contrat est ici neutre : elle ne confère aucune immunité particulière au salarié. L'employeur doit néanmoins respecter les trois conditions cumulatives du licenciement économique. Premièrement, la rupture doit être étrangère à la personne du salarié, excluant tout lien avec son état de santé. Deuxièmement, elle doit se fonder sur un élément matériel, tel que la suppression ou la transformation du poste, ou encore la modification d'un élément essentiel du contrat refusée par le salarié. Troisièmement, elle doit reposer sur une cause économique objective – difficultés économiques, mutations technologiques, nécessité de sauvegarder la compétitivité, ou cessation d'activité¹⁰⁶¹. En ce sens, le licenciement économique constitue un instrument d'équilibre : il permet de relativiser l'idée selon laquelle le régime français de l'arrêt maladie serait excessivement rigide et défavorable aux entreprises.

953. L'ordre des licenciements et l'interdiction des critères discriminatoires. Toutefois, la liberté patronale se heurte à des garde-fous procéduraux et substantiels. La procédure de licenciement économique est marquée par des exigences renforcées : information et consultation des représentants du personnel, notification à l'autorité administrative en cas de licenciement collectif¹⁰⁶², puis détermination de l'ordre des licenciements¹⁰⁶³. Cet ordre, au sein de la catégorie professionnelle concernée, doit être établi selon des critères objectifs tels que les charges de famille, l'ancienneté, la situation sociale ou les qualités professionnelles des salariés¹⁰⁶⁴. L'état de santé ou l'absentéisme lié à la maladie ne peuvent en aucun cas constituer

¹⁰⁶¹ C. Trav., Art. L.1233-3.

¹⁰⁶² C. Trav., Art. L.1233-8 ; C. Trav., Art. L.1233-19 ; C. Trav., Art. L.1233-29 ; C. Trav., Art. L.1233-46.

¹⁰⁶³ C. Trav., Art. L.1233-5.

¹⁰⁶⁴ *Ibid.*

un critère de sélection, faute de quoi le licenciement encourt la nullité pour discrimination. De plus, le non-respect des règles relatives à l'ordre des licenciements est pénalement sanctionné par une contravention de quatrième classe, illustrant la vigilance du législateur à prévenir toute dérive.

954. En définitive, la critique récurrente selon laquelle l'arrêt maladie placerait le salarié dans une situation de surprotection absolue apparaît exagérée. Le recours possible au licenciement économique démontre que l'entreprise n'est pas dépourvue de moyens d'action face aux contraintes de gestion. D'autres griefs, notamment relatifs à l'indemnisation du salarié en arrêt, méritent également d'être nuancés. Certains auteurs dénoncent en effet une prise en charge quasi intégrale de la rémunération durant l'arrêt maladie, assimilée à une rémunération sans contrepartie de travail fourni, source supposée d'abus. Cette critique appelle cependant à être discutée, car elle ne prend pas toujours en compte la complexité du régime indemnitaire et les limites concrètes de la protection sociale (Chapitre II).

Chapitre II

La compensation de la perte de salaire

955. Le recours au terme de “compensation” n’est pas anodin. Il marque une inflexion conceptuelle, volontaire et assumée. Parler de régime indemnitaire de l’arrêt maladie suggère une lecture strictement technique du système, centrée sur les mécanismes de calcul et sur l’architecture des prestations. À l’inverse, la notion de compensation éclaire la finalité profonde du dispositif : rétablir, autant que possible, un équilibre bouleversé par l’interruption involontaire du travail. L’arrêt maladie n’est pas seulement une situation juridique ; c’est un événement biographique et économique, qui crée une rupture dans la continuité de la relation salariale et dans le flux normal de rémunération. C’est cette rupture que le droit cherche à compenser — et non à indemniser au sens strict, puisque la réparation est partielle, conditionnelle et limitée par des logiques qui excèdent la stricte équité

956. L’usage du terme compensation permet ainsi de dépasser l’apparente contradiction entre deux impératifs juridiques dont la confrontation structure tout le régime : d’un côté, le principe selon lequel aucun salaire n’est dû en l’absence de travail, expression d’une logique contractuelle classique ; de l’autre, l’obligation collective de protéger la santé et de garantir des moyens d’existence au salarié empêché. La tension est fondatrice : appliquer rigidelement le principe “pas de travail, pas de salaire” ferait de l’arrêt maladie un risque individuel pur, inassumable pour une grande partie des travailleurs. À l’inverse, neutraliser entièrement la perte financière reviendrait à créer une forme de continuité fictive de la prestation de travail, détachée de sa réalité matérielle. La compensation apparaît alors comme la tentative juridique de concilier ces deux polarités, en organisant un partage socialisé de la perte de revenus.

957. Cette perspective met au jour un élément essentiel : la compensation n'est jamais intégrale. Contrairement à ce que pourrait laisser croire une vision idéalisée du modèle social français, l'arrêt maladie n'ouvre pas automatiquement droit à un maintien de rémunération. L'ouverture et l'étendue des droits dépendent d'une série de conditions — d'affiliation, de cotisations, de durée, de délai de carence — qui fragmentent le paysage indemnitaire. L'intervention éventuelle de l'employeur, par le maintien de salaire, ne gomme pas ces disparités : elle les recompose, en introduisant de nouvelles lignes de fracture fondées sur l'ancienneté, la stabilité contractuelle ou le rattachement conventionnel. La compensation varie donc fortement selon les statuts, les branches, les entreprises, et parfois même selon les pratiques déclaratives.

958. De cette architecture résulte un système qui n'est ni uniforme ni parfaitement protecteur, mais essentiellement composite et inégalitaire. Le salarié en arrêt maladie ne retrouve que rarement l'équivalent de sa rémunération antérieure ; il obtient une compensation, dont l'ampleur dépend autant du droit social de base que des mécanismes contractuels — conventionnels, assurantiels ou unilatéraux — qui se sont greffés sur celui-ci. Loin d'être secondaire, cette pluralité de sources nourrit une complexité qui rend le dispositif souvent mal compris par les travailleurs eux-mêmes.

959. L'enjeu du présent chapitre est précisément de mettre en lumière cette dialectique entre nécessité protectrice et fragmentation des mécanismes compensatoires. En s'intéressant à la compensation plutôt qu'à l'indemnisation, on déplace le regard : il ne s'agit plus seulement de décrire des règles, mais de comprendre comment le droit tente d'amortir une perte économique qui, en l'absence d'intervention collective, serait insupportable pour les individus et contre-productive pour les entreprises.

L'analyse portera d'abord sur les conditions et modalités d'ouverture des droits à compensation (Section I), avant d'examiner les limites du maintien de salaire et la portée réelle des compléments employeur (Section II), révélateurs d'un équilibre toujours précaire entre solidarité, contractualisation et inégalités structurelles.

Section I. Un droit à indemnisation sous conditions

960. L'arrêt de travail constitue le point d'entrée nécessaire mais non suffisant de l'indemnisation. Obtenir un certificat médical et respecter les formalités de communication à l'employeur et à la caisse d'assurance maladie ne garantit pas, en soi, le versement d'une compensation financière. Le salarié peut donc se trouver dans une situation paradoxale : être légitimement en arrêt maladie, mais demeurer sans ressources.

961. Cette dissociation entre le droit au repos thérapeutique et le droit à indemnisation traduit l'existence d'un régime sélectif, qui n'est pas fondé uniquement sur l'état de santé mais sur la réunion de conditions administratives et professionnelles. En France, deux canaux de prise en charge coexistent : l'indemnisation par la sécurité sociale et, éventuellement, le complément versé par l'employeur. Mais tous les salariés ne franchissent pas les seuils requis. L'ouverture des droits aux indemnités journalières suppose notamment une durée minimale d'activité préalable, tandis que certains arrêts de travail échappent purement et simplement à toute prise en charge (I). De même, l'indemnisation complémentaire par l'employeur est elle-même strictement encadrée et soumise à conditions (II).

962. Loin d'incarner une rente généreuse, le régime révèle donc une protection contingente, souvent fragile. Cette réalité contribue à déconstruire un préjugé tenace : l'idée selon laquelle les arrêts maladie offriraient au salarié une garantie financière automatique, propice à des abus. L'analyse montre au contraire que l'accès à l'indemnisation demeure étroitement conditionné, limitant considérablement son intérêt financier pour nombre de travailleurs.

I. Une protection sociale publique à l'accès restreint

963. La critique récurrente adressée au régime de l'arrêt maladie repose sur une idée reçue solidement ancrée : les salariés arrêtés bénéficieraient tous d'une indemnisation intégrale de leur salaire, versée automatiquement par la sécurité sociale et financée par la collectivité. Une telle générosité, supposément sans contrepartie, nourrirait mécaniquement les abus et encouragerait les arrêts de complaisance.

964. Cette représentation caricaturale se heurte pourtant à la réalité du droit positif. Loin d'être universel, l'accès à l'indemnisation est strictement conditionné. Tous les salariés malades

ne bénéficient pas d'une prise en charge de leur perte de revenus. Le système repose au contraire sur une logique sélective, qui en réserve l'ouverture à ceux remplissant des critères précis.

La première exigence renvoie à l'ancienneté professionnelle du salarié, traduisant une logique contributive (A). Mais même lorsqu'elle est satisfaite, elle ne suffit pas toujours. L'accès effectif à la protection sociale dépend aussi du respect de conditions tenant au contenu et à la régularité de l'avis médical d'arrêt de travail (B).

965. Ainsi, loin d'incarner une rente systématique, le droit à indemnisation dessine les contours d'une protection publique partielle et conditionnelle, démentant les accusations d'automatisme et de dérive opportuniste.

A. Des conditions tenant à la personne du salarié

966. Le droit à indemnisation en cas d'arrêt maladie ne se déduit pas mécaniquement de l'incapacité de travailler¹⁰⁶⁵. Le Code de la sécurité sociale érige en effet un véritable filtre d'accès, qui écarte certains salariés de toute prise en charge, malgré une inaptitude médicalement constatée. Autrement dit, l'arrêt prescrit par un médecin ne suffit pas : il faut encore que le salarié « mérite » juridiquement l'indemnisation au regard de critères prédéfinis.

967. La Cour de cassation a d'ailleurs précisé que les conditions d'ouverture du droit aux indemnités journalières s'apprécient au premier jour de l'arrêt de travail, sur la base des salaires effectivement versés durant la période précédant cette interruption. Il en résulte que les rappels de salaires versés postérieurement à cette date ne peuvent être pris en compte¹⁰⁶⁶. Cette position, fidèle à une conception stricte de la contributivité, renforce la logique selon laquelle le droit à indemnisation est figé au moment de la survenance de l'arrêt, indépendamment de régularisations salariales ultérieures.

968. Ces critères tiennent d'abord à la situation personnelle et professionnelle du travailleur, et notamment à son volume d'activité antérieur. Ainsi, pour les arrêts inférieurs à six mois — ou pour les six premiers mois d'un arrêt plus long — deux conditions alternatives permettent l'ouverture du droit aux indemnités journalières (1). Passé ce premier délai, les exigences se

¹⁰⁶⁵ P. MORVAN, *Droit de la protection sociale*, op. cit.

¹⁰⁶⁶ Cass. Civ. 2^e, 21 mars 2024, n°21-18.015 : *JCP S*, 2024, n°20, p. 38-39, note M. Racine.

déplacent et se renforcent : au-delà de six mois, le régime applicable repose sur d'autres critères (2).

969. Le système, pensé pour éviter les abus et assurer une certaine contributivité, n'en demeure pas moins rigide. Quelques assouplissements existent toutefois, à l'image des dérogations prévues pour certaines catégories particulières de travailleurs, tels les salariés saisonniers ou ceux exerçant une activité discontinue (3).

1. Les conditions lors des six premiers mois d'arrêt du travail

970. Le principe de l'accès conditionné. Au cours des six premiers mois d'arrêt maladie, le salarié ne peut prétendre à une prise en charge de sa perte de salaire qu'à la condition de remplir l'une des deux exigences posées par le Code de la sécurité sociale¹⁰⁶⁷. L'absence de respect de ces conditions entraîne un refus pur et simple des indemnités journalières, sans qu'aucune exception ne soit admise, même en cas de vulnérabilité particulière du salarié¹⁰⁶⁸. Cette rigueur témoigne du caractère assurantiel du mécanisme : seule une contribution préalable à l'effort collectif peut ouvrir droit à la solidarité financière.

971. La condition d'activité préalable. La première condition repose sur l'activité professionnelle effective. Le salarié doit justifier d'un minimum de 150 heures de travail accomplies au cours des trois mois civils ou des 90 jours précédant l'arrêt. Peu importe le statut juridique sous lequel cette activité a été réalisée : l'important est que le travail ait revêtu un caractère salarié ou assimilé (dirigeants rémunérés de société, gérants de SARL non associés, etc.)¹⁰⁶⁹. La règle s'applique indépendamment de l'entreprise actuelle de rattachement et peut inclure des activités salariées exercées à domicile¹⁰⁷⁰. Ce critère, apparemment objectif, traduit une logique d'effort préalable, mais il exclut de facto les salariés les plus précaires, aux contrats très fragmentés, qui ne parviennent pas à cumuler les heures exigées.

972. Jusqu'au 1^{er} février 2015, le minimum requis était fixé à 200 heures¹⁰⁷¹. La réforme du 30 janvier 2015 a donc permis l'élargissement du cercle des bénéficiaires en réduisant le seuil

¹⁰⁶⁷ CSS, Art. R.313-3, Al. 1,2,3 et 4.

¹⁰⁶⁸ Cass. Civ. 2e, 17 janv. 2008, n°06-20.211.

¹⁰⁶⁹ Cass. Civ. 2e, 9 déc. 2010, n°09-68.395.

¹⁰⁷⁰ Cass. Civ. 2e, 20 déc. 2012, n°11-26.676, publié : *JCP S*, 2013, n°10, p. 45, note T. Tauran ; *BJT*, 2013, n°249, p. 53, note F-J. Pansier.

¹⁰⁷¹ Décret n°2015-86 du 30 janvier 2015 portant modification des conditions d'ouverture du droit aux prestations en espèces des assurances maladie, maternité et invalidité, et au congé de paternité et d'accueil de l'enfant.

à 150 heures. Toutefois, l'adoucissement n'efface pas l'effet d'éviction pour les travailleurs précaires : le dispositif continue de disqualifier ceux dont l'activité est discontinuée ou insuffisamment fournie. Autrement dit, la réforme a élargi la protection sans pour autant corriger son biais structurel.

973. Certaines professions ne fonctionnent pas sur une base horaire. Dans ces hypothèses, le mécanisme d'indemnisation exige que des éléments de preuve permettent d'attester la durée de l'activité exercée¹⁰⁷². Il s'agit d'une transposition pragmatique du critère horaire, qui cherche à maintenir une certaine équité tout en évitant que des activités atypiques échappent totalement au système.

974. La condition alternative de cotisation. La seconde exigence porte non plus sur le temps de travail, mais sur la durée de cotisation. Le salarié doit avoir contribué, au cours des six mois précédant l'arrêt, à hauteur d'au moins 1.015 fois la valeur du SMIC horaire. Concrètement, pour un arrêt débutant le 1er novembre 2025, cela correspond à une rémunération brute d'au moins 12.058,20 euros perçue entre le 1er mai et le 31 octobre 2025¹⁰⁷³, soit environ 2.009,67 euros par mois. Cette règle, apparemment neutre, favorise en réalité les salariés à temps plein ou à revenu élevé, au détriment des travailleurs à temps partiel¹⁰⁷⁴ ou faiblement rémunérés. La logique assurantielle — « on ne reçoit que si l'on a cotisé » — se heurte ici à une contradiction majeure : ce sont précisément les salariés les plus vulnérables qui sont écartés du bénéfice de la protection, alors qu'ils sont les plus exposés aux conséquences sociales d'une perte de salaire.

975. La rigueur du dispositif est cependant partiellement atténuée. Certaines périodes non travaillées, telles que les congés payés ou les arrêts de travail assortis d'un maintien de salaire, sont assimilées à des périodes d'activité¹⁰⁷⁵. Elles ouvrent donc droit, par équivalence, à des indemnités journalières¹⁰⁷⁶¹⁰⁷⁷. Ce mécanisme d'assimilation traduit une volonté d'assurer une continuité de droits, même dans les phases de suspension du contrat.

¹⁰⁷² Cass. Soc., 9 déc. 2010, n°09-68.395, *op. cit.*

¹⁰⁷³ Calcul réalisé à partir du SMIC applicable au 1^{er} novembre 2025.

¹⁰⁷⁴ La population travaillant à temps partiel était à plus de 80 % féminine en 2016. Source : INSEE, *Emploi, chômage, revenus du travail*, 2017, p. 114.

¹⁰⁷⁵ Cass. Civ. 2^e, 5 nov. 2015, n°14-24.057.

¹⁰⁷⁶ Cass. Civ. 2^e, 17 mars 2011, n°10-16.099.

¹⁰⁷⁷ Cass. Soc., 17 mars 2010, n°08-43.414 : *RJS*, 2010, n°6, p. 441.

976. Le caractère alternatif des conditions. Les deux conditions — activité préalable ou durée de cotisation — sont alternatives et non cumulatives. Il suffit donc de remplir l’une d’elles pour accéder à l’indemnisation. Ce caractère assoupli évite d’instaurer une double barrière trop rigoureuse, mais il ne concerne que les six premiers mois de l’arrêt. Au-delà, un autre régime s’applique, fondé sur des exigences distinctes et souvent plus contraignantes.

2. Le double filtre au-delà de six mois

977. Passé le cap des six premiers mois d’arrêt maladie, l’accès aux indemnités journalières devient plus contraint¹⁰⁷⁸. Deux conditions doivent alors être respectées : la première, relative à l’affiliation à la sécurité sociale, est impérative pour tous ; la seconde, relative au travail ou aux cotisations, est alternative. La logique d’assurance se durcit : l’arrêt prolongé n’ouvre droit à la protection qu’à la condition d’une insertion professionnelle et contributive suffisamment stable.

978. Un double contrôle. La Cour de cassation a récemment clarifié le cadre juridique : pour pouvoir bénéficier des indemnités journalières au-delà du sixième mois, l’assuré doit non seulement remplir la condition d’affiliation minimale spécifique à ces indemnités¹⁰⁷⁹, mais aussi avoir satisfait, à la date de son arrêt de travail initial, aux exigences de cotisations ou d’heures de travail prévues pour les six premiers mois¹⁰⁸⁰. En d’autres termes, le droit à indemnisation de longue durée repose sur un double contrôle simultané : la durée d’affiliation au jour de l’arrêt et la quantité de travail ou les cotisations versées au cours de la période précédente. Si l’une de ces conditions n’était pas remplie dès le début de l’arrêt, l’assuré ne pourra prétendre aux indemnités journalières au-delà du sixième mois, même s’il satisfait aux conditions par la suite¹⁰⁸¹.

979. La condition d’affiliation continue de douze mois. Le salarié doit justifier d’une affiliation ininterrompue à la sécurité sociale depuis au moins douze mois, la date de référence étant le premier jour de l’arrêt. Cette affiliation, souvent désignée par le terme d’« immatriculation », peut résulter d’une appartenance au régime général à titre personnel, mais

¹⁰⁷⁸ CSS, Art. R.313-3, Al. 5,6,7 et 8.

¹⁰⁷⁹ CSS, Art. R.313-3, Al. 2.

¹⁰⁸⁰ CSS, Art. R.313-3, Al. 1.

¹⁰⁸¹ Cass. Civ. 2ème, 26 juin 2025, n° 22-24.259, publié.

également d'autres régimes, à condition que la continuité soit respectée¹⁰⁸². Ainsi, des périodes d'affiliation en tant qu'étudiant, en tant qu'assuré volontaire, ou encore comme expatrié¹⁰⁸³, sont comptabilisées. Cette règle vise à éviter que des ruptures de carrière – pourtant sans perte de cotisation – n'excluent artificiellement l'assuré du bénéfice de la protection.

980. L'intégration de périodes d'affiliation à des régimes distincts peut sembler contraire à la pure logique assurantielle, puisqu'elle revient à comptabiliser des cotisations versées auprès d'organismes différents. Pourtant, cette souplesse répond à une exigence d'équité et de fluidité dans les parcours professionnels. Elle empêche, par exemple, qu'un salarié agricole changeant de secteur perde brutalement tout droit à indemnisation. En ce sens, la règle concilie la logique contributive avec une certaine mobilité interrégimes.

981. Le critère d'activité. Une fois la condition d'affiliation remplie, le salarié doit avoir accompli au moins 600 heures de travail au cours des douze mois civils ou 365 jours précédant l'arrêt. Pour un arrêt débutant le 1er juillet 2023, cela suppose une affiliation remontant au 30 juin 2022, assortie d'au moins 600 heures de travail effectuées depuis cette date. En pratique, ce seuil reste accessible à temps plein : 151,67 heures étant travaillées par mois, moins de quatre mois suffisent pour atteindre les 600 heures. On rappellera que, jusqu'au 31 janvier 2015, la condition était fixée à 800 heures, seuil qui excluait un nombre plus important de travailleurs précaires¹⁰⁸⁴.

982. La condition alternative : la cotisation minimale. Si le salarié ne satisfait pas à la condition des 600 heures, une alternative existe : il doit avoir cotisé sur un salaire équivalent à 2.030 fois la valeur du SMIC horaire au cours des douze mois précédant l'arrêt. Pour un arrêt au 1er juillet 2023, cela correspond à une rémunération brute minimale de 23.385,60 euros. Ce calcul évolue chaque année, parallèlement à la revalorisation du SMIC. Comme dans le régime applicable aux six premiers mois, cette règle défavorise structurellement les salariés les plus fragiles, aux faibles revenus ou à temps partiel, et concentre la protection sur ceux qui bénéficient déjà de conditions d'emploi plus favorables.

¹⁰⁸² Circulaire interministérielle n°2015-179 du 26 mai 2015 relative aux modalités d'attribution des indemnités journalières dues au titre de la maladie.

¹⁰⁸³ CSS, Art. L.762-1, Al. 1.

¹⁰⁸⁴ Décret n°2015-86 du 30 janv. 2015 portant modification des conditions d'ouverture du droit aux prestations en espèces des assurances maladie, maternité et invalidité et au congé paternité et d'accueil de l'enfant.

983. Les effets sociaux de l'exclusion : vers un retour contraint au travail. La sévérité accrue des conditions au-delà de six mois réduit significativement le nombre de salariés indemnisés. Nombreux sont ceux dont l'état de santé interdit la reprise du travail mais qui, faute de prise en charge financière, se voient contraints de retourner à l'emploi pour subvenir à leurs besoins. Le dispositif favorise donc l'émergence d'un « retour au travail contraint », en contradiction avec l'objectif sanitaire de l'arrêt maladie. Certes, la logique d'assurance justifie en partie cette rigueur : l'indemnisation suppose un effort contributif préalable. Mais une tension apparaît entre cette conception assurantielle et une approche plus universaliste de la santé, conçue comme un droit fondamental devant être garanti à tous, indépendamment du niveau de cotisation.

3. Un régime dérogatoire subsidiaire

984. En principe, le non-respect des conditions de droit commun prive le salarié de tout droit aux indemnités journalières de la sécurité sociale. Toutefois, une exception existe pour certaines catégories particulières de travailleurs : ceux exerçant une activité saisonnière ou discontinue, ainsi que les salariés rémunérés par le biais du chèque emploi service universel (CESU). Pour eux, l'absence de respect des conditions générales n'emporte pas exclusion automatique ; ils peuvent bénéficier d'un régime dérogatoire, à condition de satisfaire à d'autres critères spécifiques¹⁰⁸⁵.

985. Le champ restreint du régime dérogatoire. Ce régime n'a pas vocation à s'appliquer de manière large : il concerne des catégories professionnelles bien circonscrites. D'une part, les salariés rémunérés par CESU, c'est-à-dire ceux employés dans les services à la personne et déclarés par ce dispositif simplifié. D'autre part, les travailleurs saisonniers, intérimaires et intermittents du spectacle, définis par l'article R. 313-7 du Code de la sécurité sociale. Les saisonniers sont embauchés sous contrat à durée déterminée d'usage, leur activité se répétant à une période fixe de l'année. Les professions discontinues, plus difficiles à cerner, recouvrent une pluralité de situations, précisées par la circulaire du 16 avril 2013 : écrivains rémunérés à la pige, artistes et musiciens, journalistes pigistes, voyageurs de commerce, concierges,

¹⁰⁸⁵ CSS, Art. R.313-7.

nourrices, travailleurs à domicile, etc¹⁰⁸⁶. Toutes ces professions partagent une caractéristique : l'activité y est marquée par des interruptions structurelles et involontaires.

986. Une première condition. La première modalité d'accès au régime dérogatoire consiste pour le salarié à avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2.030 fois la valeur du SMIC horaire au cours des douze mois civils précédant l'arrêt. Cette condition, analogue à celle de droit commun applicable après six mois, se distingue toutefois par sa souplesse : elle est autonome et ne s'accompagne ni d'une durée minimale d'affiliation, ni d'une exigence d'immatriculation continue. Elle permet ainsi d'intégrer au système des travailleurs aux parcours atypiques, dont les interruptions régulières d'activité auraient sinon pour effet de les exclure de toute indemnisation. En 2023, le seuil de rémunération à atteindre est fixé à 23.385,60 euros¹⁰⁸⁷.

987. Une condition alternative. Si le critère de rémunération n'est pas rempli, une condition alternative s'applique : le salarié doit avoir accompli au moins 600 heures de travail au cours des douze derniers mois civils ou des 365 jours précédant l'arrêt. Ce seuil, fixé initialement à 800 heures, a été abaissé par le décret du 30 janvier 2015 afin d'élargir l'accès à l'indemnisation. Ici encore, aucune condition relative à l'ancienneté d'affiliation n'est exigée, ce qui confère au régime dérogatoire une flexibilité supplémentaire par rapport au droit commun.

988. Une logique d'adaptation aux métiers à activité discontinue. Si les conditions posées ne sont pas intrinsèquement plus favorables que celles du droit commun, leur spécificité réside dans l'élargissement de la période de référence, portée à douze mois. Cette temporalité accrue permet de tenir compte des fluctuations propres aux métiers saisonniers ou discontinus. Par exemple, un salarié travaillant uniquement l'été en station balnéaire ou l'hiver en station de montagne, avec de longues périodes d'inactivité entre deux saisons, ne pourrait remplir les conditions classiques. Le régime dérogatoire corrige ainsi l'effet d'exclusion induit par la discontinuité structurelle de l'activité, et réaffirme la vocation inclusive de l'assurance maladie.

989. Comparaison synthétique. Le tableau ci-dessous, issu du Bulletin Officiel Santé – Protection sociale – Solidarité du 15 juin 2013, illustre les différences entre les conditions de droit commun et celles applicables dans le cadre du régime dérogatoire. Cette présentation met

¹⁰⁸⁶ Circulaire n°2013-163 du 16 avril 2013 relative au régime juridique applicable aux personnes exerçant une profession discontinue pour l'accès aux prestations en espèces servies au titre de la maladie et de la maternité.

¹⁰⁸⁷ Calcul réalisé à partir du taux horaire SMIC brut en vigueur en France au 1^{er} mai 2023.

en lumière l'équilibre recherché : d'un côté, le maintien d'exigences contributives fortes ; de l'autre, une certaine souplesse procédurale destinée à adapter le système aux professions atypiques.

Tableau 1. Récapitulatif des conditions d'ouverture de droit aux IJ

	CONDITIONS DE DROIT COMMUN (art. R. 313-3 du CSS)	CONDITIONS DÉROGATOIRES (art. R. 313-7 du CSS)
Arrêt de travail inférieur à 6 mois	Justifier au cours des 6 mois civils précédant l'arrêt de travail d'un montant de cotisations égal à celles assises sur 1 015 fois le SMIC au cours des 6 mois civils précédant l'arrêt de travail. Ou bien avoir effectué au moins 200 heures de travail durant les trois mois civils précédents ou les 90 jours précédents.	Avoir cotisé à hauteur des cotisations assises sur 2 030 fois le SMIC au cours des 12 mois civils précédents. Ou bien avoir travaillé au moins 800 heures au cours des 12 mois civils précédents ou des 365 jours consécutifs
Arrêt de travail se prolongeant au-delà de 6 mois	Justifier au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail d'un montant de cotisations égal à celles assises sur 2 030 fois le SMIC dont 1 015 fois au cours des 6 premiers mois. Ou bien avoir effectué au moins 800 heures de travail au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant l'arrêt de travail dont 200 heures au cours des 3 premiers mois. Et justifier d'au moins 12 mois d'immatriculation au jour de l'arrêt initial.	
Congé de maternité	Idem que pour l'arrêt de travail inférieur à 6 mois mais les conditions doivent être remplies au début de la grossesse ou du repos prénatal. Et justifier d'au moins 10 mois d'immatriculation à la date présumée de l'accouchement.	

Il convient toutefois de préciser que le respect de ces conditions ne suffit pas. Encore faut-il que l'arrêt de travail prescrit entre dans le champ de prise en charge de la maladie au sens de la sécurité sociale. À défaut, même les travailleurs bénéficiant du régime dérogatoire se verront privés du versement des indemnités journalières. Le régime spécial conserve donc un caractère subsidiaire et encadré, confirmant sa finalité : ne pas laisser sans protection des professions fragiles, sans pour autant rompre avec la logique contributive du système.

B. Des limites attachées à la durée de l'arrêt du travail

990. La prise en charge de la perte de salaire par la sécurité sociale n'est pas illimitée : elle obéit à une temporalité précise qui reflète l'équilibre entre logique assurantielle et solidarité collective. La durée de l'arrêt de travail constitue ainsi un critère déterminant dans l'ouverture et le maintien du droit aux indemnités journalières.

991. Lorsqu'elle est trop brève, la protection se trouve neutralisée par le mécanisme du délai de carence, qui écarte toute indemnisation pendant une période initiale. Le salarié supporte alors seul le coût de son incapacité temporaire (1). À l'inverse, lorsqu'elle s'inscrit dans le temps

long, la protection sociale se heurte aux bornes fixées par le législateur : la prise en charge n'est pas indéfinie et cesse à l'expiration d'un plafond de durée. L'assuré se trouve alors de nouveau exposé à la perte de son salaire (2).

1. Un accès différé à l'indemnisation

992. Le principe du délai de carence. La prise en charge de l'absence pour maladie par la sécurité sociale ne s'opère pas immédiatement. Elle est conditionnée par le respect d'un délai de carence, c'est-à-dire une période initiale durant laquelle le salarié, bien qu'assuré et remplissant les conditions d'ouverture de droits, ne perçoit aucune indemnité journalière. Autrement dit, la perte de salaire n'est pas couverte dès le premier jour d'arrêt de travail, ce qui confère à la protection sociale un caractère différé.

993. Institué dès 1928, le délai de carence était à l'origine fixé à cinq jours, avant d'être ramené à trois jours¹⁰⁸⁸. Concrètement, aucune indemnité n'est versée au salarié pendant les trois premiers jours d'arrêt maladie, l'indemnisation ne prenant effet qu'à compter du quatrième jour. Il en résulte qu'un arrêt de travail inférieur ou égal à trois jours demeure intégralement à la charge de l'assuré. Ce mécanisme trouve sa source dans la loi.

994. Le point de départ du délai. Le point de départ du délai de carence est fixé à la date de la constatation médicale de l'incapacité¹⁰⁸⁹, soit le jour de prescription de l'arrêt. Toutefois, des aménagements existent. Ainsi, lorsque l'arrêt est prescrit en cours de journée, la demi-journée travaillée n'est pas comptabilisée dans le délai de carence. En pratique, le décompte débute au premier jour totalement non travaillé. Cette interprétation, dégagée par une circulaire interministérielle du 26 mai 2015, tend à avantager l'employeur et, indirectement, incite le salarié à achever la journée commencée afin de ne pas perdre une journée indemnisable¹⁰⁹⁰.

995. La règle de la réitération du délai. Le délai de carence s'applique en principe à chaque arrêt de travail. Dès lors, même en cas d'arrêts successifs pour une affection identique, le salarié se voit opposer un nouveau délai, sauf à opter pour une prolongation continue. Cette règle, souvent jugée sévère, conduit à privilégier la prolongation d'un arrêt initial plutôt qu'une reprise prématurée et incertaine. Elle peut ainsi créer une incitation paradoxale : le salarié, pour

¹⁰⁸⁸ CSS, Art. L.323-1.

¹⁰⁸⁹ CSS, Art. R.323-1.

¹⁰⁹⁰ Circulaire interministérielle n°2015-179 du 26 mai 2015 relative aux modalités d'attribution des indemnités journalières dues au titre de la maladie.

éviter la perte de revenus, choisit de rester plus longtemps éloigné de l'entreprise. La rationalité de ce mécanisme, qui vise pourtant à limiter les coûts, s'en trouve contestée.

996. Certaines situations échappent toutefois à ce régime strict. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2020, les arrêts prescrits dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique ne sont plus soumis au délai de carence¹⁰⁹¹. De même, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle¹⁰⁹², l'indemnisation est due dès le premier jour d'absence, le salarié bénéficiant alors d'une protection renforcée, en cohérence avec le principe de réparation intégrale des risques professionnels¹⁰⁹³.

997. Deux autres tempéraments méritent d'être relevés. Le premier concerne la prolongation de l'arrêt de travail initial : lorsqu'elle repose sur le même motif médical, aucun nouveau délai de carence ne s'applique, sous réserve que la reprise du travail entre les deux arrêts n'excède pas quarante-huit heures. Le second vise les affections de longue durée (ALD). Dans ce cas, le délai de carence ne joue qu'une fois par période de trois ans pour chaque affection reconnue. Ainsi, si l'assuré est conduit à interrompre son activité à plusieurs reprises en raison d'une même ALD, il ne subira la perte de rémunération que lors du premier arrêt¹⁰⁹⁴.

998. Une mesure ambivalente. En définitive, le délai de carence constitue un instrument ambivalent. Présenté comme une garantie contre les abus et une mesure de rationalisation financière, il répond à un objectif de maîtrise des dépenses sociales en excluant de l'indemnisation un grand nombre d'arrêts de courte durée. Mais sa portée dissuasive peut paradoxalement nuire à la protection de la santé du salarié : craignant une perte de revenus, l'assuré peut être tenté de continuer à travailler malgré une incapacité réelle. Or, l'ouverture du droit aux indemnités journalières repose sur une logique assurantielle : chaque salarié cotise pour bénéficier d'une couverture en cas de maladie. En ce sens, le délai de carence, s'il remplit une fonction budgétaire, interroge sur sa légitimité au regard du principe même de la sécurité sociale.

¹⁰⁹¹ Loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement pour la sécurité sociale pour 2020, Art. 85.

¹⁰⁹² CSS, Art. L.433-1.

¹⁰⁹³ CSS, Art. L. 323-3.

¹⁰⁹⁴ Cf : b. En cas d'affection de longue durée, 2., B., I., Section I, Chapitre II, Titre I, Seconde partie, p. 359.

2. Une limitation temporelle des droits

999. L'indemnisation de l'arrêt de travail par la sécurité sociale n'a pas vocation à se prolonger indéfiniment. Le système repose sur un principe d'équilibre : il garantit la protection de l'assuré confronté à une incapacité de travail, mais dans des limites temporelles strictement définies. Autrement dit, le versement des indemnités journalières ne constitue pas un droit illimité, mais un droit conditionné par une durée maximale d'attribution, variable selon la nature de l'affection en cause.

Ainsi, lorsque l'arrêt procède d'une maladie ordinaire, le bénéfice de l'indemnisation est encadré par une période relativement courte, traduisant la vocation transitoire de la prestation (a). En revanche, face à une affection de longue durée, la législation aménage un régime spécifique, plus protecteur, permettant une couverture prolongée, adaptée à la gravité et à la chronicité de l'état de santé (b).

a. En cas d'affection ordinaire

1000. Le Code de la sécurité sociale ne propose pas de définition positive de l'« affection ordinaire ». Celle-ci se déduit par opposition : il s'agit de toute maladie qui ne relève pas des affections de longue durée listées à l'article L. 324-1 du Code de la sécurité sociale. La catégorie présente donc un caractère résiduel, englobant les pathologies les plus fréquentes de la vie courante – grippe, bronchites, gastro-entérites, ou encore certaines blessures bénignes – dont la guérison peut être obtenue en quelques jours ou semaines. Cette conception négative traduit la vocation transitoire de l'indemnisation : elle doit couvrir des arrêts de travail courts, liés à des affections dont l'évolution est naturellement favorable.

1001. Un plafond légal. Le régime applicable aux affections ordinaires se caractérise par une limitation stricte de la durée d'indemnisation. L'assuré ne peut percevoir plus de 360 indemnités journalières sur une période de trois ans¹⁰⁹⁵. Le décompte se fait en jours calendaires, et non en jours effectivement ouvrés, ce qui accentue la rigueur du dispositif : chaque journée d'arrêt, une fois le délai de carence échu, vient amputer le quota disponible. Lorsque ce plafond est atteint, la prise en charge cesse, et le salarié supporte seul la perte de rémunération. Cette limite n'est pas attachée à une pathologie déterminée : elle peut être atteinte par l'accumulation de plusieurs arrêts, quelle qu'en soit la cause, ce qui traduit une logique de

¹⁰⁹⁵ CSS, Art. R323-1, A1.2 et A1.4.

solidarité rationnée. La justification se trouve dans l'aléa inhérent à la maladie : le droit à indemnisation doit rester ouvert, mais dans une enveloppe globale et prédéterminée.

1002. Un assouplissement exceptionnel en période de crise sanitaire. La rigidité de cette règle a été temporairement aménagée lors de la crise sanitaire liée au Covid-19. Entre le 12 mars et le 31 décembre 2020, les arrêts de travail prescrits dans le cadre de mesures d'isolement ou de maintien à domicile – lorsque le télétravail n'était pas possible – n'étaient pas imputés sur le plafond des 360 indemnités journalières¹⁰⁹⁶. Cette dérogation, limitée et circonstanciée, révèle le caractère instrumental de l'arrêt de travail : il ne s'agissait pas de protéger une incapacité de travail médicalement constatée, mais de répondre à une exigence de santé publique. Si la mesure a cessé de produire effet, ses conséquences s'étendent encore, puisque les arrêts concernés peuvent influencer sur le calcul du quota jusqu'au 1er janvier 2024. L'exemple illustre l'usage pragmatique, voire opportuniste, que les pouvoirs publics peuvent faire d'un mécanisme pourtant conçu à l'origine pour répondre à une logique assurantielle.

1003. Le plafond de 360 indemnités journalières ne concerne que les arrêts liés à des affections ordinaires. Les prestations versées au titre d'une affection de longue durée ne sont pas décomptées dans cette limite¹⁰⁹⁷, ce qui traduit une volonté de réserver aux pathologies chroniques ou invalidantes un régime plus protecteur. D'autres exceptions, bien que marginales, sont également prévues. Ainsi, les indemnités journalières attribuées aux pensionnés de guerre en application de l'article L. 371-6 du Code de la sécurité sociale sont neutralisées dans le calcul du plafond. Ces exclusions traduisent une logique différenciée : là où la maladie ordinaire doit rester couverte de façon transitoire et limitée, certaines situations d'atteinte durable à la santé justifient une prise en charge autonome et renforcée.

b. En cas d'affection de longue durée

1004. Les conditions d'accès au régime. Le régime applicable aux affections de longue durée (ALD) se distingue par un assouplissement notable par rapport au droit commun. Les salariés concernés ne sont pas soumis à la limite des 360 indemnités journalières sur trois ans. Pour être qualifiée d'ALD, la pathologie doit répondre à une condition alternative : soit être expressément visée par l'article L. 324-1 du Code de la sécurité sociale, soit nécessiter une interruption de

¹⁰⁹⁶ Décret n°2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus.

¹⁰⁹⁷ Cass. Civ. 2e, 15 mars 2012, n° 11-13.453, publié : *JCP S*, 2012, n°30, p. 36, note G. Vachet ; *RDSS*, 2012, n°3, p. 576, note T. Tauran.

travail ou des soins continus pendant plus de six mois¹⁰⁹⁸. Cette définition combine une logique objective – par renvoi à une liste fixée à l’article D. 160-4 – et une logique souple, qui permet l’inclusion d’autres affections non mentionnées mais entraînant un état pathologique invalidant et durable. La liste légale n’est donc pas exhaustive, ce qui permet une adaptation aux évolutions médicales et à la diversité des situations cliniques.

1005. La règle des trois ans d’indemnisation par affection. Pour chaque affection de longue durée, l’assuré peut percevoir des indemnités journalières pendant une durée maximale de trois ans, calculée de date à date¹⁰⁹⁹. Le point de départ correspond au premier jour du premier arrêt lié à l’ALD en cause¹¹⁰⁰. Cette règle vise à garantir une prise en charge adaptée à des pathologies par nature prolongées, tout en instaurant une borne temporelle de protection.

Exemple illustratif : un salarié placé en arrêt pour ALD à compter du 1er juillet 2020 bénéficie d’indemnités journalières jusqu’au 30 juin 2023. Si un nouvel arrêt est prescrit le 1er août 2023, la période d’indemnisation est close, et l’arrêt ne peut donner lieu à indemnisation. En revanche, si le nouvel arrêt avait débuté le 1er août 2022, le droit à indemnisation aurait encore existé.

1006. Le mécanisme de réouverture des droits après reprise du travail. La règle des trois ans n’exclut pas la possibilité d’une nouvelle prise en charge : une reprise du travail effective pendant au moins un an ouvre droit à un nouveau cycle de trois ans d’indemnisation pour la même ALD¹¹⁰¹. La notion de travail effectif est interprétée largement : sont prises en compte non seulement les périodes de travail à temps plein ou partiel, mais aussi le chômage indemnisé, les arrêts pour maladie ordinaire, ou encore les périodes de rééducation professionnelle¹¹⁰². Ce dispositif illustre la volonté du législateur de concilier continuité de la protection et incitation à la reprise d’activité.

Ainsi, dans l’exemple précédent, si le salarié reprend le travail à partir du 1er juillet 2023 et présente un nouvel arrêt pour la même ALD le 1er août 2024, il ouvre droit à une nouvelle période de trois ans d’indemnisation. À l’inverse, si l’arrêt intervient avant l’écoulement de

¹⁰⁹⁸ CSS, Art. L.160-14 ; CSS, Art. R.160-12.

¹⁰⁹⁹ CSS, Art. L.323-1 ; CSS, Art. R.323-1.

¹¹⁰⁰ Cass. Soc., 9 avr. 1986, n°83-12.964, publié.

¹¹⁰¹ CSS, Art. L. 323-1, Al.1 ; CSS, Art. R. 323-1, Al.3.

¹¹⁰² Circulaire interministérielle n°2015-179 du 26 mai 2015 relative aux modalités d’attribution des indemnités journalières dues au titre de la maladie.

l'année de reprise, la prise en charge n'est pas possible au titre du régime des ALD, mais seulement au regard du droit commun (360 indemnités journalières).

1007. L'articulation avec le droit commun et les mécanismes complémentaires. Le salarié n'est pas tenu d'être en arrêt de manière continue pendant toute la période de trois ans. Toutefois, la règle ne s'analyse pas comme un « crédit » d'indemnités journalières disponible à la carte : au-delà de l'échéance des trois ans, le droit est clos, même si toutes les journées n'ont pas été indemnisées. Lorsque l'état de santé empêche encore une reprise, plusieurs relais sont possibles : le recours au régime de droit commun si le quota des 360 indemnités journalières n'est pas épuisé ; le temps partiel thérapeutique¹¹⁰³, permettant une reprise aménagée, dans la limite d'un an et sous conditions fixées par la caisse ; enfin, le basculement vers l'invalidité si l'assuré établit une réduction des deux tiers de sa capacité de travail ou de gain¹¹⁰⁴.

1008. Les règles exposées ne concernent que la prise en charge par la caisse primaire d'assurance maladie. Pour bénéficier d'un maintien de salaire ou d'un complément versé par l'employeur, le salarié doit satisfaire à des conditions spécifiques, prévues par le Code du travail ou par les conventions collectives applicables. L'articulation entre les deux régimes traduit la dualité des sources de protection : la solidarité nationale d'une part, et la garantie professionnelle d'autre part.

II. Une prise en charge complémentaire par l'employeur encadrée

1009. La prise en charge de la perte de salaire en cas d'arrêt de travail ne repose pas exclusivement sur la solidarité nationale incarnée par la sécurité sociale. Elle peut également relever, en partie, de la solidarité professionnelle, à travers un mécanisme de complément de rémunération à la charge de l'employeur. Ce dispositif, souvent qualifié de « maintien de salaire », permet au salarié de percevoir, en complément des indemnités journalières de la CPAM, une fraction plus ou moins substantielle de son revenu habituel¹¹⁰⁵.

1010. Cette intervention de l'employeur ne relève toutefois ni d'un principe absolu ni d'un droit automatique. Elle résulte d'un équilibre juridique complexe entre dispositions légales, accords collectifs et clauses contractuelles. Elle soulève ainsi des enjeux pratiques majeurs :

¹¹⁰³ Cf : 1. Le recours au temps partiel thérapeutique, B., II., Section I, Chapitre II, Titre II, Seconde partie, p. 429.

¹¹⁰⁴ Rép. min. n° 21247, JOAN 1er sept. 2003.

¹¹⁰⁵ ANI du 10 décembre 1977, annexé à la loi de mensualisation du 19 janvier 1978.

pour les salariés, elle constitue un filet de sécurité économique lors d'une période de vulnérabilité ; pour les employeurs, elle représente une charge financière encadrée et soumise à conditions.

Le versement de ce complément ne s'opère qu'à certaines conditions tenant à l'ancienneté ou à la justification de l'arrêt (A). Même lorsque le droit à complément est ouvert, il demeure borné dans le temps et parfois modulé en fonction de la durée d'absence (B). Ce double encadrement – à l'entrée et dans la durée – révèle une volonté de concilier protection du salarié et soutenabilité économique pour l'entreprise.

A. L'ouverture du droit au complément soumis à conditions

1011. Une hiérarchie entre sources conventionnelle et légale. La prise en charge complémentaire par l'employeur en cas d'arrêt de travail ne procède pas d'un principe général d'indemnisation. Elle trouve sa source soit dans la convention collective applicable, soit, à défaut ou si les dispositions conventionnelles sont moins favorables, dans les règles supplétives du Code du travail¹¹⁰⁶. Conformément au principe de faveur, la norme la plus avantageuse pour le salarié s'applique. Ce mécanisme de solidarité interne à l'entreprise est donc encadré par un double niveau normatif, impliquant une analyse rigoureuse des textes conventionnels avant de recourir aux dispositions légales.

1012. L'incidence décisive des stipulations conventionnelles. La convention collective applicable à l'entreprise peut instituer un régime autonome de maintien de salaire, total ou partiel, en cas d'arrêt de travail. Ce régime se substitue alors à la législation supplétive, à condition d'être plus favorable au salarié. Le texte conventionnel détermine librement les conditions d'accès au complément, le niveau de rémunération maintenu, et la durée de l'indemnisation. L'employeur doit, dans un premier temps, vérifier que le salarié relève bien du champ d'application du dispositif conventionnel – ce qui suppose le respect d'éventuelles conditions d'ancienneté, appréciées au jour de l'arrêt de travail¹¹⁰⁷. Ensuite, les clauses doivent être appliquées strictement. Ainsi, si le texte réserve le maintien de salaire aux seuls accidents du travail, un arrêt maladie d'origine non professionnelle ne permet pas d'en bénéficier¹¹⁰⁸. En

¹¹⁰⁶ C. Trav., Art. L.1226-1 ; CSS, Art. L.315-1 ; ANI sur la mensualisation, 10 déc. 1977, Art.7 ; ANI, 11 janv. 2008, Art. 5 étendu par Arr. 23 juill. 2008, JO 25 juill.

¹¹⁰⁷ Cass. Soc., 7 juill. 1993, n°90-40.906, publié. Cependant, une autre modalité d'appréciation peut être prévue par la convention collective applicable.

¹¹⁰⁸ Cass. Soc., 28 mars 1985, n°84-43.437, publié.

revanche, la mention d'une déduction des IJSS n'implique pas nécessairement que leur versement constitue une condition préalable au complément employeur¹¹⁰⁹.

1013. Le régime supplétif de droit commun. En l'absence de dispositions conventionnelles applicables ou lorsque celles-ci se révèlent moins favorables, les règles prévues par le Code du travail s'appliquent. L'article L.1226-1 prévoit un mécanisme de maintien de salaire obligatoire, sous réserve de quatre conditions cumulatives : une ancienneté minimale d'un an à la date de l'arrêt, une incapacité médicalement constatée et notifiée dans les quarante-huit heures, une prise en charge de l'arrêt par l'assurance maladie, et enfin, une localisation des soins sur le territoire français ou dans l'espace européen. Ce dispositif légal, bien que protecteur, reste limité dans son champ d'application personnel : il exclut expressément les salariés à domicile, les saisonniers, les intermittents et les travailleurs temporaires.

1014. Une condition d'ancienneté aux effets restrictifs. La première condition – l'ancienneté – constitue le principal facteur d'exclusion du dispositif légal. Le salarié doit justifier d'une année complète de présence dans l'entreprise à la date du premier jour d'absence¹¹¹⁰. L'ancienneté ne peut pas être acquise en cours d'arrêt, même si celui-ci se prolonge au-delà du seuil requis¹¹¹¹. Cette exigence, qui avait autrefois été fixée à trois ans avant la réforme du 25 juin 2008, reste un filtre important dans un contexte marqué par la précarisation croissante des statuts d'emploi. La jurisprudence considère que toutes les périodes de travail accomplies dans l'entreprise, y compris celles issues de contrats successifs, doivent être prises en compte pour apprécier l'ancienneté¹¹¹².

1015. Trois conditions accessoires au caractère cumulatif. Les autres conditions, quoique moins restrictives, doivent également être réunies. Le salarié doit transmettre à son employeur un certificat médical dans un délai de quarante-huit heures¹¹¹³. Par ailleurs, l'arrêt de travail doit être pris en charge par la CPAM. Cette condition peut poser difficulté en cas de suspension des IJSS à la suite d'un contrôle médical¹¹¹⁴. Toutefois, la Cour de cassation a amorcé un

¹¹⁰⁹ Cass. Soc., 14 oct. 1998, n°96-40.682, publié ; Cass. Soc., 1^{er} févr. 2012, n°10-27.308, publié : *JCP E*, 2012, n°41, p. 47, note D. Asquinazi-Baillex ; *BJT*, 2012, n°240, p. 155, note F-J. Pansier.

¹¹¹⁰ C. Trav., Art. D.1226-8.

¹¹¹¹ Cass. Soc., 7 juill. 1993, n°90-40.906, *op. cit.*

¹¹¹² Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008. Les dispositions relatives au décompte de l'ancienneté n'ont pas été reprises au sein du code du travail. Cependant, l'ANI a fait l'objet d'une extension. Il est donc obligatoire et les salariés peuvent en revendiquer l'application.

¹¹¹³ Cf : II. La transmission de l'avis d'arrêt de travail, Section I, Chapitre II, Titre II, Première partie, p. 262.

¹¹¹⁴ CSS, Art. L. 315-2 ; Loi n° 2004-810 du 13 août 2004, JO 17 août 2004.

infléchissement en jugeant, en 2020, que la seule qualité d'assuré social pouvait suffire¹¹¹⁵. Enfin, l'indemnisation complémentaire est subordonnée à l'obligation de soins sur le territoire français ou européen, excluant les arrêts justifiés mais réalisés hors de ces frontières.

B. Un montant plafonné et une durée encadrée

1016. Le délai de carence comme limite à l'accès immédiat au complément. Le respect des conditions d'ouverture du droit au complément employeur ne garantit pas automatiquement son versement. Ce mécanisme demeure encadré par plusieurs limites substantielles. Au premier chef figure l'existence d'un délai de carence légal : sauf disposition conventionnelle plus favorable, le complément n'est dû qu'à compter du huitième jour d'absence¹¹¹⁶. Les sept premiers jours d'arrêt sont donc à la charge exclusive du salarié, dans la mesure où ils ne sont couverts que partiellement par les indemnités journalières de sécurité sociale. Ce différé légal d'indemnisation est de nature à priver de nombreux arrêts de courte durée du bénéfice du complément. Toutefois, certaines conventions collectives suppriment ou réduisent ce délai, permettant ainsi une prise en charge dès le premier jour d'absence. Dans ce cas, la charge financière pèse intégralement sur l'employeur, au moins jusqu'au début du versement des IJSS¹¹¹⁷. Il convient également de souligner que le délai de carence est écarté lorsque l'arrêt de travail résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, conformément à la logique protectrice propre à ces régimes particuliers.

1917. Une durée d'indemnisation proportionnée à l'ancienneté. Le bénéfice du complément employeur est temporellement limité. La durée maximale d'indemnisation dépend de l'ancienneté acquise par le salarié à la date de son arrêt. Aux termes de l'article D.1226-1 du Code du travail, le salarié justifiant d'au moins une année d'ancienneté bénéficie d'un complément pendant une durée de 30 jours à plein traitement, suivie de 30 jours à demi-traitement, soit un total de 60 jours¹¹¹⁸. Cette durée est ensuite majorée de dix jours par tranche entière de cinq années supplémentaires d'ancienneté, dans la limite de 90 jours à plein traitement et 90 jours à demi-traitement¹¹¹⁹. Ainsi, un salarié disposant de 15 années

¹¹¹⁵ Cass. Soc., 24 juin 2020, n°18-23.869, publié : *JCP S*, 2020, 2086, obs. F. Gwennhaël ; *JSL*, 2020, n°503, p. 17 : en l'espèce, le salarié n'avait pas envoyé le volet 3 de son avis d'arrêt de travail.

¹¹¹⁶ C. Trav., Art. D.1226-3.

¹¹¹⁷ Cass. Soc., 12 mars 2002, n°99-43.976, publié : *JSL*, 2002, n°100, p. 27, note N. Rérolle ; *SSL*, 2002, n°1075, p. 12 ; Cass. Soc., 7 juill. 2016, n°15-21.004 : *JSL*, 2016, 416, p. 32 ; *RJS*, 2016, n°11, p. 756.

¹¹¹⁸ C. Trav., Art. D.1226-1.

¹¹¹⁹ C. Trav., Art. D.1226-2.

d'ancienneté peut prétendre à un maximum de 180 jours d'indemnisation complémentaire. Cette gradation repose sur une logique de fidélisation, favorisant les parcours longs au sein de l'entreprise.

Durée d'ancienneté dans l'entreprise	Durée maximum de versement des indemnités
De 1 à 5 ans	60 jours (30 jours à 90 % et 30 jours à 66,66 %)
De 6 à 10 ans	80 jours (40 jours à 90 % et 40 jours à 66,66 %)
De 11 à 15 ans	100 jours (50 jours à 90 % et 50 jours à 66,66 %)
De 16 à 20 ans	120 jours (60 jours à 90 % et 60 jours à 66,66 %)
De 21 à 25 ans	140 jours (70 jours à 90 % et 70 jours à 66,66 %)
De 26 à 30 ans	160 jours (80 jours à 90 % et 80 jours à 66,66 %)
31 ans et plus	180 jours (90 jours à 90 % et 90 jours à 66,66 %)

Source : service-public.fr

1018. Le principe de l'année glissante. Le droit au complément employeur s'apprécie sur une période de référence mobile de douze mois. Toutes les périodes d'arrêt antérieures, survenues dans l'année précédant la nouvelle absence, doivent être prises en compte si elles ont donné lieu à un versement du complément. Cette règle vise à éviter une multiplication des arrêts courts permettant de reconstituer artificiellement un droit plein. Ainsi, un salarié ayant bénéficié de 35 jours de complément au cours des douze derniers mois ne pourra prétendre qu'à 25 jours supplémentaires s'il dispose d'un plafond de 60 jours. Ce mécanisme, bien qu'ayant une fonction régulatrice, pénalise les salariés atteints de pathologies chroniques ou récurrentes, dont les absences peuvent s'étaler sur plusieurs périodes.

1019. Des hypothèses spécifiques d'exclusion du bénéfice. Certaines situations particulières permettent à l'employeur de suspendre ou de refuser le versement du complément, même si les autres conditions sont réunies. Ainsi, lorsque le salarié est placé en congé sans solde, la survenance d'un arrêt maladie pendant cette période est sans effet sur le régime du congé : le complément cesse d'être dû à compter du début du congé non rémunéré¹¹²⁰. De même, l'employeur est exonéré de toute obligation lorsque le salarié est placé sous contrôle judiciaire

¹¹²⁰ Cass. Soc., 21 mai 2008, n°06-41.498, publié : *JCP S*, 2008, 38, p. 29, note G. Vachet ; *Droit ouvrier*, 2009, 726, p. 51, note F. Saramito.

avec interdiction de contact avec l'entreprise, ce qui rend impossible le maintien du lien contractuel¹¹²¹. Bien que ces hypothèses demeurent marginales en pratique, elles illustrent les limites du dispositif dans des cas atypiques.

1020. La détermination du droit au complément employeur constitue une étape préalable, certes essentielle, mais non suffisante. Une fois l'ouverture du droit établie, reste à calculer le montant effectif de l'indemnisation complémentaire. Pour le salarié, cette estimation est décisive afin d'évaluer les conséquences financières de l'arrêt de travail. Or, le calcul du montant mobilise de nombreuses règles, tant légales que conventionnelles, qui le rendent particulièrement complexe.

Section II. Une compensation financière à la logique duale

1021. La perte de rémunération consécutive à un arrêt de travail représente, pour de nombreux salariés, un risque économique majeur. Dans un contexte d'inflation persistante et de budgets contraints, s'arrêter de travailler pour raison de santé peut apparaître comme un luxe inaccessible. Or, l'anticipation du montant des revenus de remplacement s'avère particulièrement difficile, tant les règles applicables sont techniques, dispersées, et parfois méconnues. Si le régime légal d'indemnisation primaire par la sécurité sociale repose sur un mécanisme normalisé et encadré, les autres formes de prise en charge obéissent à des logiques plus complexes, voire contractuelles.

1022. En effet, la réparation de la perte de salaire obéit à une logique duale. D'une part, les indemnités journalières de sécurité sociale sont calculées selon des règles strictement encadrées par le Code de la sécurité sociale, à partir de la rémunération antérieure du salarié (I). D'autre part, les compléments versés par l'employeur ou par un organisme de prévoyance dépendent de paramètres beaucoup plus variables : ancienneté, statut collectif applicable, stipulations contractuelles spécifiques, clauses de franchise, plafonds d'indemnisation, durée de prise en charge, etc. (II).

¹¹²¹ Cass. Soc., 31 mai 2012, n°10-16.810, publié : *RJS*, 2012, n°8, p. 615.

1023. Ce système, à la fois fragmenté et pluriel, peut générer de l’opacité et entretenir un sentiment d’insécurité juridique. Il n’est pas rare que des salariés renoncent à un arrêt médicalement justifié, faute de pouvoir mesurer précisément ses implications financières. Dès lors, clarifier les règles de calcul et les articulations entre les différentes sources d’indemnisation constitue un enjeu non seulement technique, mais aussi sanitaire et social.

I. Des règles distinctes selon l’origine de l’arrêt

1024. Les indemnités journalières de sécurité sociale constituent le socle du dispositif de protection du revenu en cas d’arrêt de travail. Versées par la caisse primaire d’assurance maladie, elles sont financées par les cotisations salariales et patronales prélevées chaque mois au titre de l’assurance maladie. Leur versement obéit à une logique d’assurance contributive : le salarié cotise pour se prémunir contre le risque d’incapacité temporaire de travail.

1025. Ces indemnités journalières, versées généralement tous les quatorze jours, sont imposables et soumises aux prélèvements sociaux (CSG, CRDS). Elles peuvent être payées directement à l’assuré ou transitées par l’employeur dans le cadre du mécanisme de subrogation. Bien qu’unifiées dans leur finalité – compenser une perte de revenus –, elles obéissent à des règles de calcul variables selon la nature de l’arrêt de travail.

1026. En effet, le régime d’indemnisation diffère selon que l’arrêt résulte d’une maladie d’origine non professionnelle, ou au contraire d’un accident du travail ou d’une maladie professionnelle. Tandis que le premier relève du droit commun des prestations en espèces de l’assurance maladie (A), le second ouvre droit à un régime plus favorable, en cohérence avec la logique de réparation intégrale propre aux risques professionnels (B).

A. L’indemnisation de droit commun

1027. Une logique assurantielle fondée sur le salaire antérieur. En cas d’arrêt de travail pour cause de maladie non professionnelle, le salarié bénéficie d’indemnités journalières versées par la caisse primaire d’assurance maladie¹¹²². Ces prestations, versées à titre de remplacement de revenu, sont calculées à hauteur de 50 % du salaire journalier de base, lui-même déterminé à partir de la rémunération antérieure à l’interruption de l’activité. Cette

¹¹²² CSS, Art. L.323-4.

logique d'assurance repose sur le principe de contributivité : plus le salarié a cotisé sur une base élevée, plus la compensation sera importante, dans la limite toutefois d'un plafond.

1028. Le mode de calcul varie selon la régularité de l'activité salariée. En cas d'activité continue, le salaire journalier de base est déterminé en divisant la somme des trois derniers salaires bruts par 91,25. Par exemple, un salarié percevant 2.500 euros bruts mensuels aura un salaire journalier de base de 82,19 euros, ouvrant droit à une indemnité journalière de 41,10 euros. En revanche, pour les salariés exerçant une activité discontinue, comme les travailleurs saisonniers, la base de calcul s'étend sur les douze derniers mois, divisée par 365. Ainsi, un revenu annuel brut de 9.000 euros génère un salaire journalier de 24,66 euros, et une indemnité journalière de 12,33 euros. Ce mécanisme entend garantir une forme de proportionnalité entre revenu antérieur et indemnisation, tout en introduisant une logique d'équité fondée sur la durée et la régularité de l'emploi.

1029. Le plafonnement des indemnités. Le montant des indemnités journalières est encadré par un plafond, désormais fixé à 1,4 fois le SMIC mensuel brut, soit 2 522,57 euros depuis la réforme du 1er avril 2025¹¹²³. Ce plafond, auparavant fixé à 1,8 fois le SMIC, a été abaissé dans une logique de rationalisation budgétaire et de lutte contre les inégalités supposées du système, au prix toutefois d'une réduction sensible de la couverture des revenus les plus élevés. En pratique, cela signifie que le salaire journalier de base ne peut excéder un certain seuil, limitant mécaniquement le montant des indemnités. Le plafond correspond à 1,4 fois le salaire minimum de croissance en vigueur le dernier jour du mois civil précédant celui de l'interruption de travail et est calculé pour un mois sur l'ensemble des revenus perçus¹¹²⁴.

1030. Ce nouvel encadrement conduit à une indemnité maximale de 41,47 euros par jour, contre 51,70 euros auparavant. Ce plafonnement accentue la rupture de proportionnalité : plus le salarié est rémunéré, plus la perte de revenu liée à l'arrêt de travail est importante, sans compensation complémentaire par l'assurance maladie. Cette déperdition est particulièrement sensible pour les cadres et salariés à hauts revenus, mais elle affecte aussi les salariés aux revenus moyens. Le différentiel entre la rémunération habituelle et les indemnités perçues, parfois de plusieurs centaines d'euros, peut dissuader certains salariés de s'arrêter, même en présence d'une pathologie avérée. Le système, pensé pour éviter les abus, engendre ainsi un

¹¹²³ Décret n°2025-160 du 20 février 2025 relatif au plafond du revenu d'activité servant de base au calcul des indemnités journalières dues au titre de l'assurance maladie.

¹¹²⁴ CSS, Art. R.323-4.

effet paradoxal de renoncement aux soins, ou d'interruption prématurée de l'arrêt de travail. Le durcissement du plafond opéré en 2025 accentue encore ce paradoxe : en prétendant moraliser la dépense publique, le législateur fragilise la logique même de la protection sociale, en plaçant la soutenabilité financière au-dessus de la continuité du droit à la santé.

1031. Une indemnisation partielle. L'impact de la perte de revenu est d'autant plus fort que les trois premiers jours d'arrêt maladie ne donnent lieu à aucune indemnisation. Ce délai de carence – qui ne s'applique pas en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle – repose sur une logique dissuasive, visant à éviter les arrêts brefs et opportunistes. Il n'en demeure pas moins que cette règle fait peser sur le salarié une charge financière immédiate, parfois difficilement soutenable¹¹²⁵.

1032. Par ailleurs, même lorsque les indemnités journalières sont versées, leur montant reste faible au regard du coût de la vie. En se fondant sur un salaire brut médian de 2.300 euros¹¹²⁶, soit 1789 euros en net, le montant net mensuel perçu pendant l'arrêt maladie ne dépasse guère 1.100 euros, soit une perte d'environ 700 euros. La précarisation induite par l'arrêt de travail est donc une réalité tangible, particulièrement marquée pour les foyers modestes ou monoparentaux.

1033. L'évolution récente du droit ne tend pas à renforcer cette protection. Bien au contraire, certaines dispositions favorables ont été supprimées, à l'image de la majoration pour charges de famille qui permettait, au-delà de trois enfants à charge, de percevoir 66,66 % du salaire journalier à compter du 31^e jour d'arrêt. Cette majoration a été supprimée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, traduisant une réduction progressive du champ de la solidarité assurantielle.

1034. Une incitation implicite à la reconnaissance d'un risque professionnel. Le régime de droit commun, par sa relative austérité, crée un effet d'éviction au détriment des arrêts maladie non professionnels. À l'inverse, les arrêts liés à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ouvrent droit à une indemnisation plus favorable. Cette dualité incite certains salariés à rechercher la qualification d'origine professionnelle de leur pathologie, notamment en cas de troubles musculo-squelettiques ou de pathologies psychiques.

¹¹²⁵ D. ROMAN, « « Droits des pauvres, pauvres droits ? » Recherches sur la justiciabilité des droits sociaux », Centre de Recherches sur les droits fondamentaux, Université Paris Ouest la Défense, 2011.

¹¹²⁶ J. SANCHEZ GONZALEZ, E. SUEUR, « Les salaires en 2019 », *Insee première*, juin 2021, n°1863.

Cette distinction, que nous aborderons dans la sous-partie suivante, interroge sur la cohérence du système : à pathologie identique, le régime d'indemnisation varie considérablement selon la cause juridico-administrative reconnue. Cela contribue à renforcer les inégalités entre les salariés, selon qu'ils parviennent ou non à faire reconnaître le lien entre leur état de santé et l'activité professionnelle exercée.

B. L'indemnisation en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle

1035. Un régime protecteur. Lorsque l'arrêt de travail fait suite à un accident du travail ou à la reconnaissance d'une maladie professionnelle, le salarié bénéficie d'un régime indemnitaire plus avantageux que celui applicable aux arrêts maladie de droit commun¹¹²⁷. Cette spécificité repose sur le principe de réparation intégrale du risque professionnel, hérité d'une conception historique selon laquelle l'employeur assume les conséquences des atteintes à la santé survenues à l'occasion ou du fait du travail.

1036. Ainsi, aucun délai de carence ne s'applique : les indemnités journalières sont dues dès le premier jour de l'arrêt, ce qui constitue une première rupture avec le droit commun. Surtout, la durée de l'indemnisation n'est pas limitée : les prestations sont versées jusqu'à la guérison complète, la consolidation de la blessure, ou, en cas d'incapacité durable, l'ouverture d'un droit à rente. Ce traitement spécifique traduit la reconnaissance par le législateur d'un lien de causalité entre l'activité professionnelle et l'altération de l'état de santé, justifiant une prise en charge renforcée.

1037. Des modalités de calcul plus favorables. Le montant des indemnités journalières est également supérieur à celui versé en cas de maladie non professionnelle. Pendant les 28 premiers jours d'arrêt, les prestations correspondent à 60 % du salaire journalier de référence (SJR)¹¹²⁸. Ce SJR est déterminé en divisant la rémunération brute du mois précédant l'arrêt par 30,42. Une première limite légale est toutefois posée : le salaire journalier de référence ne peut excéder un plafond fixé, en 2023, à 366,89 euros. Au-delà, seule cette valeur maximale est retenue pour le calcul. À titre d'exemple, un salarié ayant perçu 2.500 euros bruts le mois précédant l'arrêt aura un SJR de 82,18 euros. L'indemnité journalière s'élève alors à 49,31

¹¹²⁷ CSS, Art. L.433-1.

¹¹²⁸ CSS, Art. R.433-1.

euros. Pour un salarié ayant perçu 15.000 euros, le SJR calculé (493,10 euros) dépasse le plafond légal : il est donc ramené à 366,89 euros.

1038. Une seconde limite intervient : les indemnités journalières ne peuvent excéder 220,14 euros par jour, ni le gain journalier net du salarié, soit le SJR diminué forfaitairement de 21 %. En cas de dépassement, c'est ce gain journalier net qui est appliqué, ce qui permet de préserver un certain équilibre entre indemnisation et réalité du revenu net habituel.

1039. Une indemnisation renforcée au-delà du premier mois. À compter du 29^e jour d'arrêt, le niveau de protection s'accroît : les indemnités journalières atteignent 80 % du salaire journalier de référence. Le mécanisme de calcul reste identique, mais un nouveau plafond est fixé : 293,51 euros par jour en 2023. Ce plafond ne peut être dépassé, et le montant de l'indemnité reste également subordonné à la limite du gain journalier net.

1040. Reprenons l'exemple du salarié percevant 2.500 euros bruts mensuels. Son SJR est de 82,18 euros. À 80 %, l'indemnité journalière théorique serait de 65,74 euros. Toutefois, ce montant est supérieur à son gain journalier net ($82,18 - 21 \% = 64,92$ euros). C'est donc ce dernier montant, plus faible, qui est versé, illustrant à nouveau l'effet modérateur de la règle du plafond net.

1041. Ce régime légal, bien qu'avantageux en comparaison du droit commun, ne garantit pas une indemnisation intégrale du salaire. Toutefois, la loi et la pratique collective viennent parfois en pallier les limites. Ce cumul entre prestations sociales et compléments employeurs permet, dans certains cas, d'approcher un niveau de rémunération comparable au salaire antérieur. Toutefois, cette couverture n'est ni automatique ni homogène. Elle dépend étroitement de la branche professionnelle, des conventions collectives applicables et de l'ancienneté du salarié. En pratique, l'égalité entre salariés face au risque professionnel n'est donc pas pleinement assurée, ce qui alimente des inégalités de traitement selon les secteurs d'activité.

II. Un maintien de salaire sous réserve de garanties contractuelles ou légales

1042. En cas d'arrêt maladie, les indemnités journalières versées par la sécurité sociale ne permettent pas toujours de compenser adéquatement la perte de revenus subie par le salarié. C'est pourquoi un mécanisme de maintien de salaire par l'employeur existe, venant compléter les prestations sociales¹¹²⁹. Ce dispositif présente un enjeu pratique considérable, notamment

¹¹²⁹ CSS, Art. R.323-11.

pour les salariés modestes ou ceux dont la rémunération dépasse les plafonds de calcul des indemnités journalières.

1043. L'intervention de l'employeur dans la prise en charge de l'arrêt maladie ne repose cependant pas sur un principe général d'indemnisation. Elle répond à un encadrement juridique strict, tant dans son principe que dans ses modalités¹¹³⁰. Le maintien de la rémunération peut résulter de la loi, à titre supplétif, mais il peut aussi être amélioré par la voie conventionnelle, lorsque des accords collectifs prévoient des garanties plus favorables au salarié.

La présente section sera ainsi consacrée à l'étude de ce double encadrement du complément employeur : dans un premier temps, les dispositions légales supplétives seront examinées (A), avant de s'intéresser, dans un second temps, à l'articulation avec les stipulations conventionnelles plus favorables (B).

A. Le rôle supplétif de l'employeur dans la compensation de la perte de revenus

1044. Un mécanisme encadré par le Code du travail. Le Code du travail prévoit, à titre supplétif, un mécanisme de maintien partiel de la rémunération par l'employeur en cas d'arrêt maladie¹¹³¹. Ce complément est dû au terme d'un délai de carence. Les modalités de calcul sont identiques, que l'arrêt de travail résulte d'une maladie non professionnelle ou d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Dans ce dernier cas toutefois, le versement des indemnités complémentaires intervient dès le premier jour d'absence, sans délai de carence. En outre, la journée au cours de laquelle l'accident s'est produit reste intégralement à la charge de l'employeur¹¹³².

1045. Un maintien partiel de la rémunération selon l'ancienneté. Le montant du complément versé varie selon la durée de l'arrêt et l'ancienneté du salarié. En principe, pendant les 30 à 90 premiers jours, le salarié perçoit au minimum 90 % de sa rémunération brute, puis deux tiers de cette même rémunération pour une période équivalente¹¹³³. Par exemple, un salarié ayant douze ans d'ancienneté peut bénéficier de 100 jours de complément : les 50 premiers

¹¹³⁰ Le non-paiement par l'employeur du complément dû au salarié est une faute. Elle peut justifier la prise d'acte par le salarié de la rupture de son contrat de travail aux torts de l'employeur : Cass. Soc., 10 mai 2006, n°04-45.319. Les juges retiennent en effet un manquement suffisamment grave de l'employeur. La rupture produit les effets d'un licenciement sans cause réelle et sérieuse.

¹¹³¹ C. Trav., Art. D.1226-1.

¹¹³² CSS, Art. L.433-1.

¹¹³³ Cf: B. Une prise en charge complémentaire par l'employeur encadrée, II., Section I, Chapitre II, Titre I, Seconde partie, p. 361.

jours à hauteur de 90 %, les 50 suivants à hauteur de 66,66 %. En l'absence de disposition conventionnelle plus favorable, la base de calcul correspond à la rémunération brute habituelle. Au terme de la période légale, l'employeur est libéré de toute obligation complémentaire ; seul subsiste alors, le cas échéant, le versement des indemnités journalières par la CPAM.

Durée d'ancienneté dans l'entreprise	Durée maximum de versement des indemnités
De 1 à 5 ans	60 jours (30 jours à 90 % et 30 jours à 66,66 %)
De 6 à 10 ans	80 jours (40 jours à 90 % et 40 jours à 66,66 %)
De 11 à 15 ans	100 jours (50 jours à 90 % et 50 jours à 66,66 %)
De 16 à 20 ans	120 jours (60 jours à 90 % et 60 jours à 66,66 %)
De 21 à 25 ans	140 jours (70 jours à 90 % et 70 jours à 66,66 %)
De 26 à 30 ans	160 jours (80 jours à 90 % et 80 jours à 66,66 %)
31 ans et plus	180 jours (90 jours à 90 % et 90 jours à 66,66 %)

Source : *Service-public.fr*

1046. Une base de calcul alignée sur la rémunération théorique. La rémunération de référence n'est pas celle effectivement perçue avant l'arrêt, mais celle que le salarié aurait dû percevoir s'il avait continué à travailler. Ce principe implique l'inclusion des primes contractuelles, telles que les primes d'ancienneté ou le treizième mois. La base de calcul du complément employeur diffère donc substantiellement de celle applicable aux indemnités journalières de la sécurité sociale, qui reposent sur les salaires antérieurement perçus. À titre illustratif, un salarié rémunéré 2.500 euros bruts mensuels percevra environ 2.250 euros bruts au cours des 50 premiers jours d'arrêt (90 %), puis 1.666,67 euros bruts au cours des 50 jours suivants (66,66 %). Cette rémunération est soumise aux cotisations sociales et à l'impôt, de sorte que la perte de salaire nette peut être significative, en particulier après un mois et demi d'arrêt.

1047. La possibilité d'aménagements conventionnels plus favorables. Le régime légal n'a vocation à s'appliquer qu'à titre supplétif. Les dispositions conventionnelles, dès lors qu'elles sont plus favorables, s'imposent à l'employeur. Elles peuvent prévoir un taux de rémunération plus élevé, une durée de maintien prolongée ou même un maintien intégral de la rémunération pendant toute la durée de l'absence. Il incombe alors à l'employeur de vérifier les dispositions

applicables, en particulier les accords collectifs ou la convention de branche, et d'en assurer le respect strict.

B. Le maintien intégral du salaire

1048. L'absence de droit au maintien intégral en l'état du droit commun. En droit positif, aucun texte ne consacre, à titre général, un droit du salarié au maintien intégral de son salaire en cas d'arrêt maladie. Le Code du travail ne reconnaît qu'un droit à indemnisation partielle sous forme de complément de salaire, et encore sous certaines conditions, notamment d'ancienneté et d'arrêt de travail dûment constaté. Ainsi, hors disposition plus favorable, l'arrêt maladie entraîne nécessairement une perte de revenus. C'est pourquoi le maintien intégral de la rémunération constitue une exception, rendue possible uniquement par la négociation collective. Lorsque les stipulations conventionnelles se révèlent plus favorables au salarié, elles prévalent sur le dispositif légal en vertu du principe de faveur.

1049. Un avantage négocié collectivement. De nombreuses conventions collectives ou accords collectifs aménagent le régime du maintien de salaire en instituant des garanties supérieures à celles prévues par le Code du travail. Ces textes peuvent imposer à l'employeur le versement d'un complément plus important, voire le maintien intégral du salaire du salarié absent. Ils précisent généralement les modalités d'accès à ce droit (ancienneté, justificatifs), sa durée, sa périodicité et son niveau de rémunération maintenu. En pratique, ce type de disposition contribue à sécuriser financièrement le salarié pendant son arrêt maladie, en limitant l'impact économique de l'incapacité temporaire de travail. Il participe ainsi à un climat social apaisé et favorise la guérison en écartant les préoccupations pécuniaires.

1050. Un avantage encadré dans le temps et par le texte. Toutefois, les garanties conventionnelles, aussi favorables soient-elles, demeurent encadrées. Comme le dispositif légal, elles prévoient une durée limitée de versement du complément employeur. Cette durée varie selon les conventions, mais elle n'excède pas toujours celle prévue par le Code du travail, notamment pour les salariés ayant une forte ancienneté. Ainsi, l'article 43 de la convention collective nationale des « Bureaux d'études techniques » instaure un maintien à 100 % du salaire pendant un mois pour les employés ayant entre un et cinq ans d'ancienneté, puis à 80 % pour les deux mois suivants. Pour les salariés ayant plus de cinq ans d'ancienneté, le maintien à 100 % est prolongé à deux mois, avec un troisième mois à 80 %. Le maintien est donc plus favorable quant au taux de rémunération, mais peut s'avérer moins avantageux en termes de

durée. Il appartient à l'employeur de se référer scrupuleusement au texte conventionnel applicable.

1051. Un coût à relativiser pour l'employeur. Le maintien du salaire pendant l'arrêt maladie est parfois dénoncé comme un facteur d'accroissement du coût de l'absentéisme pour l'entreprise. En réalité, ce coût doit être relativisé. Lorsque l'employeur est tenu de maintenir tout ou partie de la rémunération, il ne supporte que la différence entre le montant dû au salarié et les indemnités journalières versées par la sécurité sociale. Ainsi, dans l'hypothèse d'un maintien à 90 %, l'entreprise n'assume pas 90 % de la rémunération brute du salarié, mais seulement le complément à verser après déduction des prestations sociales. Ce calcul s'effectue sur la base des indemnités journalières brutes, c'est-à-dire avant déduction de la CSG et de la CRDS¹¹³⁴.

1052. Prenons un exemple concret : un salarié percevant habituellement 2.500 euros bruts par mois. Le montant brut journalier de ses indemnités journalières est de 41,1 euros, soit 1.274,1 euros pour un mois de 31 jours. Dans l'hypothèse d'un maintien intégral de salaire, le complément employeur s'élève à 1.225,9 euros bruts (2.500 - 1.274,1). Ce montant représente le coût net de la mesure pour l'employeur. Ce coût diminue dans les cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, pour lesquels les indemnités journalières sont versées à des taux majorés : 60 % du salaire journalier de référence jusqu'au 28^e jour, puis 80 % au-delà. Dans de tels cas, le complément dû par l'employeur peut être résiduel, voire nul.

¹¹³⁴ Cass. Soc., 15 déc. 2004, n°03-13.074, publié : *JSL*, 2005, 161, p. 27, note N. Rérolle ; *JCP E*, 2005, n°21, p. 880, note G. Vachet ; Cass. Avis 4 janv. 2016, n°16001.

Conclusion Titre I

1053. Le droit positif encadrant l'arrêt de travail pour maladie ne saurait être lu à travers le prisme réducteur d'une opposition entre salariés protégés et employeurs contraints. À l'examen, le dispositif révèle une logique d'équilibre : entre impératif de protection de la santé du travailleur et maintien, dans certaines limites, de l'autonomie décisionnelle de l'employeur. Ce double objectif irrigue l'ensemble du régime juridique, tant dans ses règles de suspension du contrat que dans celles relatives à l'indemnisation du salarié.

1054. Loin de constituer une période de vacance(s) contractuelle, l'arrêt maladie suspend l'exécution des prestations principales, sans rompre le lien de subordination ni faire disparaître l'obligation de loyauté. Le salarié demeure astreint à une certaine retenue dans sa conduite, sous peine de sanctions disciplinaires ou de rupture du contrat. De son côté, l'employeur, bien que privé de la force de travail du salarié, conserve une marge de manœuvre pour assurer la continuité de l'activité, voire pour engager une procédure de licenciement dès lors que le motif est objectivement étranger à l'état de santé. Ainsi, la protection attachée à l'arrêt maladie n'est pas une immunité absolue : elle constitue un rempart proportionné contre les risques inhérents à la vulnérabilité du salarié, non une entrave à la gestion de l'entreprise.

1055. Sur le terrain de l'indemnisation, les critiques relatives à un supposé excès de générosité du système doivent également être relativisées. La prise en charge de la perte de revenus repose sur un mécanisme à double détente – indemnités journalières et complément employeur – soumis à des conditions strictes et de nombreuses exceptions. Loin d'être systématique, le maintien de la rémunération dépend à la fois de l'ancienneté du salarié, de la régularité de l'arrêt, du respect des formalités prescrites, mais aussi – et surtout – des stipulations conventionnelles applicables. La disparité des régimes, conjuguée aux seuils d'ouverture de droits, conduit à ce que nombre de salariés voient leur revenu diminuer de manière substantielle en cas d'arrêt de travail. En réalité, c'est moins l'existence d'un avantage excessif qu'un risque de précarisation silencieuse qui caractérise aujourd'hui le régime de l'indemnisation maladie.

1056. Dans cette perspective, les normes régissant l'arrêt maladie s'inscrivent dans une architecture d'ensemble fondée non sur l'excès, mais sur la précaution. Loin de favoriser

l'absentéisme, elles visent à éviter que des salariés ne renoncent à se soigner, mettant en péril leur santé et celle de leurs collègues. Ce premier Titre a permis de restituer la cohérence fonctionnelle d'un dispositif souvent caricaturé. Il n'en demeure pas moins que cet édifice est traversé de lignes de fragilité : entre règles éparses, inégalités de traitement et insécurité juridique, le régime de l'arrêt maladie soulève une série d'interrogations quant à sa lisibilité, sa stabilité et son effectivité. C'est à l'analyse critique de ces tensions, inhérentes à son cadre normatif, que le Titre II sera consacré.

Titre II

Un régime fragilisé par les mutations contemporaines

1057. L'arrêt maladie, en tant que mécanisme de suspension temporaire du contrat de travail destiné à préserver la santé du salarié, s'inscrit dans une logique protectrice héritée d'un modèle industriel et social aujourd'hui en recomposition. Or, au fil des vingt dernières années, les transformations du travail et de la société ont profondément altéré le contexte dans lequel ce régime opère¹¹³⁵. L'essor des formes d'emploi précaires, la tertiarisation de l'économie, la rationalisation extrême des organisations productives, la montée des contraintes de performance et la dégradation des collectifs ont favorisé l'émergence de risques psychosociaux dont la gestion dépasse les cadres traditionnels de la protection sociale. Dans ce nouvel environnement, l'arrêt maladie est devenu à la fois un instrument de préservation de la santé et un objet de suspicion.

1058. Cette ambivalence nourrit deux lignes critiques opposées. Du côté des employeurs, la dénonciation d'un système jugé permissif repose sur l'idée que le salarié en arrêt dispose d'une large autonomie dans la conduite de ses activités personnelles, les contrôles étant rares et leurs sanctions limitées. À l'inverse, du côté des salariés et de leurs représentants, c'est l'insuffisance de la réponse juridique face aux atteintes contemporaines à la santé — notamment psychique — qui est mise en avant, l'augmentation constante des troubles liés au travail révélant l'incapacité supposée du dispositif à s'adapter aux nouveaux risques professionnels. Ainsi, le régime se trouve placé dans une tension permanente entre efficacité économique et exigence de protection.

¹¹³⁵ J.-E. RAY, « Qualité de vie(s) et travail de demain », *Droit social*, février 2015, n° 2, p. 147-154

1059. Toutefois, ces discours reposent souvent sur une appréhension partielle, voire caricaturale, des règles applicables. Un examen rigoureux montre que le droit positif recèle des mécanismes susceptibles de répondre à la plupart des griefs formulés, pour peu qu'ils soient mobilisés à bon escient et avec la cohérence nécessaire. Ce n'est donc pas seulement la structure normative qui est en cause, mais aussi sa mise en œuvre, sa compréhension et son articulation avec les évolutions récentes du travail.

1060. L'analyse qui suit se propose ainsi de dépasser les représentations simplificatrices en confrontant les critiques récurrentes à la réalité juridique. Elle mettra en lumière, dans un premier temps, la portée réelle des pouvoirs de contrôle et de sanction des employeurs (Chapitre I), avant d'examiner, dans un second temps, l'aptitude du régime à intégrer la prévention et la réparation des risques psychosociaux (Chapitre II).

Chapitre I

La redéfinition nécessaire des contrôles

1061. Le bénéfice d'un arrêt maladie repose sur un postulat fondamental : la constatation médicale d'une incapacité temporaire à travailler. Cette reconnaissance entraîne la suspension du contrat de travail, mais non son effacement : le salarié demeure tenu par certaines obligations contractuelles résiduelles, auxquelles s'ajoutent celles, spécifiques, découlant de la prescription médicale. L'architecture juridique du régime entend ainsi prévenir les usages détournés en combinant droits protecteurs et contraintes. Les dispositifs de contrôle, organisés autour de procédures administratives ou patronales, visent à garantir le respect de ces obligations (Section I).

1062. Cependant, la persistance d'arrêts maladie perçus comme "abusifs" ne peut se comprendre uniquement par les limites techniques ou organisationnelles des contrôles. Dans de nombreux cas, l'arrêt de travail constitue moins une fraude qu'une réponse sociale – parfois la seule disponible – aux transformations structurelles du monde du travail : intensification des rythmes, instabilité des parcours, montée des risques psychosociaux, effacement des espaces de régulation collective. Dès lors, l'arrêt maladie se trouve instrumentalisé non par opportunisme, mais comme palliatif aux carences de la protection de la santé au travail (Section II).

1063. C'est pourquoi la réflexion sur le contrôle ne saurait se réduire à l'amélioration de ses outils : elle doit interroger sa finalité, ses méthodes et ses présupposés, afin de concilier prévention des abus, effectivité du droit à la santé et prise en compte des réalités contemporaines du travail.

Section I. Le contrôle des obligations du salarié en arrêt maladie

1064. Le régime juridique de l'arrêt de travail pour maladie ne se limite pas à organiser la suspension du contrat : il encadre strictement la situation du salarié afin de prévenir tout détournement de l'institution. Loin de disposer d'une liberté totale, le salarié malade demeure soumis à un faisceau d'obligations spécifiques qui s'ajoutent à celles issues du lien contractuel. Leur finalité est claire : garantir que l'arrêt de travail conserve sa vocation première – la protection de la santé – et ne se transforme pas en période de convenance personnelle (I).

1065. Pour assurer l'effectivité de ces obligations, le droit a prévu divers dispositifs de contrôle, mis en œuvre tant par les organismes de sécurité sociale que, dans certaines limites, par l'employeur. Ces procédures visent à vérifier la réalité de l'incapacité et la conformité du comportement du salarié aux prescriptions médicales, participant ainsi à la crédibilité et à la pérennité du système (II).

I. Les obligations du salarié en arrêt maladie

1066. Le régime juridique de l'arrêt maladie ne se limite pas à octroyer des prestations. Il encadre précisément la conduite du salarié, afin de garantir que la période d'interruption remplisse son objectif premier : permettre la guérison dans des conditions conformes à la prescription médicale. Cette logique se traduit par un faisceau d'obligations spécifiques, qui s'ajoutent aux devoirs résiduels du contrat de travail, mais relèvent avant tout d'un contrôle social de l'usage du dispositif.

1067. Ces obligations, qui ne sont pas toutes connues du grand public, forment une trame normative allant du respect formel des indications médicales (A) à la restriction d'activités extérieures susceptibles de compromettre la convalescence (B), jusqu'à l'exigence, parfois méconnue, d'une reprise anticipée en cas d'amélioration de l'état de santé (C). Elles dessinent ainsi un véritable régime de discipline de l'arrêt maladie.

A. Le respect strict de la prescription médicale

1068. L'arrêt de travail n'est pas un simple certificat d'absence : il constitue un acte médical qui fixe, avec précision, le cadre légal et matériel de la convalescence. Sa portée dépasse la seule suspension du contrat de travail, puisqu'il détermine les conditions de vie quotidiennes du salarié durant cette période.

Ces indications – qu'il s'agisse des plages horaires de sortie (1) ou des limites géographiques imposées aux déplacements (2) – ne sont pas de simples recommandations. Elles traduisent l'autorité du médecin et engagent la responsabilité du salarié, dont le non-respect peut compromettre non seulement le droit aux indemnités, mais aussi la finalité même du dispositif.

1. Le respect des horaires d'autorisation de sortie

1069. Une obligation juridiquement contraignante. L'article L. 323-6 du Code de la sécurité sociale subordonne explicitement le versement des indemnités journalières au respect par le bénéficiaire des horaires de sortie prescrits par le praticien. Cette prescription médicale encadre strictement les plages horaires durant lesquelles le salarié en arrêt maladie peut quitter son domicile. Selon la nature de la pathologie, ces sorties peuvent être totalement libres, conditionnées à des horaires précis, ou formellement interdites¹¹³⁶. En dehors de ces plages autorisées, l'assuré est tenu d'être présent à son domicile, sous peine de sanctions. L'avis d'arrêt de travail porte mention de ces conditions, qui s'imposent et doivent être scrupuleusement observées, notamment en cas de litige. Une exception notable existe cependant, visant à permettre les déplacements nécessaires pour des soins ou examens médicaux, garantissant ainsi la prise en charge effective de la santé du salarié.

1070. L'intérêt pragmatique de la limitation horaire. Cette obligation a une fonction double : elle vise à garantir l'effectivité de l'arrêt maladie en imposant un temps de repos effectif consacré à la guérison, mais aussi à faciliter le contrôle du salarié. En effet, la limitation des plages horaires de sortie permet de réduire l'incertitude quant à la présence effective du salarié à son domicile, favorisant ainsi un contrôle efficient et une sanction rapide en cas de manquement. En l'absence de telles restrictions, le contrôle devient aléatoire, ce qui peut laisser place à des détournements du mécanisme de l'arrêt maladie. Cette obligation se présente ainsi

¹¹³⁶ Cf. : B. Une marge de liberté dans la prescription encadrée, II, Section I, Chapitre I, Titre II, Première partie, p. 231.

comme un instrument juridique fondamental pour préserver l'équilibre entre protection sociale et prévention des fraudes.

1071. Vers une conciliation nécessaire entre exigences juridiques et impératifs médicaux.

Toutefois, si la rigueur de cette obligation répond à des exigences de prévention, son application doit s'inscrire dans une perspective pragmatique tenant compte des spécificités médicales, notamment en matière de troubles psychiques. La limitation horaire peut, dans certains cas, entraver le processus de guérison, en restreignant des sorties potentiellement bénéfiques pour le salarié. Cette tension révèle une difficulté intrinsèque au régime juridique de l'arrêt maladie : concilier les impératifs de contrôle avec la liberté thérapeutique et la dignité du patient. Le défi consiste à accorder une flexibilité suffisante sans compromettre la lutte contre les abus, une problématique qui sera approfondie au regard des restrictions géographiques.

2. La limitation des déplacements du salarié en arrêt

1072. La domiciliation comme fondement juridique. Le régime juridique de l'arrêt maladie institue la domiciliation comme pierre angulaire du dispositif de suspension du contrat de travail. En effet, l'obligation pour le salarié d'effectuer son repos dans la circonscription géographique de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) à laquelle il est affilié s'impose avec rigueur. L'avis médical d'arrêt de travail précise explicitement l'adresse de résidence à respecter, créant ainsi un cadre spatial strict qui structure la légitimité du droit à indemnisation. Cette exigence traduit une volonté de circonscrire le champ d'application des prestations sociales afin d'en préserver l'intégrité et de faciliter les contrôles. Toute sortie du périmètre prescrit demeure soumise à une autorisation préalable fondée sur un avis médical conforme, ce qui exclut toute initiative unilatérale du salarié. Cette architecture juridique rappelle que la suspension contractuelle liée à l'arrêt maladie s'accompagne d'une restriction des libertés individuelles, justifiée par l'objectif de prévention des fraudes et d'efficacité du système.

1073. La validation médicale et administrative des dérogations. La condition d'autorisation préalable¹¹³⁷ pour tout déplacement hors circonscription – voire hors territoire national – atteste du caractère dérogatoire de toute mobilité durant la période d'arrêt¹¹³⁸.

¹¹³⁷ Cass. Civ. 2e, 22 févr. 2007, n°05-18.628, publié, *JCP S*, 2007, 1429, note D. Asquinazi-Baillex.

¹¹³⁸ Le fait de mentionner sur la feuille de soins l'adresse à laquelle l'assuré peut être visité n'est pas suffisant : Cass. Soc., 11 févr. 1999, n°97-14.378, publié.

L'obligation d'un avis favorable du médecin-conseil et du médecin traitant souligne la dualité médicale et administrative du contrôle, illustrant une architecture institutionnelle rigoureuse¹¹³⁹. L'interdiction pour le médecin prescripteur de valider seul la sortie hors circonscription met en lumière la dimension collective et pluridisciplinaire du contrôle médical. La jurisprudence constante de la Cour de cassation validant cette exigence au regard des principes de libre circulation et de libre prestation des services issus du droit communautaire témoigne de l'équilibre complexe entre libertés fondamentales et impératifs sociaux¹¹⁴⁰. Cette exigence préalable renforce ainsi la robustesse du régime en tant que mécanisme de régulation sociale, sans pour autant abolir totalement les marges de manœuvre thérapeutiques.

1074. Une exception à l'autorisation préalable avant toute sortie de la circonscription existe. La condition n'est pas requise si l'assuré tombe malade hors de sa circonscription. Dans cette hypothèse, il est uniquement tenu d'en informer sa caisse d'assurance maladie. Il lui appartient en complément de lui communiquer le lieu où il peut être visité pour un éventuel contrôle¹¹⁴¹.

1075. Les tensions entre souveraineté sociale et libertés fondamentales européennes. La restriction de la mobilité, conditionnant le versement des indemnités journalières, suscite des critiques doctrinales majeures¹¹⁴². Elle est perçue comme une entrave potentielle au droit au respect de la vie privée et familiale¹¹⁴³, garanti par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme¹¹⁴⁴, ainsi qu'à la libre circulation des travailleurs, principe fondamental des traités européens. Cette opposition manifeste un conflit entre la logique nationale de contrôle social et les libertés transnationales promues par l'Union européenne. En pratique, la condition de résidence nationale fait peser une limite tangible à l'effectivité de la liberté de circulation¹¹⁴⁵, en particulier pour les pathologies où le contexte social et familial peut jouer un rôle décisif

¹¹³⁹ Règl. Int. CPAM, Art.37 et Art.41.

¹¹⁴⁰ Cass. Soc., 26 sept. 2002, n°01-20.316, publié.

¹¹⁴¹ Règl. Int. CPAM, Art. 37.

¹¹⁴² La caisse d'assurance maladie a refusé le versement des prestations à une assurée en arrêt de travail partie au Maroc, son pays d'origine. L'assurée n'avait pas obtenu d'autorisation préalable. Le changement de résidence importe peu dans la décision : Cass. Civ. 2e, 20 sept. 2012, n°11-19.181, publié : *JCP S*, 2012, n°45, p.44, note T. Tauran ; *BJT*, 2012, n°246, p. 349, note F-J Pansier ; *RDSS*, 2013, n°2, p. 312, note V. Lacoste-Mary.

¹¹⁴³ La Cour de cassation a tranché en écartant l'atteinte au droit des biens ou au droit à la vie privée (Cass. Civ. 2^{ème}, 28 avr. 2011, n°10-18.598, publié : *JCP S*, 2011, n°24, p. 54, note D. Asquinazi-Bailleux ; *BJT*, 2011, n°231, p. 168, note F-J. Pansier ; *RDSS*, 2011, n°4, p. 767, note Y. Dagorne-Labbé).

¹¹⁴⁴ M. LEVINET, « La Convention européenne des droits de l'homme socle de la protection des droits de l'homme dans le droit constitutionnel européen », *Revue française de droit constitutionnel*, 2011, n° 86, p. 227-263.

¹¹⁴⁵ Règlement (CEE) n°1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leurs familles qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, p. 2-50 ; Cass. Soc, 3 juin 1999, n°97-15.436, publié.

dans le processus thérapeutique, comme en matière de troubles psychiques. Le droit positif demeure donc confronté à une problématique d'adaptation entre exigences sanitaires, sociales et communautaires.

1076. Malgré l'extrême rigueur du cadre général, le régime prévoit des dérogations ponctuelles. Ainsi, le maintien de l'indemnisation pour un salarié en arrêt maladie pendant ses congés dans un pays de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou en Suisse, sous condition d'un certificat médical local, traduit une volonté d'adaptation au contexte européen¹¹⁴⁶. Cette souplesse s'appuie sur la coopération interétatique régulée par le droit européen, mais demeure circonscrite à ces seuls territoires, excluant en pratique la plupart des autres pays¹¹⁴⁷, ce qui continue d'alimenter les débats quant à l'égalité de traitement. Par ailleurs, la possibilité laissée au salarié d'effectuer son repos dans un lieu autre que son domicile habituel, prévue par l'avis d'arrêt de travail, témoigne d'une certaine reconnaissance des réalités sociales et familiales, sans pour autant remettre en cause le principe fondamental de domiciliation.

B. L'encadrement de l'exercice d'activités pendant l'arrêt

« Le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire : (...) »

4° De s'abstenir de toute activité non autorisée ; (...) »

- CSS, Art. L.323-6.

1077. Le principe d'incompatibilité entre arrêt de travail et exercice d'une activité. Le bénéfice d'un arrêt de travail pour maladie repose sur la constatation d'une incapacité effective du salarié à exercer un emploi. Si l'état de santé permet la poursuite de l'activité professionnelle habituelle ou l'exercice d'un autre emploi, l'arrêt ne se justifie pas. Cette incompatibilité s'étend au-delà des seules activités professionnelles : l'article L.323-6 du Code de la sécurité sociale prohibe toute activité, qu'elle soit ou non rémunérée, sauf autorisation expresse. Ce

¹¹⁴⁶ Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, p. 1-123. Règlement (CE) n°987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n°883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, p.1-42.

¹¹⁴⁷ En dehors de ces territoires, l'assuré peut bénéficier de prestations en espèces uniquement s'il existe une convention ou un règlement le prévoyant entre la France et le pays dans lequel il se situe (CSS, Art. L.160-7).

régime dépasse les obligations classiques de loyauté et de non-concurrence envers l'employeur : il constitue une exigence autonome, tournée vers la protection de la santé de l'assuré et le respect des conditions d'octroi des indemnités journalières.

1078. En cas de violation, la sanction relève de la compétence de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), et non de l'employeur, sauf si un manquement distinct au contrat de travail peut être démontré.

1079. Un principe ancien à portée générale. La règle d'abstention trouve ses origines dans l'arrêté du 19 juin 1947 (art. 37)¹¹⁴⁸, qui interdisait à l'assuré toute activité, rémunérée ou non, sans autorisation médicale préalable. Codifiée aux articles L.323-6 et L.324-1 (affection de longue durée), elle s'applique indépendamment du caractère habituel¹¹⁴⁹ ou lucratif¹¹⁵⁰ de l'activité. Elle repose sur un postulat strict : le salarié en arrêt est présumé inapte à toute activité, non seulement à la poursuite de son emploi initial mais également à l'engagement dans une activité nouvelle¹¹⁵¹. Cette présomption joue dans les deux sens : tant que l'incapacité perdure, l'activité est prohibée ; inversement, dès que la capacité est recouvrée, la reprise professionnelle devient un devoir juridique, non une simple faculté.

1080. L'extension aux activités extraprofessionnelles. La portée de l'interdiction est telle qu'elle embrasse également des activités relevant de la sphère personnelle, associative ou citoyenne. Le Code ne dresse pas de liste exhaustive des activités soumises à autorisation ; la détermination est essentiellement prétorienne. La jurisprudence a ainsi inclus : l'exercice de mandats de représentation du personnel¹¹⁵² ou l'utilisation des heures de délégation¹¹⁵³ ; la

¹¹⁴⁸ Arrêté du 19 juin 1947 fixant le règlement intérieur modèle provisoire des caisses primaires d'assurance maladie pour le service des prestations, mod. Arr. n°1980-01-07.

¹¹⁴⁹ Cass. Soc., 4 juin 1971, n°70-10.745, *Bull. civ.* 1971, V, n° 424 : en l'espèce, le salarié avait aidé à servir les clients du café tenu par son conjoint au cours de son arrêt maladie. Il n'est pas nécessaire d'établir que l'activité professionnelle était habituelle.

¹¹⁵⁰ Cass. Civ. 2^{ème}, 25 juin 2009, n°08-17.594 ; A. BUGADA, « Contrôle judiciaire de la sanction à caractère punitif infligée par un organisme de sécurité sociale », *La Semaine juridique – Social*, juillet 2010, n° 28, p. 38-40.

¹¹⁵¹ Le caractère impératif de l'activité pour le travail du salarié ne permet pas de déroger à cette prohibition (Cass. Civ. 2^{ème}, 22 févr. 2007, n°05-20.353). Il s'agissait en l'espèce d'un délégué pharmaceutique ayant participé à un séminaire professionnel.

¹¹⁵² Cass. Civ. 2^{ème}, 9 déc. 2010, n°09-17.449, publié : *Gaz. Pal.*, 2011, n°63-64, p. 48, note N. Chenevoy ; *JCP S*, 2011, n°9, p. 51, note T. Tauran ; *JSL*, 2011, n°294, p. 17, note M. Hautefort.

¹¹⁵³ Cass. Mixte, 21 mars 2014, n°12-20.002, publié.

participation à des compétitions sportives¹¹⁵⁴ ; des loisirs tels que le jardinage¹¹⁵⁵ ou la participation à un spectacle musical¹¹⁵⁶. Certaines dérogations sont admises, mais strictement encadrées : l'autorisation peut viser la poursuite de mandats électifs ou la participation à des actions de formation ou d'accompagnement organisées en lien avec la CPAM, sous réserve de l'accord du médecin-conseil¹¹⁵⁷.

1081. S'agissant des activités sportives, l'interdiction est quasi absolue : aucune discipline ne peut être pratiquée, même pendant les heures de sortie autorisées¹¹⁵⁸, sans autorisation expresse¹¹⁵⁹. La mention « sorties libres » est inopérante, la jurisprudence exigeant une indication spécifique et circonstanciée¹¹⁶⁰.

1082. L'exigence d'une autorisation médicale précise et circonstanciée. L'autorisation, pour être valable, doit mentionner avec précision la nature de l'activité autorisée¹¹⁶¹. Une formulation vague ou générale est dépourvue d'effet juridique. La justification est double : médicale, car l'activité ne doit pas compromettre le processus thérapeutique ; normative, car l'Assurance maladie doit pouvoir exercer un contrôle effectif sur la compatibilité de l'activité avec la pathologie déclarée. Dans certaines affections, la reprise partielle d'activités sociales ou physiques peut participer à la guérison, justifiant une appréciation individualisée par le médecin prescripteur. Celui-ci, en tant que gardien de l'opportunité médicale, joue un rôle central dans l'articulation entre repos prescrit et maintien d'un lien social minimal.

1083. Les freins socio-juridiques à l'exercice d'activités pendant l'arrêt. En dépit de cette possibilité d'autorisation, les salariés sollicitent rarement l'exercice d'une activité durant un

¹¹⁵⁴ Cass. Civ. 2^{ème}, 9 déc. 2010, n°09-16.140, publié : *JCP S*, 2011, n°9, p. 51, note T. Tauran ; *JCP G*, 2010, n°52, p. 2443, note C. Lefranc-Hamoniaux ; *RJS*, 2008, n°2, p. 160.

¹¹⁵⁵ Cass. Soc., 19 oct. 1988, n°86-14.256, publié : ici les travaux portaient sur la taille de vignes.

¹¹⁵⁶ Cass. Civ. 2^{ème}, 9 avr. 2009, n°07-18.294.

¹¹⁵⁷ CSS, Art. L.S23-3-1 ; CSS, Art. L.433-1 ; C. Trav., Art. L.1226-1-1 ; C. Trav., Art. L.1226-7.

¹¹⁵⁸ Cass. Civ. 2^{ème}, 9 déc. 2010, n° 09-16.140, *op. cit* ; Cass. Civ. 2^{ème}, 9 déc. 2010, n°09-14.575, publié : *JCP S*, 2011, n°9, p. 51, note T. Tauran ; *BJT*, 2011, n°227, p. 56, note F-J. Pansier ; *JCP G*, 2010, n°52, p. 2443, note C. Lefranc-Hamoniaux ; *Lexbase Social*, 2011, n°422, note Ch. Willmann.

¹¹⁵⁹ CSS, Art. L.323-6.

¹¹⁶⁰ Cass. Civ. 2^{ème}, 9 déc. 2010, n°09-14.575, *op. cit* ; Cass. Civ. 2^{ème}, 9 déc. 2010, n°09-16.140, *op. cit*.

¹¹⁶¹ Cass. Civ. 2^e, 16 mai 2024, n° 22-14.402, publié : *JCP S*, 2024, n°24, p. 51-53, note E. Jeansen ; *Gaz. Pal.*, 2024, n°28, p. 45, note D. Ronet-Yague.

– *Autorisation médicale a posteriori sans effet.* – La Cour de cassation précise que la production ultérieure d'un certificat médical ne peut régulariser l'exercice d'une activité interdite pendant un arrêt de travail. En l'espèce, une salariée avait pratiqué une activité physique pendant son arrêt et produit après coup des attestations médicales recommandant cette activité pour sa pathologie. La Haute juridiction confirme que seule une autorisation préalable et expresse du médecin prescripteur a valeur légale, rendant toute validation a posteriori juridiquement inefficace.

arrêt maladie. Plusieurs facteurs expliquent cette réticence. La première tient à la crainte d'une réprobation sociale, dans un contexte où le salarié en arrêt est encore fréquemment soupçonné d'abus par l'employeur ou ses collègues. La seconde réside dans le risque assurantiel, puisque l'exercice non autorisé d'une activité expose à la suppression rétroactive des indemnités journalières et à leur remboursement, la politique de l'Assurance maladie étant, en la matière, d'une rigueur constante¹¹⁶². Enfin, l'engagement dans une contestation contentieuse pour défendre la légitimité d'une activité non autorisée apparaît souvent disproportionné au regard des enjeux financiers. Ce régime de contrainte ne prend fin qu'avec la cessation effective de l'incapacité de travail, laquelle peut intervenir avant l'expiration de la durée initialement fixée par la prescription médicale.

C. La reprise anticipée volontaire en cas d'amélioration de l'état de santé

« Le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire : (...) »

5° D'informer la caisse de toute reprise d'activité intervenant avant l'écoulement du délai de l'arrêt de travail ; (...) »

- CSS, Art. L.323-6.

1084. Le principe de la reprise anticipée. Le régime légal de l'arrêt de travail pour maladie admet la possibilité pour le salarié de reprendre son activité professionnelle avant l'échéance fixée par le certificat médical. Une telle reprise a pour effet immédiat de rétablir le versement du salaire, en lieu et place des indemnités journalières. Elle ne constitue toutefois pas une obligation pour l'assuré. Cette absence de contrainte est parfois critiquée, dès lors que l'arrêt maladie repose sur le constat médical d'une incapacité temporaire d'exercer toute activité professionnelle au sens large, et non uniquement l'emploi habituel¹¹⁶³. Si cette incapacité disparaît, la justification même de l'arrêt est remise en cause : l'indemnisation au titre des

¹¹⁶² Cass. Civ. 2^e, 16 oct. 2025, n° 23-18.113 – *Limitation du remboursement des IJSS en cas d'activité non autorisée*. – La Cour de cassation confirme que le salarié qui perçoit des indemnités journalières de sécurité sociale (IJSS) tout en exerçant une activité non autorisée est tenu de les rembourser. En l'espèce, le salarié dirigeait un club de pétanque et participait à des compétitions. La cour d'appel avait limité le remboursement au regard du caractère limité et ponctuel des manquements (14 infractions sur 20 mois), et la Cour de cassation a approuvé cette pondération. Cette décision illustre une pratique fréquente : en matière de remboursement d'IJSS, les juridictions tendent à moduler la sanction financière afin de limiter l'impact économique sur le salarié, en appréciant la gravité, la durée et la fréquence des irrégularités constatées.

¹¹⁶³ Cass. Soc., 16 déc. 1968, n° 67-1.116, publié.

prestations en espèces ne devrait plus être maintenue, et la reprise d'une activité professionnelle — qu'il s'agisse du poste antérieur ou d'un autre emploi¹¹⁶⁴ — devrait, en théorie, devenir une conséquence nécessaire. L'option laissée au salarié soulève donc une interrogation de cohérence : comment admettre que l'assuré physiquement apte à reprendre son activité puisse différer ce retour, alors même que la condition médicale initiale n'est plus remplie ?

1085. L'absence de cadre légal formel. Aucune disposition légale ne fixe les conditions de la reprise anticipée. En pratique, il est généralement admis que le salarié doit obtenir un certificat médical l'y autorisant, délivré à l'issue d'une consultation destinée à vérifier son aptitude à reprendre. Cette autorisation peut émaner du praticien ayant prescrit l'arrêt ou d'un autre médecin, mais non du médecin du travail, qui n'est pas compétent à cette fin. Si la reprise est médicalement validée, le certificat de reprise est établi et, le cas échéant, précédé d'examens complémentaires. Cette procédure exclut toute appréciation purement subjective par le salarié de sa capacité à reprendre : il s'agit de prévenir les risques liés à une reprise prématurée, qui pourrait compromettre le rétablissement. Elle vise également à limiter les situations dans lesquelles la décision de reprise anticipée serait influencée par des pressions, explicites ou implicites, exercées par l'employeur.

1086. Si aucune disposition légale n'impose formellement l'accord de l'employeur, il est de bonne pratique que le salarié obtienne son aval, en particulier lorsque le retour anticipé est susceptible d'engager la responsabilité de l'entreprise au titre de son obligation de sécurité. En l'absence de certificat médical, l'employeur est tenu de refuser la reprise, de manière à éviter toute mise en danger du salarié ou toute exposition à une action en responsabilité. Ainsi, même si l'initiative appartient en premier lieu au salarié, la faisabilité de la reprise repose sur une concertation minimale avec l'employeur, laquelle participe de la sécurisation juridique du processus.

1087. L'obligation d'information de l'employeur. Dès qu'il dispose du certificat médical de reprise, le salarié doit informer son employeur afin de permettre l'organisation matérielle et administrative de son retour. Cette information est d'autant plus importante que, lorsque l'arrêt a duré plus de soixante jours, elle déclenche l'obligation d'organiser une visite de reprise auprès

¹¹⁶⁴ Cass. Soc., 29 avr. 1980, n° 78-14.878, publié ; Cass. Soc., 26 avr. 1990, n° 88-10.802.

du médecin du travail¹¹⁶⁵. Si l'absence du salarié avait donné lieu à un remplacement, cette notification permet également à l'employeur de mettre fin au contrat à durée déterminée conclu pour ce motif. Aucun délai légal ne borne toutefois cette obligation, et son inexécution n'est assortie d'aucune sanction spécifique. Elle se borne à priver le salarié de la possibilité de reprocher à l'employeur de ne pas avoir organisé la visite médicale de reprise, faute pour ce dernier d'avoir été informé de la fin anticipée de l'arrêt.

1088. L'obligation d'information de la caisse d'assurance maladie. La reprise anticipée doit également être portée sans délai à la connaissance de la caisse primaire d'assurance maladie¹¹⁶⁶. Cette formalité permet à l'organisme de déterminer la date exacte à laquelle doit cesser le versement des indemnités journalières. Si la loi n'impose pas une forme particulière, l'écrit est recommandé pour des raisons probatoires. Le défaut d'information entraîne l'obligation pour le salarié de rembourser les prestations perçues au-delà de la date de reprise, ce remboursement n'ayant pas le caractère d'une sanction mais d'une restitution de sommes indûment versées.

1089. Le régime applicable en cas de subrogation. Lorsque l'employeur est subrogé dans les droits du salarié et perçoit directement les indemnités journalières, il lui appartient d'informer la caisse dans un délai de cinq jours. Cette information s'effectue selon des modalités strictement définies : par la déclaration sociale nominative, par le portail « Net-entreprises.fr », au moyen d'une attestation de salaire, ou encore par le formulaire CERFA n° 11135*04 accompagné d'une attestation papier. L'exigence est ainsi plus rigoureuse à l'égard de l'employeur qu'à l'égard du salarié. Le défaut d'information entraîne la restitution des sommes indûment perçues¹¹⁶⁷ et peut, en outre, justifier l'application d'une sanction financière sur le fondement des articles L.323-6-1 et L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale¹¹⁶⁸.

¹¹⁶⁵ Décret n°2022-372 du 26 avril 2022 relatif à la surveillance post-exposition, aux visites de pré-reprise et de reprise des travailleurs ainsi qu'à la convention de rééducation professionnelle en entreprise : pour les arrêts ayant débuté avant le 1^{er} avril 2022, le curseur était à 30 jours.

¹¹⁶⁶ CSS, Art. L.323-6 ; CSS, Art. L.315-1.

¹¹⁶⁷ CSS, Art. L.323-6-1, Al 3.

¹¹⁶⁸ « (...) III.-Le montant de la pénalité mentionnée au I est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés, soit proportionnellement aux sommes concernées dans la limite de 70 % de celles-ci, soit, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables forfaitairement dans la limite de quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'Etat pour la fixation de la pénalité.

Le montant de la pénalité est doublé en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire. (...) » (CSS, Art. L.114-17-1).

1090. Une incohérence persistante dans le régime de l'arrêt maladie. L'absence d'obligation de reprise anticipée, alors même que l'incapacité de travail a disparu, coexiste avec la possibilité de sanctionner un arrêt jugé injustifié à l'issue d'un contrôle médical diligenté pendant la suspension du contrat. Cette dualité révèle une tension interne au régime juridique de l'arrêt maladie, oscillant entre la reconnaissance d'une marge d'appréciation laissée au salarié et la volonté de sanctionner toute perception indue de prestations. Elle interroge la cohérence d'ensemble du dispositif, notamment au regard du principe même qui fonde le bénéfice de l'arrêt : l'incapacité temporaire d'exercer une activité professionnelle.

II. Le contrôle de la réalité de la maladie et du respect des obligations

1091. L'arrêt de travail pour maladie occupe une place centrale dans la protection sociale, garantissant au salarié empêché d'exécuter sa prestation de travail le maintien partiel de ses ressources. Ce dispositif repose sur un principe de confiance : celle accordée au médecin prescripteur, à l'assuré qui en bénéficie, et aux organismes qui en assurent la prise en charge. Pourtant, la suspicion n'est jamais totalement absente, et la tentation d'y répondre par un renforcement des contrôles est récurrente dans le débat public.

1092. Les données disponibles relativisent toutefois l'ampleur du phénomène. Selon l'organisme NAXOS, 8 % seulement des arrêts seraient injustifiés ou ne le seraient plus au moment du contrôle, et près d'un tiers des suspensions d'indemnisation résultent simplement de l'absence du salarié à son domicile aux heures réglementaires¹¹⁶⁹. La fraude, réelle mais circonscrite, ne saurait donc résumer les difficultés du système. Miser exclusivement sur un durcissement des vérifications revient à méconnaître les déterminants profonds de l'augmentation des arrêts de travail en France, lesquels tiennent pour une large part à l'organisation du travail et à l'échec de la prévention.

1093. Pour autant, il serait inexact de prétendre que la France se montre dépourvue de moyens de contrôle. Notre droit connaît déjà un dispositif dense, mobilisant tant l'employeur — par la contre-visite médicale — que la caisse primaire d'assurance maladie, qui dispose de ses propres prérogatives¹¹⁷⁰. Ces procédures peuvent se cumuler, mais obéissent chacune à un cadre

¹¹⁶⁹ Naxos.fr, site consulté le 30 octobre 2023. Naxos est un organisme qui a pour activité la contre-visite médicale au bénéfice des entreprises et des collectivités.

¹¹⁷⁰ Tout autre dispositif serait sans valeur. Un huissier de justice n'est par exemple pas compétent pour contrôler un salarié arrêté pour maladie : Cass. Soc., 24 janv. 2002, n°00-18.215, publié.

juridique strict dont la méconnaissance neutralise toute sanction. L'analyse de ce système, de ses forces comme de ses failles, suppose d'examiner successivement le contrôle exercé à l'initiative de l'employeur (A) et celui diligenté par la CPAM (B).

A. La contre-visite employeur

1094. La critique récurrente adressée au régime français de l'arrêt maladie vise la faiblesse supposée des contrôles et l'inefficacité des sanctions applicables en cas d'abus. Selon cette vision, le salarié indûment arrêté ne serait guère dissuadé de persister dans son comportement, le cadre juridique offrant, sinon un blanc-seing, du moins un terrain favorable à l'instrumentalisation de l'arrêt de travail. Une telle lecture mérite cependant d'être nuancée.

1095. En réalité, le contrôle à l'initiative de l'employeur n'est pas ouvert à tous ni en toutes circonstances. Lorsqu'il est possible, il ne porte que sur un pan limité des obligations du salarié en arrêt maladie (1). Pour autant, la procédure existe et, loin de constituer un véritable parcours du combattant, elle se révèle en pratique d'une mise en œuvre relativement aisée et rapide (2). Le principal obstacle tient à son coût — généralement compris entre 100 et 150 euros lorsqu'elle est confiée à un prestataire —, non à sa complexité.

1096. Outil ciblé de lutte contre les abus, la contre-visite permet de vérifier la présence du salarié à son domicile aux heures prévues et de contrôler la justification médicale de l'arrêt de travail. En cas d'absence injustifiée ou d'arrêt dépourvu de fondement, tant la caisse primaire d'assurance maladie que l'employeur peuvent interrompre le versement des indemnités (3).

1. L'organisation encadrée de la contre-visite

1097. La contre-visite présente un intérêt évident pour l'employeur : elle constitue un moyen direct de vérifier que l'état de santé du salarié justifie effectivement l'arrêt de travail. En ce sens, elle participe à la lutte contre les arrêts de complaisance, c'est-à-dire dépourvus de fondement médical réel. Son champ d'application est large : tous les arrêts de travail peuvent, en principe, donner lieu à une telle vérification, quelle qu'en soit la cause — maladie simple, affection de longue durée, accident du travail ou maladie professionnelle. Cette amplitude théorique ne doit toutefois pas masquer les limites juridiques et pratiques du dispositif.

1098. Une condition préalable restrictive. Seuls les employeurs tenus de verser au salarié un complément aux indemnités journalières peuvent initier une contre-visite¹¹⁷¹. Le complément peut être prévue par la loi, notamment à l'article L. 1226-1 du Code du travail, ou découler d'une stipulation conventionnelle. Cette condition ne suppose pas nécessairement le maintien intégral de la rémunération : il suffit que l'employeur supporte une charge financière, même partielle, liée à l'absence. Cette exigence écarte de facto une large partie des entreprises du dispositif, les privant d'un moyen de contrôle, même en cas de suspicion d'abus manifeste. Cette restriction, souvent critiquée au nom de la prévention de la fraude, trouve cependant une justification dans la logique contractuelle : la suspension du contrat de travail éteint temporairement le lien de subordination et, corrélativement, les obligations réciproques. Lorsque l'absence ne génère aucun coût direct pour l'entreprise, le législateur considère qu'aucun intérêt légitime ne justifie l'instauration d'un contrôle médical par l'employeur.

1099. Un objet limité. Ensuite, le contrôle porte exclusivement sur deux aspects : la présence du salarié à son domicile aux heures prévues et la réalité médicale de l'arrêt de travail. Il s'agit d'une vérification ponctuelle, effectuée à un moment précis, lorsque le médecin-contrôleur se rend au domicile. Cette instantanéité introduit une part d'aléa favorable au salarié : il peut ne pas respecter régulièrement les prescriptions médicales mais se trouver présent lors de la visite, échappant ainsi à toute sanction. Par ailleurs, la contre-visite ne permet pas de vérifier certaines obligations, notamment l'interdiction d'exercer une activité professionnelle durant l'arrêt, cette appréciation relevant d'autres mécanismes probatoires. Le rôle du médecin-contrôleur se limite à l'évaluation de la compatibilité de l'état de santé avec l'arrêt de travail.

1100. Une exclusion territoriale. Le dispositif de contre-visite ne s'applique pas dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle. Si le salarié y réside ou y exerce son activité, l'employeur ne peut recourir à ce contrôle médical. En dehors de cette exception, la procédure est caractérisée par une grande liberté quant à ses modalités pratiques, ce qui permet aux employeurs qui y sont éligibles d'en user de manière flexible.

2. La liberté des modalités de contrôle

1101. La souplesse organisationnelle du recours au médecin-contrôleur. La procédure de contre-visite repose sur une grande liberté laissée à l'employeur dans le choix du médecin-

¹¹⁷¹ Cass. Soc., 22 nov. 1984, n°82-43.370 ; Cass. Soc., 31 janv. 1995, n°91-42.972 ; Cass. Soc., 14 juin 1995, n°91-44.831.

contrôleur¹¹⁷². Deux voies lui sont ouvertes : il peut soit mandater directement un praticien, soit recourir à un organisme privé chargé de l'orienter vers un médecin exerçant dans la zone géographique concernée. Cette liberté de choix est toutefois encadrée par une interdiction notable : le médecin du travail, qu'il soit interne à l'entreprise ou rattaché à un service interentreprises, ne peut en aucun cas procéder à une contre-visite. Son rôle est limité à la surveillance de la santé des travailleurs dans le cadre de la relation de travail, et non à la vérification ponctuelle d'un arrêt maladie. En pratique, la mission est confiée à un médecin généraliste ou à un spécialiste, dont la compétence est strictement cantonnée à l'évaluation de la justification médicale de l'arrêt, sans intrusion dans le suivi médical habituel du salarié¹¹⁷³.

1102. Le libre choix du moment du contrôle. L'employeur, de concert avec le médecin mandaté, détermine librement la date et l'heure de la contre-visite, sans obligation d'en avertir préalablement le salarié¹¹⁷⁴. Cette latitude confère à l'employeur un avantage stratégique certain, lui permettant de cibler des moments précis en fonction de ses soupçons. Toutefois, cette liberté se heurte à une exigence impérative : le contrôle ne peut s'effectuer que durant les périodes de présence obligatoire du salarié à son domicile¹¹⁷⁵, telles que définies par l'avis médical initial¹¹⁷⁶. En cas de mention « sorties libres », le salarié doit indiquer l'adresse et les horaires où il peut être contrôlé¹¹⁷⁷. Le non-respect de cette règle prive l'employeur de la possibilité de suspendre valablement le versement des indemnités complémentaires, la jurisprudence veillant à éviter toute sanction disproportionnée en cas d'absence légitime¹¹⁷⁸.

1103. Le déroulement formel de la contre-visite médicale : un dispositif rénové et codifié. Le décret du 5 juillet 2024, entré en vigueur le lendemain de sa publication, a profondément modifié le régime juridique de la contre-visite médicale en introduisant les articles R. 1226-10 à R. 1226-12 dans le Code du travail¹¹⁷⁹. Ce texte vient combler un vide réglementaire ancien, puisque l'article L. 1226-1, issu de l'ordonnance du 12 mars 2007¹¹⁸⁰, renvoyait depuis 2008 à un décret d'application jamais publié. En son absence, la Cour de cassation avait pris soin de

¹¹⁷² Cass. Soc., 20 oct. 2015, n°13-26.890 : *RJS*, 2016, n°1, p. 32.

¹¹⁷³ Cass. Soc., 2 juill. 1980, n°79-40.263, publié.

¹¹⁷⁴ Cass. Soc., 5 oct. 1983, n°81-40.204, publié.

¹¹⁷⁵ Cass. Soc., 26 sept. 2012, n°11-18.937.

¹¹⁷⁶ Cass. Soc., 30 mai 2007, n°06-42.396.

¹¹⁷⁷ C. Trav., Art. R.1226-10.

¹¹⁷⁸ Cass. Soc., 4 févr. 2009, n°07-43.430, publié : *RDT*, 2009, n°5, p. 301, obs. M. Véricel ; *JCP S*, 2009, 23, p. 24, note T. Lahalle ; Cass. Soc., 30 mai 2007, n°06-42.396.

¹¹⁷⁹ Décret n°2024-692 du 5 juillet 2024 relatif à la contre-visite mentionnée à l'article L. 1226-1 du code du travail.

¹¹⁸⁰ Ord. n°2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail.

combler le silence du législateur, en construisant un régime prétorien du contrôle médical, fondé sur la loyauté du salarié, le respect du secret médical et la proportionnalité de l'ingérence dans la vie privée. Le décret de 2024 formalise ainsi un dispositif longtemps forgé par la pratique et la jurisprudence, en y apportant des ajustements significatifs.

1104. Désormais, la contre-visite peut être diligentée à tout moment de l'arrêt de travail, selon l'une des deux modalités laissées au choix du médecin-contrôleur¹¹⁸¹. D'une part, la contre-visite peut s'effectuer au domicile du salarié, ou au lieu qu'il a communiqué en application de l'article R. 1226-10¹¹⁸². Le médecin peut s'y présenter sans préavis, en dehors des heures de sortie autorisées fixées par l'article R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale, ou, le cas échéant, aux heures déclarées par le salarié. La suppression de toute exigence de délai de prévenance renforce la dimension inopinée du contrôle, censée garantir son efficacité, mais accentue corrélativement la tension entre le pouvoir de vérification de l'employeur et le droit au respect de la vie privée du salarié. D'autre part - et c'est là la principale nouveauté du dispositif -, la contre-visite peut désormais avoir lieu au cabinet du médecin, sur convocation adressée par tout moyen conférant date certaine. Le salarié est tenu de s'y présenter, sauf impossibilité justifiée, notamment par son état de santé, qu'il doit alors signaler et motiver. Cette nouvelle modalité confère au dispositif une souplesse inédite, permettant d'adapter le contrôle à la situation concrète de l'arrêt de travail.

1105. Le salarié ne dispose d'aucune faculté de refus¹¹⁸³ et ne peut exiger la présence de son médecin traitant. Ce contrôle échappe donc au principe du contradictoire¹¹⁸⁴, ce qui, d'un point de vue doctrinal, interroge sur l'équilibre des droits des parties. Le rapport établi par le médecin se borne à deux éléments : la possibilité ou non de réaliser l'examen et l'appréciation de la justification médicale de l'arrêt¹¹⁸⁵. En vertu du secret médical, toute information relative à la nature exacte de l'affection est exclue. Le praticien transmet ses conclusions à l'employeur et,

¹¹⁸¹ C. Trav., Art. R.1226-11.

¹¹⁸² Il appartient pour cela à l'employeur de communiquer au professionnel de santé l'adresse personnelle du salarié. La transmission de cette information n'est pas contraire à la vie privée du salarié (Cass. Soc., 2 juin 1981, n°80-10.935, publié). Si le salarié en a obtenu l'autorisation préalable par la caisse d'assurance maladie, il est possible que son lieu de résidence soit différent de son domicile au cours de son arrêt maladie. Dans cette hypothèse, le salarié est tenu de communiquer cette adresse à son employeur. En cas de refus, l'employeur est légitime à interrompre le versement du complément d'indemnités. La contre-visite doit ainsi pouvoir être organisé même si le salarié est en dehors du territoire français (Cass. Soc., 5 juill. 1995, n°92-40.235, publié).

¹¹⁸³ Plusieurs exceptions existent. À titre d'exemple, si l'examen médical est extrêmement douloureux : Cass. Soc., 13 févr. 1996, n°92-40.713, publié.

¹¹⁸⁴ Cass. Soc., 22 juill. 1986, n°84-41.588, publié.

¹¹⁸⁵ C. Trav., Art. R.1226-12.

sous quarante-huit heures, à la caisse primaire d'assurance maladie¹¹⁸⁶. Le salarié conserve la faculté de les contester¹¹⁸⁷ ou de justifier a posteriori son absence en cas de contre-visite manquée pour un motif légitime.

1106. L'efficacité relative de la contre-visite. L'issue de la contre-visite ne produit aucun effet automatique : les suites dépendent de l'initiative conjointe de l'employeur et de la caisse primaire. Cette absence de conséquence immédiate, conjuguée à des sanctions qui demeurent limitées, réduit la portée dissuasive du dispositif. Si la contre-visite constitue un outil de contrôle ponctuel du respect des obligations du salarié en arrêt maladie, sa capacité réelle à endiguer les comportements abusifs apparaît, en définitive, relative. Cette constatation alimente une réflexion plus large sur l'équilibre entre le droit au repos thérapeutique et la nécessité de prévenir l'instrumentalisation du système.

3. L'inefficacité des sanctions pour prévenir les abus

1107. Le médecin-contrôleur, à l'issue de sa visite, peut formuler trois types de constatations engageant la responsabilité du salarié : son absence au domicile au moment du contrôle, son refus de s'y soumettre, ou l'absence de justification médicale de l'arrêt de travail. Ces constatations ouvrent la voie à deux principales conséquences pratiques pour le salarié, qui soulèvent cependant des limites importantes dans la prévention effective des comportements abusifs.

1108. L'interruption du complément employeur. D'abord, l'employeur peut décider de suspendre le versement du complément d'indemnités dont il est tenu, immédiatement après réception de l'avis défavorable du médecin-contrôleur. Sur le plan juridique, cette suspension repose soit sur l'inexécution par le salarié de son obligation de présence au domicile (article 1217 du code civil), soit sur le non-respect des conditions légales d'octroi du complément employeur, conditionné par l'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident (article L.1226-1 du code du travail). Il convient toutefois de relever que des clauses conventionnelles peuvent limiter voire interdire cette suspension, témoignant d'une volonté de protéger les salariés contre des sanctions immédiates et brutales. Cette régulation conventionnelle souligne un équilibre recherché entre protection sociale et pouvoir de contrôle.

¹¹⁸⁶ CSS, Art. L.315-1.

¹¹⁸⁷ Pour cela, le salarié doit demander l'avis d'un expert judiciaire auprès du conseil des prud'hommes.

1109. L'absence de sanctions disciplinaires ou pécuniaires. Au-delà de la suspension du complément employeur, l'employeur est juridiquement contraint dans ses moyens d'action. Il ne peut ni exiger le remboursement des indemnités déjà versées, ni engager une sanction disciplinaire fondée exclusivement sur le résultat de la contre-visite¹¹⁸⁸. La jurisprudence est claire sur ce point : un licenciement fondé uniquement sur le non-respect de la prescription médicale¹¹⁸⁹ ou sur une absence du domicile¹¹⁹⁰ est régulièrement annulé. Par ailleurs, le droit interdit au chef d'entreprise d'imposer au salarié une reprise forcée du travail. Cette restriction limite drastiquement la portée coercitive du contrôle médical employeur, qui, bien que conçu comme un outil de prévention des abus, se heurte ici à un cadre protecteur des droits du salarié.

1110. L'interruption du versement des indemnités journalières. Parallèlement, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) peut, sur la base du rapport du médecin-contrôleur, décider d'interrompre le versement des indemnités journalières, conséquence logique du non-respect des critères d'éligibilité au régime d'arrêt maladie. Cependant, cette décision n'est ni immédiate ni automatique. Le rapport, transmis au service médical de la CPAM, fait l'objet d'une étude préalable. Cette temporalité entraîne un décalage entre la constatation de l'abus et la réaction administrative, permettant au salarié de prolonger, en pratique, un arrêt injustifié. Cette lenteur bureaucratique illustre une faiblesse structurelle du système, qui compromet son efficacité dissuasive.

1111. La procédure de contestation et les garanties procédurales du salarié. En outre, le salarié bénéficie d'un droit de contestation, par la demande d'un second examen médical dans un délai de dix jours¹¹⁹¹, et la CPAM elle-même peut engager un nouveau contrôle. Le réexamen est impératif en cas d'absence constatée lors du premier contrôle. Cette double possibilité de recours illustre un dispositif qui, s'il protège légitimement le salarié contre les erreurs ou abus, tend également à affaiblir la sanction et la prévention des arrêts injustifiés.

1112. Le risque encouru par le salarié se limite souvent à la perte du droit aux indemnités journalières, un risque dont l'effet dissuasif est atténué dès lors que la reprise de l'activité

¹¹⁸⁸ Cass. Soc., 10 nov. 1998, n°96-42.969, publié : *JCP E*, 1999, n°25, p. 1109, obs. C Puigelier.

¹¹⁸⁹ Cass. Soc., 4 juin 2002, n°00-40.894, publié : *BJT*, 2002, n°143, p. 388, note C. Charbonneau ; *JSL*, 2002, n°105, p. 10, note M-C Haller ; *JCP E*, 2003, n°20, p. 864, note C. Vigneau.

¹¹⁹⁰ Cass. Soc., 11 juin 2003, n°02-42.818 : *JSL*, 2003, n°128, p. 19, note M-C Haller ; Cass. Soc., 12 oct. 2011, n°10-16.649, publié : *RDT*, 2011, n°12, p. 698, obs. S. Maillard-Pinon ; *JCP S*, 2012, n°4, p. 30, note B. Bossu ; *JSL*, 2011, n°310, p.21, note F. Lalanne.

¹¹⁹¹ Décret n°2010-957 du 24 août 2010 relatif au contrôle des arrêts de travail.

professionnelle est effective, supprimant la perte de salaire. Cette situation conduit à une interrogation doctrinale majeure : le dispositif de contrôle, aussi rigoureux soit-il sur le papier, ne parvient pas pleinement à concilier efficacement protection sociale et lutte contre la fraude.

B. Le contrôle par la sécurité sociale

« Le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire : (...) »

2° De se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical prévus à l'article L. 315-2 ; (...) »

- CSS, Art. L.323-6.

1113. L'arrêt maladie, tout en constituant un droit fondamental de l'assuré social, est assorti d'un certain nombre d'obligations, parmi lesquelles figure le respect strict de la prescription médicale. En contrepartie, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) est tenue au versement d'indemnités journalières destinées à compenser la perte de salaire résultant de l'incapacité de travail. Ce lien contractuel de nature administrative crée un équilibre fondamental, reposant sur des engagements réciproques et assorti de sanctions en cas de manquement.

1114. Or, la nécessité de prévenir les abus dans ce régime d'indemnisation impose à la CPAM de disposer de moyens de contrôle adaptés et efficaces. La procédure de contrôle médical organisée par la sécurité sociale (1) présente des similitudes avec celle de la contre-visite employeur, mais elle se heurte à des limites majeures, tant en matière d'effectivité que de temporalité, ce qui tend à réduire son impact réel. En effet, entre un dispositif parfois insuffisant et des sanctions peu dissuasives, la lutte contre les fraudes et abus demeure largement perfectible (2).

1115. Par ailleurs, ce contrôle ne se limite pas à l'assuré lui-même : il peut également viser les médecins prescripteurs, au titre d'une régulation visant à limiter les abus dans la délivrance des arrêts de travail. Chaque CPAM, dans son ressort géographique, est ainsi compétente pour

détecter et sanctionner les pratiques médicales potentiellement abusives, renforçant ainsi la dimension collective et systémique du contrôle de l'arrêt maladie¹¹⁹².

1. Des modalités de contrôle inadaptées et tardives

1116. La mise en œuvre du contrôle par la CPAM. La caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dispose d'un pouvoir discrétionnaire pour procéder à tout moment au contrôle médical de l'assuré. Ce contrôle peut intervenir de façon inopinée ou faire suite à une dénonciation, notamment de la part de l'employeur. Ce dernier peut saisir la CPAM par une demande formalisée, comprenant un descriptif succinct des faits, les coordonnées du salarié, le numéro de sécurité sociale ainsi que les pièces justificatives telles que le volet n°3 de l'arrêt maladie¹¹⁹³. Cette procédure administrative, qui s'apparente à un contrôle externe à l'entreprise, se distingue radicalement de la contre-visite organisée directement par l'employeur, puisque c'est l'organisme de sécurité sociale qui décide seul du moment et des modalités du contrôle.

1117. Les critiques relatives à la temporalité et à l'efficacité du dispositif. Cette délégation du contrôle au service médical de la CPAM soulève plusieurs critiques d'ordre pratique et doctrinal. En effet, la rareté des contrôles inopinés et la fréquence excessive des contrôles déclenchés sur dénonciation, assortie à la lourdeur des délais d'instruction, remettent en cause l'efficacité même du dispositif. Le temps souvent long entre la demande et l'exécution du contrôle aboutit fréquemment à une situation paradoxale où le salarié contrôlé n'est plus en arrêt maladie effectif. Une telle temporalité éloigne le contrôle de sa finalité première, qui est la lutte contre les fraudes, et révèle une inadéquation du mécanisme vis-à-vis des arrêts de travail de courte ou moyenne durée. Une perte d'efficacité inhérente à un dispositif trop rigide et tardif doit être soulevée.

1118. L'objet et la nature du contrôle exercé. Le régime du contrôle par la CPAM emprunte plusieurs traits au modèle de la contre-visite employeur, notamment l'obligation pour le salarié de se soumettre au contrôle. Ensuite, celui-ci peut revêtir deux formes distinctes : un contrôle administratif, visant à vérifier la présence du salarié à son domicile en dehors des heures de

¹¹⁹² CSS, Art. L.315-1.

¹¹⁹³ Le site [ameli.fr](https://www.ameli.fr) détaille les éléments attendus dans le cadre d'une demande de contrôle médical ou administratif d'un salarié. Elle précise également les coordonnées du service médical de l'assurance maladie compétent. À titre d'exemple, pour la caisse du Val-d'Oise : <https://www.ameli.fr/val-d-oise/entreprise/modalites-de-contact-assurance-maladie/questions-relatives-vos-salaries-contrrole-medical-anomalie-dsn/demande-de-contrrole-medical-ou-administratif-de-votre-salarie/demande-de-contrrole-medical-ou-administratif-d-un-salarie>.

sorties autorisées, et un contrôle médical, ayant pour objet d'apprécier si l'état de santé du salarié justifie l'arrêt de travail prescrit. Cette dissociation entre contrôle administratif et contrôle médical reflète une logique binaire qui, si elle clarifie la nature de l'intervention, peut aussi fragmenter l'appréhension globale de la situation.

1119. Les suites du contrôle. À l'issue de la visite, le médecin-conseil informe immédiatement l'assuré de sa décision et, le cas échéant, en avise également le médecin traitant. Lorsque l'arrêt de travail est jugé injustifié, la caisse peut suspendre le versement des indemnités journalières, avec pour corollaire un impact direct sur la rémunération de l'assuré.

2. Des conséquences insuffisantes

1120. Le contrôle effectué par le médecin-conseil peut aboutir à des conclusions dont la portée n'est pas neutre pour le salarié. Trois situations principales peuvent être relevées : l'absence de l'assuré à son domicile en dehors des heures de sortie autorisées, le refus de se soumettre au contrôle médical ou encore le constat du caractère médicalement injustifié de l'arrêt de travail. Chacune de ces hypothèses est susceptible d'entraîner une remise en cause du bénéfice du régime de l'arrêt maladie.

1121. La reprise anticipée du travail. Lorsque l'arrêt est jugé injustifié, la première conséquence est la reprise du travail à la date fixée par le médecin-conseil, date ensuite confirmée par la caisse primaire d'assurance maladie. À compter de ce moment, le salarié sort du régime protecteur de l'arrêt maladie et son contrat de travail reprend son cours normal. Cette décision peut être contestée par l'assuré dans un délai de dix jours francs suivant sa notification, le service de contrôle médical disposant alors de quatre jours pour réexaminer la situation. Cette articulation, bien que garantissant un droit de recours, demeure peu efficace dans les arrêts de courte durée où le temps de traitement excède parfois la durée résiduelle de l'arrêt

1122. La suspension des indemnités. La reprise du travail s'accompagne mécaniquement de la suspension du versement des indemnités journalières¹¹⁹⁴. Il ne s'agit pas d'une sanction en soi mais d'une conséquence directe de la perte des conditions d'ouverture du droit à prestation. En pratique, le risque financier pour le salarié est souvent inexistant : le revenu lié à la reprise d'activité compense immédiatement la perte des indemnités. Ce régime, qui ne crée pas de

¹¹⁹⁴ Cass. Civ. 2^{ème}, 30 juin 2011, n°09-17.082, publié ; Cass. Civ. 2^{ème}, 20 sept. 2005, n°04-30.337.

véritable préjudice économique, ne possède donc pas d'effet dissuasif suffisant pour prévenir une utilisation détournée de l'arrêt maladie.

1123. Les sanctions théoriques et leur faible mobilisation. Dans certaines hypothèses aggravées, d'autres mesures peuvent être envisagées : diminution des indemnités journalières en cas de refus de contrôle¹¹⁹⁵, remboursement des prestations indûment perçues, voire condamnation à une pénalité si l'assuré a exercé une activité professionnelle rémunérée durant son arrêt. Cette pénalité, déterminée par le directeur de la CPAM en fonction de la gravité des faits, peut atteindre 50 % des sommes concernées ou, à défaut, deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. En pratique, cependant, la caisse se limite le plus souvent à la suspension des indemnités, laissant rarissimes les cas de remboursement ou de pénalité, sauf lorsque l'employeur apporte directement la preuve des abus¹¹⁹⁶.

1124. Les effets indirects sur la rémunération complémentaire. L'employeur est systématiquement informé par copie du courrier de la CPAM. Sur cette base, il peut suspendre le versement du complément de salaire éventuellement prévu par la loi, la convention collective ou le contrat. Dès lors que le salarié ne remplit plus les conditions requises, l'employeur est libéré de son obligation de maintien de rémunération.

1125. Une portée dissuasive amoindrie. L'insuffisance des contrôles, jointe à la rareté et à la modération des sanctions réellement mises en œuvre, réduit considérablement la portée dissuasive du dispositif. Ce constat met en lumière une faille structurelle : un mécanisme qui, faute de mise en œuvre effective et rapide, ne décourage pas l'instrumentalisation de l'arrêt maladie à des fins étrangères à sa finalité protectrice.

Section II. L'instrumentalisation de l'arrêt maladie

1126. L'arrêt de travail pour maladie occupe une place singulière dans l'architecture de la protection sociale : conçu comme un instrument de solidarité, il vise à garantir au salarié temporairement inapte la possibilité de se soigner sans subir une perte totale de revenu. Mais,

¹¹⁹⁵ Cass. Soc., 4 juin 2002, n°00-40.894, *op. cit.* ; CSS, Art. L.323-6.

¹¹⁹⁶ CSS, Art. L. 162-1-14.

comme tout dispositif protecteur, il n'échappe pas aux risques d'appropriation stratégique. Certains usages, dépourvus de fondement médical réel, traduisent une déviation de sa finalité, au profit d'intérêts personnels ou collectifs qui lui sont étrangers. Ce phénomène, souvent qualifié d'« instrumentalisation », ne constitue pas seulement une question de discipline sociale ; il soulève des enjeux économiques, juridiques et symboliques, touchant à la confiance même dans le système assurantiel.

1127. Les motivations qui sous-tendent cette instrumentalisation ne se confondent pas toutes avec la fraude délibérée. Si certaines pratiques relèvent d'un opportunisme individuel manifeste, d'autres trouvent leur origine dans des carences structurelles : absence de dispositifs alternatifs pour répondre à certaines contraintes professionnelles ou sociales, recours au congé maladie comme exutoire à des tensions internes, voire utilisation du mécanisme comme moyen de pression ou de contestation. Loin d'être un phénomène homogène, l'instrumentalisation de l'arrêt maladie forme ainsi un spectre, allant de l'usage abusif marginal à des pratiques plus ambiguës, parfois tolérées de fait.

1128. Quelle qu'en soit la forme, le coût de ces détournements n'est pas neutre. Il est d'abord collectif, puisque la charge financière est assumée par la sécurité sociale, donc par l'ensemble des cotisants. Il est ensuite organisationnel, car les entreprises doivent pallier l'absence du salarié, souvent dans l'urgence, au détriment de leur continuité opérationnelle. Certes, le droit positif prévoit des mécanismes de sanction — jusqu'à des peines pénales pour l'usage de certificats de complaisance¹¹⁹⁷ —, mais la rareté des condamnations et l'insuffisance des contrôles limitent leur efficacité dissuasive. L'analyse de ces pratiques suppose donc, en amont, d'identifier les logiques d'appropriation par les assurés (I) et, en aval, de mettre en lumière la manière dont les pouvoirs publics mobilisent ce régime à des fins qui dépassent strictement la protection de la santé individuelle (II).

I. Un outil détourné à des fins politiques

1129. L'arrêt de travail pour maladie, loin de n'être qu'un mécanisme technique de protection sociale, est devenu un objet à forte charge symbolique et politique. Régulièrement convoqué dans le débat public, il fait l'objet, à chaque échéance électorale, d'analyses chiffrées et de discours dénonçant l'ampleur supposée de l'absentéisme. Les statistiques relatives aux arrêts maladie sont ainsi mobilisées par les formations politiques de tous horizons comme indicateurs

¹¹⁹⁷ Un an d'emprisonnement et 15.000 euros d'amende : C. Pén., Art. 441-7, al.1.

d'efficacité — ou de défaillance — du système, et servent de support à des argumentations idéologiques en faveur d'un renforcement ou, au contraire, d'une protection accrue des droits sociaux. L'instrumentalisation du thème de l'absentéisme lié à la maladie, et plus précisément de l'arrêt de travail, participe dès lors d'une stratégie politique visant à légitimer des orientations programmatiques (A).

1130. Mais cette appropriation ne se cantonne pas aux sphères institutionnelles et médiatiques. Elle se prolonge, sur le terrain, dans certaines pratiques collectives des salariés, qui peuvent détourner l'arrêt maladie de sa finalité médicale afin de renforcer un rapport de force social. Tel est le cas lorsqu'un congé pour maladie est sollicité non pour soigner une incapacité physique, mais pour permettre la participation à un mouvement de grève. L'indemnisation versée au titre de l'assurance maladie vient alors suppléer l'absence de rémunération liée à la cessation du travail, permettant au mouvement collectif de s'inscrire dans la durée et d'accroître ses chances d'aboutir. Ce détournement à des fins revendicatives (B), bien que quantitativement marginal, illustre la plasticité du mécanisme de l'arrêt maladie et son insertion dans des stratégies plus larges de contestation sociale.

A. L'usage stratégique de l'arrêt maladie à finalité politique

1131. L'instrumentalisation du mécanisme de l'arrêt maladie à des fins politiques ne consiste pas, en pratique, dans un usage individuel abusif du dispositif, mais dans l'appropriation de son thème, de ses chiffres ou même de son cadre juridique comme outil de persuasion dans le débat public. Il s'agit d'un détournement fonctionnel de l'institution, au sens où un mécanisme conçu pour protéger la santé des travailleurs est mobilisé comme vecteur de légitimation politique. Dans cette perspective, le discours sur l'absentéisme, qu'il repose sur des constats objectifs ou sur des représentations sélectives, sert à influencer sur l'opinion publique et, indirectement, sur le régime applicable. Les acteurs à l'origine de cette instrumentalisation sont multiples, mais les formations politiques y occupent une place centrale.

1132. L'appropriation par les partis et acteurs politiques. Les responsables politiques, qu'ils agissent par l'intermédiaire de leur parti ou d'une organisation syndicale affiliée, ont compris l'importance stratégique du régime de la maladie au travail. Ce mécanisme, perçu par une partie de la population comme un pilier de la protection sociale et de la santé publique, s'inscrit dans un contexte où les conditions de travail se dégradent : précarisation de l'emploi, intensification des exigences de performance, délitement des relations humaines et progression

du stress comme facteur pathogène. Cette réalité est d'autant plus prégnante que l'allongement de la durée d'activité rend la préservation de la santé au travail essentielle pour les salariés. À l'inverse, une partie du patronat et des forces politiques qui lui sont proches dénoncent un système jugé trop rigide et déconnecté des contraintes de l'entreprise, plaidant pour un assouplissement conforme à une logique de compétitivité économique. Ces positions antagonistes expliquent que le régime de l'arrêt maladie devienne un thème récurrent des programmes électoraux et un instrument de clivage idéologique.

1133. Un objet récurrent du débat public. La centralité politique de l'arrêt maladie se manifeste par sa présence constante dans les programmes et échanges parlementaires, particulièrement lors de crises sanitaires ou économiques. Ainsi, la pandémie de Covid-19 a vu s'exacerber les controverses sur le coût et l'efficacité du dispositif¹¹⁹⁸, donnant lieu à des prises de position publiques, comme celle du ministre de la Santé, Aurélien Rousseau, qualifiant le coût des indemnités journalières de « non soutenable »¹¹⁹⁹. Les négociations actuelles entre le gouvernement, le Medef et la CPME en témoignent encore¹²⁰⁰¹²⁰¹ : la CPME, par exemple, a lancé en octobre 2023 une pétition contre l'acquisition de congés payés pendant les arrêts maladie¹²⁰². Ces débats ne sont pas neutres : ils visent à orienter l'opinion vers un durcissement des conditions d'octroi ou un renforcement des contrôles, dans une perspective de soutenabilité financière et de maîtrise de la dépense publique.

1134. Le relais médiatique. Les médias jouent un rôle amplificateur dans ce processus d'instrumentalisation. Selon leur orientation éditoriale, ils choisissent de mettre en avant tantôt les dérives présumées (certificats de complaisance, arrêts abusifs, rapport au travail de la nouvelle génération), tantôt la nécessité de préserver un mécanisme garant de la santé publique. Cette mise en récit n'est pas neutre : elle influence l'opinion, légitime certaines réformes et sert les intérêts économiques et politiques des acteurs qu'elle relaie. En ce sens, la couverture

¹¹⁹⁸ Cf : II. Un outil multifonctionnel face aux crises sanitaires : enseignements de la pandémie de Covid-19, Section II, Chapitre I, Titre II, Seconde partie, p. 409.

¹¹⁹⁹ « Les faux arrêts de travail en ligne de mire », *La Tribune*, 29 octobre 2023.

¹²⁰⁰ Le Medef, Mouvement des entreprises de France, et la CPME, Confédération des petites et moyennes entreprises, sont des organisations patronales.

¹²⁰¹ « Arrêt de travail : le Medef veut que les salariés ne soient plus indemnisés pendant un ou plusieurs jours », *capital.fr*, 21 juin 2023.

¹²⁰² « Emploi : la CPME lance une pétition contre l'acquisition de congés payés pendant les arrêts-maladie », *latribune.fr*, 30 octobre 2023.

médiatique participe d'une forme de soft law de l'opinion, où le cadrage du débat public exerce une pression indirecte sur le législateur.

1135. L'usage stratégique par les entreprises. Loin de se limiter à un mécanisme protecteur de la santé des travailleurs, le régime de l'arrêt maladie peut devenir, entre les mains des entreprises, un instrument stratégique de gestion des ressources humaines et de communication institutionnelle. Dans un contexte de compétition accrue pour attirer et retenir des profils hautement qualifiés, la qualité du dispositif d'indemnisation en cas de maladie tend à constituer un élément différenciateur déterminant. La mondialisation des marchés du travail, facilitée par la libre circulation au sein de l'Union européenne et par l'essor des mobilités professionnelles internationales, offre aux salariés des opportunités accrues de rejoindre des environnements offrant de meilleures conditions de travail ou un équilibre plus satisfaisant entre vie professionnelle et vie personnelle. Face à ce défi, certaines entreprises intègrent explicitement la générosité de leur régime d'absence pour maladie dans leur politique de marque employeur.

1136. Cette valorisation peut prendre diverses formes : maintien intégral de la rémunération pendant toute la durée de l'arrêt, versement d'un complément employeur supérieur aux standards conventionnels, ou encore mise en place de garanties complémentaires négociées par accord collectif ou instaurées unilatéralement. Une fois pérennisées, ces mesures peuvent s'ériger en usages au sein de la structure, participant ainsi à la construction d'une culture interne de bienveillance et de responsabilité sociale. Cette approche est parfois renforcée par l'obtention de labels ou distinctions — tels que ceux identifiant les « meilleurs employeurs » ou les entreprises offrant la meilleure qualité de vie au travail —, lesquels jouent un rôle d'amplificateur en améliorant la visibilité et l'attractivité de l'entreprise sur le marché de l'emploi. L'instrumentalisation ainsi opérée ne se déploie donc pas seulement dans l'espace interne de la relation de travail : elle s'inscrit dans une stratégie globale d'image, où le régime de l'arrêt maladie devient un marqueur de compétitivité sociale et un vecteur de légitimité réputationnelle.

B. La mobilisation des arrêts maladie comme moyen d'engagement collectif

1137. L'absence de rémunération : un frein structurel à la durée des grèves. En principe, la grève entraîne la suspension du contrat de travail sans maintien de la rémunération. Cette absence de revenus oblige les salariés à assumer personnellement le coût financier de leur engagement collectif. Elle constitue l'un des principaux facteurs limitant la durée des

mouvements sociaux : faute de ressources, les grévistes sont contraints de reprendre le travail avant que leurs revendications n'aient produit un effet tangible sur l'attitude de l'employeur. Plus la grève est courte, moins elle exerce de pression sur l'entreprise, réduisant d'autant les chances d'obtenir satisfaction.

1138. Convergences et divergences entre régime de la maladie et régime de la grève. Le statut du salarié gréviste et celui du salarié en arrêt maladie présentent un point commun majeur : dans les deux cas, le contrat de travail est suspendu et l'employeur est tenu à une protection spécifique, interdisant toute sanction ou licenciement pour le seul motif de la situation, sauf faute lourde pour la grève¹²⁰³. La différence essentielle réside dans le traitement financier : là où le gréviste ne perçoit aucun revenu, le salarié malade bénéficie d'indemnités journalières, voire d'un maintien partiel ou total de son salaire¹²⁰⁴. Ce différentiel rend l'arrêt maladie particulièrement attractif pour des salariés désireux de prolonger une action revendicative, le coût économique de leur participation s'en trouvant substantiellement réduit.

1139. Exemple d'instrumentalisation. L'hiver 2019 illustre clairement cette dynamique. Le projet de réforme des retraites, annoncé dans le programme présidentiel de 2017 et préparé dès janvier 2018, a suscité un vaste mouvement de contestation. Initiée à la RATP en septembre 2019, la grève s'est étendue à la SNCF et à de nombreux secteurs, culminant le 5 décembre 2019 avec une mobilisation évaluée entre 806 000 et 1,5 million de personnes selon les sources. Cette grève interprofessionnelle a durablement paralysé les transports dans plusieurs villes. Pour certains salariés, le recours à un arrêt maladie constituait alors une stratégie pour participer au mouvement tout en conservant un revenu¹²⁰⁵. Lorsqu'aucune incapacité physique réelle ne justifiait l'arrêt, la manœuvre relevait d'un usage abusif du mécanisme, transférant à la collectivité le coût d'un choix militant.

1140. Ce phénomène n'est pas propre à l'hiver 2019. Lors de mobilisations nationales ou sectorielles de grande envergure, on observe régulièrement une hausse des demandes d'arrêt

¹²⁰³ C. Trav., Art. L.2511-1.

¹²⁰⁴ Cf : Chapitre II. La compensation de la perte de salaire, Titre I, Seconde partie, p. 345.

¹²⁰⁵ Par exemple, la RATP a connu une vague d'arrêts maladie au cours de cette période. Entre les 9 et 15 décembre 2019, le nombre d'arrêts maladie était de 446 en moyenne par jour. Par comparaison, il était de 141 entre les 10 et 16 décembre 2018. Le chiffre a été multiplié par trois. Un pic a été atteint le jeudi 19 décembre avec 646 arrêts maladie communiqués. Ces données ont été communiquées par le média *Le Parisien*, puis confirmées par la RATP (Source : V. VERIER, « Grève : la RATP frappée par une vague d'arrêts maladie », *leparisien.fr*, 23 décembre 2019 ; « Forte hausse des arrêts maladie à la RATP depuis le début de la grève », *Liaisons sociales Quotidien – L'actualité*, n°17966, 27 décembre 2019).

maladie, dans le secteur privé comme dans la fonction publique (notamment hospitalière et éducative). Les motivations varient : certains cherchent à rejoindre les manifestations, d'autres à exprimer symboliquement leur opposition à la politique de l'employeur, l'arrêt de travail constituant alors une forme de pression indirecte, traduisant une lassitude professionnelle ou un désaccord profond.

1141. La hiérarchie des causes successives d'absence. Le droit positif prévient certains effets d'aubaine grâce au système de priorité des causes d'absence. Lorsqu'un salarié est déjà en arrêt maladie avant le début d'une grève, ce motif prévaut : le salarié reste sous le régime de la maladie jusqu'à l'échéance de l'arrêt¹²⁰⁶. Inversement, si un salarié gréviste obtient un arrêt maladie en cours de mouvement, il demeure sous le régime de la grève jusqu'à la fin de la période couverte par le préavis déposé¹²⁰⁷. Ce mécanisme évite qu'un salarié ne change opportunément de statut pour bénéficier d'un régime plus favorable¹²⁰⁸.

1142. Un révélateur de la plasticité fonctionnelle de l'arrêt maladie. En pratique, l'usage détourné de l'arrêt maladie à des fins revendicatives demeure limité, concernant une minorité de travailleurs et sur de courtes périodes. De surcroît, le cadre juridique permet un contrôle de la réalité de l'incapacité de travail et du respect des obligations associées (heures de sortie, interdiction de certaines activités). La participation constatée à une manifestation en dehors des horaires autorisés peut suffire à mettre fin au bénéfice des indemnités journalières.

1143. Si elle reste marginale, cette pratique est révélatrice : l'arrêt maladie, conçu comme instrument de protection individuelle face au risque de santé, peut devenir ponctuellement un levier stratégique dans un rapport collectif de travail. Ce glissement interroge la frontière entre

¹²⁰⁶ Cass. Soc., 16 juill. 1987, n°85-44.490, publié ; Cass. Soc., 20 févr. 1980, n°78-41.116, publié : une présomption de non-participation à la grève existe. Plus encore, le fait d'avoir participé à un mouvement de grève dans l'entreprise précédemment n'est pas suffisant pour renverser la présomption. Il est toutefois possible, pour l'employeur, d'apporter la preuve contraire. Dans l'hypothèse d'un contentieux, les juges apprécient la rémunération que le salarié aurait perçu pendant la période litigieuse s'il n'avait pas été en arrêt maladie (Cass. Soc., 17 janv. 1996, n°91-43.218).

¹²⁰⁷ Cass. Soc., 17 juin 1982, n°80-40.973, publié : selon les juges, « *la participation d'un salarié à un arrêt de travail avant qu'il ne tombe malade emporte présomption qu'il aurait continué à y participer s'il était resté en bonne santé* ». La preuve contraire peut être apportée. Celle-ci doit démontrer la « *manifestation de sa volonté de se désolidariser des grévistes* ».

¹²⁰⁸ Par exemple, le droit à une indemnisation complémentaire est retrouvé uniquement à l'issue de la grève et si l'état de santé du salarié « ne lui permet pas de reprendre le travail en même temps que les autres salariés de l'entreprise » (Cass. Soc., 21 avr. 1971, n°70-12.468, publié).

la finalité protectrice du droit social et son utilisation comme outil de conflictualité, soulevant des enjeux à la fois financiers, éthiques et politiques.

II. Un outil multifonctionnel face aux crises sanitaires : enseignement de la pandémie de Covid-19

1144. L'émergence, au début de l'année 2020, du virus SARS-CoV-2 et la reconnaissance rapide de son caractère pandémique ont bouleversé l'ensemble des équilibres juridiques du travail. Confinement généralisé¹²⁰⁹, fermetures administratives¹²¹⁰, télétravail imposé, fermeture des établissements scolaires : en quelques jours, le gouvernement a reconfiguré en profondeur l'organisation sociale et économique. Dans ce contexte d'urgence, l'arrêt de travail pour maladie a été mobilisé à une échelle inédite et pour des finalités étrangères à sa vocation première — protéger un salarié temporairement inapte à travailler pour raisons médicales. Il est devenu un instrument de régulation collective, destiné à limiter les interactions sociales, garantir un revenu aux salariés empêchés de travailler et accompagner les mesures d'isolement.

1145. Cette réorientation spectaculaire, permise par les pouvoirs d'adaptation du régime de la sécurité sociale en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel¹²¹¹, a conduit à un allègement des conditions d'accès, à une simplification des formalités et à une amélioration sensible du niveau d'indemnisation. Le dispositif a ainsi permis de couvrir non seulement les malades avérés, mais aussi les personnes confinées, les parents contraints de garder leurs enfants ou encore les salariés empêchés par des mesures administratives. Si l'efficacité de ce choix dans la lutte contre la propagation du virus ne fait guère de doute, il soulève des interrogations majeures sur l'élasticité des outils juridiques, la frontière entre arrêt thérapeutique et arrêt « préventif » et, plus largement, sur la soutenabilité financière d'une telle mobilisation du système.

1146. L'étude de cet épisode, inédit par son ampleur et par la nature des adaptations opérées, offre un double intérêt. Elle permet, en amont, de comprendre comment un dispositif historiquement centré sur la protection individuelle a pu devenir un levier central de gestion d'une crise collective. Elle conduit, en aval, à s'interroger sur les implications de cette plasticité

¹²⁰⁹ Décret n°2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus Covid-19, Art. 1.

¹²¹⁰ Arrêté du 14 mars 2020 ; Arrêté du 15 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus Covid-19.

¹²¹¹ CSS, Art. L.16-10.1.

pour l'avenir du régime et pour la cohérence des fondements du droit de la protection sociale. L'analyse se structurera autour de trois axes : l'assouplissement exceptionnel des conditions d'accès et d'indemnisation (A) ; l'allègement du formalisme procédural au nom de l'urgence sanitaire (B) ; et, enfin, l'amélioration substantielle du régime financier, révélatrice d'un usage élargi et réinventé de l'outil (C).

A. L'assouplissement des conditions d'accès

1147. La protection des plus vulnérables. La crise sanitaire liée au Covid-19 a conduit à une rupture majeure. Par ordonnance du 26 mars 2020, l'incapacité physique n'était plus exigée pour bénéficier d'un arrêt maladie temporaire¹²¹². Ainsi, les salariés présentant un risque accru de forme grave, tels que les insuffisants rénaux dialysés ou les femmes enceintes au troisième trimestre, pouvaient bénéficier d'un arrêt de droit, indépendamment de leur aptitude réelle au travail¹²¹³. Cette extension fondée sur la notion plus large de vulnérabilité visait à limiter les contacts et protéger les populations à risque.

1148. Cette réforme visait à contenir la transmission du virus en évitant la présence de personnes vulnérables au travail ou dans les transports. Toutefois, l'absence de critères restrictifs a permis une utilisation parfois déconnectée de la réalité du risque individuel, avec des salariés éloignés de toute exposition effective bénéficiant d'arrêts. L'absence de conditionnalité à la nature du poste (télétravail possible, environnement confiné) a fragilisé la proportionnalité de la mesure, soulevant des questions quant à la charge économique induite pour la collectivité.

1149. De nombreuses extensions. Le stade 2 de l'épidémie a vu la prise en charge des salariés soumis à isolement, notamment suite à un voyage dans des zones à risque¹²¹⁴. Cette mesure a

¹²¹² Ordonnance n° 2020-322 du 25 mars 2020 adaptant temporairement les conditions et modalités d'attribution de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail et modifiant, à titre exceptionnel, les dates limites et les modalités de versement des sommes versées au titre de l'intéressement et de la participation. Cette ordonnance s'inscrit dans le cadre de la loi d'urgence du 23 mars 2020.

¹²¹³ Le Haut Conseil de la Santé Publique a précisé le champ des pathologies concernées dans son avis du 14 mars 2020. La liste avait été mise à disposition du public sur le site ameli.fr. Il s'agissait par exemple d'une insuffisance rénale chronique dialysée, d'une insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV, d'une cirrhose au stade B ou plus ou encore de tout antécédent cardio-vasculaire (hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral, coronaropathie, chirurgie cardiaque). Les femmes enceintes à partir de leur troisième trimestre de grossesse étaient également considérées comme personnes à risque.

¹²¹⁴ Décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus ; Décret n° 2020-179 du 28 février 2020 relatif aux tarifs réglementés applicables à certains professionnels du droit.

suscité un débat doctrinal sur la légitimité de transférer à la collectivité le coût d'un choix individuel ou professionnel (voyage à l'étranger). En effet, la responsabilité aurait pu incomber à l'employeur en cas de déplacement professionnel, ou au salarié lui-même dans l'hypothèse d'un voyage personnel, mettant en lumière une possible dilution des responsabilités dans la gestion du risque sanitaire.

1150 Ensuite, la fermeture des établissements scolaires a justifié la création d'un régime dérogatoire pour les parents empêchés de travailler du fait de la garde d'enfants¹²¹⁵. Ce dispositif, ouvert sans condition médicale et renouvelable, a traduit une volonté d'adapter le droit du travail aux contraintes familiales inédites générées par la crise. Cependant, son assouplissement sans contrôle rigoureux a laissé place à des usages déviants, révélant la difficulté à concilier solidarité familiale, impératifs économiques et gestion du risque collectif.

1151. L'allègement des conditions s'est également appliqué aux personnes contaminées ou cas contacts, afin d'éviter la propagation du virus. Cette mesure prophylactique a marqué un déplacement paradigmatique : l'arrêt de travail ne protège plus seulement le salarié malade, mais la collectivité toute entière. L'incapacité physique n'est plus une condition, la prévention prime.

1152. L'absence de certitude scientifique sur la contagiosité, la définition large du cas contact, ainsi que la durée arbitraire de l'isolement ont alimenté les critiques. Cette précipitation législative traduit la tension entre rigueur scientifique, urgence sanitaire et volonté politique de maîtriser la crise par des mesures juridiques fortes. Elle interroge la légitimité et les limites de l'intervention normative en période exceptionnelle.

1153. La transformation de la finalité de l'arrêt maladie. L'analyse révèle une double mutation du régime de l'arrêt maladie : d'un instrument de protection individuelle fondé sur l'incapacité physique, il est devenu un outil de gestion collective des risques sanitaires, privilégiant la prévention et la limitation de la contagion. Ce déplacement remet en cause la finalité originelle du dispositif et interroge sa cohérence interne, notamment sur le plan financier et social. Il soulève ainsi une question doctrinale majeure : dans quelle mesure le droit du travail et la protection sociale peuvent-ils intégrer des impératifs collectifs sans diluer les garanties individuelles ? Cette tension illustre la nécessaire adaptation des normes en contexte

¹²¹⁵ Décret n°2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémedecine pour les personnes exposées au Covid-19.

de crise, tout en posant la question des garde-fous juridiques indispensables pour préserver la légitimité et l'équilibre du système.

B. La simplification des formalités administratives

1154. L'allègement des conditions d'accès à l'arrêt maladie s'est accompagné d'une simplification radicale des formalités administratives. Le régime traditionnel, strict et encadré, a été bouleversé pour permettre un accès rapide et massif. L'assurance maladie, confrontée à un afflux inédit de dossiers, a réduit drastiquement les contrôles, le service médical étant dans l'incapacité matérielle d'assurer un suivi rigoureux des arrêts délivrés.

1155. La suppression de la consultation médicale préalable. La prescription médicale, pivot central du régime d'arrêt maladie, a été temporairement neutralisée. En 2020, la consultation préalable d'un médecin, en présentiel ou à distance, n'était plus obligatoire. L'avis d'arrêt est devenu une formalité administrative délivrée automatiquement, notamment via la plateforme numérique declare.ameli.fr à partir du 16 novembre 2020, permettant la reconnaissance rapide du droit à l'arrêt sans examen clinique¹²¹⁶. Cette automatisation illustre une mutation profonde du rôle traditionnellement dévolu au médecin prescripteur.

1156. L'allègement des obligations déclaratives. Habituellement, l'assuré doit transmettre son arrêt maladie à la sécurité sociale dans un délai de 48 heures. Ce formalisme, garant de la rigueur du dispositif, a été suspendu : l'arrêt était envoyé directement par l'assurance maladie au salarié, qui n'avait plus qu'à informer son employeur, à l'image d'un arrêt classique. Cette suppression des obligations de déclaration à l'assurance sociale a simplifié la procédure, au risque d'affaiblir le contrôle institutionnel.

1157. Les modalités spécifiques pour la garde d'enfants. Pour les arrêts liés à la garde d'enfants, la consultation médicale était encore plus allégée : elle n'était pas requise. Le salarié devait uniquement fournir une attestation mentionnant les éléments relatifs à l'enfant et à l'établissement scolaire. L'employeur, en possession de cette attestation, effectuait la déclaration auprès de l'assurance maladie. Ce dispositif, largement automatisé, s'inscrit dans une logique d'adaptation aux contraintes familiales, mais pose question sur le contrôle de l'usage effectif de l'arrêt.

¹²¹⁶ Décret n°2020-73 du 31 janvier 2020, *op. cit.*

1158. Le rôle marginalisé du médecin prescripteur. La réforme a largement dépossédé le médecin de sa fonction de contrôle et d'appréciation médicale, transférant à l'administration le pouvoir de délivrance de l'arrêt. Or, le médecin peut engager sa responsabilité en cas d'avis de complaisance, et faire l'objet de sanctions de la part des caisses d'assurance maladie. Cette dénaturation du rôle médical, justifiée par des impératifs de santé publique – limiter les contacts et les déplacements – interroge néanmoins sur la protection du dispositif contre les risques d'abus et sur le respect des garanties individuelles attachées à la délivrance de l'arrêt maladie.

1159. L'assouplissement des formalités administratives lié à la crise sanitaire met en lumière une tension fondamentale entre urgence sanitaire et rigueur juridique. En substituant une procédure automatisée à un contrôle médical direct, le régime d'arrêt maladie a perdu une part significative de son « filtre » traditionnel, pivoté autour du savoir médical et de la relation clinique. Cette transformation interroge la légitimité et la portée des mécanismes de contrôle institutionnels, soulignant les risques d'une « bureaucratisation » de la santé au détriment d'une évaluation personnalisée et responsable. Elle souligne enfin la difficulté à concilier adaptation normative et préservation des principes fondamentaux d'équilibre et de responsabilité dans un contexte de crise.

C. Une protection excessive des salariés aptes à travailler

1160. L'arrêt maladie, tel qu'il a été aménagé pendant l'épidémie de Covid-19¹²¹⁷ et dans les situations exposées précédemment, s'est éloigné du régime de droit commun. En effet, les règles d'indemnisation ont été substantiellement modifiées afin d'assurer une prise en charge plus généreuse de la perte de salaire. Cette évolution manifeste une reconfiguration profonde du régime social protecteur, qui mérite d'être analysée à la lumière des principes fondamentaux du droit du travail et de la protection sociale. Deux mesures majeures illustrent cette dynamique.

1161. La suppression du délai de carence. Premièrement, le délai de carence a été supprimé à compter du 31 janvier 2020, permettant ainsi aux salariés de percevoir les indemnités journalières de sécurité sociale dès le premier jour d'absence¹²¹⁸. Initialement, cet assouplissement ne concernait que les salariés isolés pour cause d'exposition au virus (cas contacts ou zones épidémiques). Rapidement, la mesure s'est élargie à l'ensemble des salariés,

¹²¹⁷ C. ABATE, *op. cit.*

¹²¹⁸ Décret n°2020-73 du 31 janvier 2020, *op. cit.*

sans distinction de régime (général, agricole, spécial)¹²¹⁹ ni de lien avec la maladie Covid-19. Depuis le 24 mars 2020, cette règle s'est appliquée pendant toute la durée de l'état d'urgence sanitaire, prolongé à plusieurs reprises.

1162. Cette suppression traduit une volonté politique de protection sociale renforcée, que l'on peut interpréter comme une forme d'« universalisation temporaire » du droit à indemnisation. Cependant, d'un point de vue doctrinal, cette mesure pose la question de la déconnexion entre la notion classique d'incapacité de travail, fondée sur un diagnostic médical, et la logique préventive et collective que la crise sanitaire impose. L'arrêt maladie cesse ainsi d'être strictement une indemnisation de la perte de capacité de travail pour devenir un instrument de politique sanitaire.

1163 Objectifs et paradoxes. Cette réforme visait explicitement à limiter la propagation du virus en encourageant les salariés contaminés ou cas contacts à s'isoler, sans contrainte financière. En effet, l'absence de délai de carence évitait que la crainte d'une perte de revenu incite à poursuivre une activité professionnelle à risque. Néanmoins, dans la période précédant le confinement national, cette mesure a engendré une incohérence notable : des salariés en arrêt, intégralement indemnisés, pouvaient continuer à exercer des activités extra-professionnelles, ce qui relativise la pertinence du contrôle de l'incapacité de travail.

1164. Ce paradoxe souligne une tension majeure entre la protection individuelle immédiate et la cohérence du régime social. En ce sens, la crise révèle une fragilité structurelle : l'arrêt maladie, instrument initialement conçu pour compenser une altération objective de la capacité de travail, s'est trouvé « surdimensionné » pour répondre à un enjeu collectif inédit.

1165. La généralisation du complément employeur. Deuxièmement, le complément employeur a été étendu à tous les salariés, indépendamment de l'ancienneté ou du motif de l'arrêt, par ordonnance du 26 mars 2020. Ce droit, habituellement assorti d'une condition d'ancienneté d'au moins un an¹²²⁰ et d'un délai de carence¹²²¹, a été temporairement

¹²¹⁹ Loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19.

¹²²⁰ Cf : II. Une prise en charge complémentaire par l'employeur encadrée, Section I, Chapitre II, Titre I, Seconde partie, p. 361.

¹²²¹ Décret n°2020-193 du 4 mars 2020 relatif au délai de carence applicable à l'indemnité complémentaire à l'allocation journalière pour les personnes exposées au coronavirus.

universalisé, incluant ainsi des catégories habituellement exclues, telles que les saisonniers, intermittents, ou salariés temporaires¹²²².

1166. Cette mesure, bien que socialement justifiée, illustre la difficile articulation entre protection sociale et contraintes économiques. En effet, si le maintien du pouvoir d'achat des salariés constitue un impératif légitime, il s'est accompagné d'un coût significatif pour les entreprises, certaines en grande difficulté économique du fait des restrictions sanitaires. Cette situation reflète un classique dilemme du droit social : concilier la protection maximale du salarié et la pérennité financière de l'entreprise.

1167. Au-delà de la controverse suscitée par l'instrumentalisation du régime de l'arrêt maladie, il convient de rappeler que ce mécanisme français reste assorti de procédures de contrôle, limitant les abus qui demeurent exceptionnels. L'enjeu réel réside désormais dans la recherche d'un équilibre. Il s'agit de garantir la protection du salarié dont l'état de santé est dégradé, tout en soutenant la dynamique économique des entreprises (Chapitre II).

Cette analyse met en lumière la nécessaire adaptation du droit social, et interroge la nature même du régime de l'arrêt maladie, entre sécurité individuelle et intérêt collectif, dans une perspective doctrinale qui invite à repenser ses finalités et ses limites.

¹²²² Ordonnance n°2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation des droits sociaux.

Chapitre II

Le besoin d'accompagnement intégré du salarié

1168. Le régime traditionnel de l'arrêt maladie, conçu historiquement comme une simple mesure d'isolement temporaire du salarié atteint d'une pathologie souvent déconnectée de son environnement professionnel, apparaît aujourd'hui profondément inadapté aux mutations du monde du travail et aux réalités contemporaines de la santé au travail. Autrefois, la finalité essentielle consistait en une suspension du contrat de travail pendant la période de guérison, en vue d'un retour rapide à l'emploi, une fois la capacité physique restaurée. Or, cette approche désormais linéaire ne rend plus compte des souffrances psychosociales et des troubles souvent insidieux que le salarié peut éprouver, directement ou indirectement liés à son activité professionnelle.

1169. Dans ce contexte, la période de reprise du travail se révèle fréquemment fragile, voire anxiogène, et le régime d'arrêt maladie, en l'état, ne propose aucun cadre institutionnel structuré pour accompagner ce moment crucial de réintégration. Cette carence soulève une interrogation majeure : comment concilier la protection du salarié en situation de fragilité, souvent pluridimensionnelle, avec l'exigence d'un retour au travail durable et sécurisé ? C'est à cette question que cette partie tente de répondre, en analysant les limites actuelles du régime d'arrêt maladie et la nécessité d'une prise en charge holistique du salarié au-delà du simple arrêt.

1170. Par ailleurs, cette problématique se double d'une tension manifeste du côté des entreprises, qui dénoncent la rigidité normative et les coûts induits par un régime perçu comme peu flexible et inadapté aux exigences économiques contemporaines. L'absentéisme, au-delà d'être un facteur de désorganisation, est aussi source de coûts importants, et conduit certaines

structures à rechercher des modes de contournement du cadre légal. Cette opposition entre impératifs sociaux et contraintes économiques soulève un défi fondamental du droit du travail : comment repenser le régime de l'arrêt maladie pour qu'il devienne un levier d'accompagnement efficace, conciliant protection du salarié et viabilité des entreprises ?

1171. Ce chapitre s'organise donc autour de deux axes complémentaires : d'une part, la nécessité d'un accompagnement renforcé et adapté du salarié dans la phase sensible de la reprise du travail (Section I) ; d'autre part, les exigences et résistances des entreprises face à ce régime, et les enjeux liés à la conciliation des intérêts en présence (Section II).

1172. Cette réflexion ouvre une voie doctrinale fertile, invitant à dépasser une approche purement indemnitaire pour réinventer un dispositif intégrant pleinement les dimensions psychiques, sociales et organisationnelles de la santé au travail.

Section I. L'absence d'accompagnement professionnel du salarié malade

1173. Dans un contexte contemporain marqué par l'émergence croissante de pathologies professionnelles et psychosociales, la question de l'accompagnement du salarié en arrêt de travail apparaît comme une nécessité impérative pour assurer une reprise durable et harmonieuse de l'emploi. Or, le régime actuel de l'arrêt maladie, conçu historiquement comme un simple instrument d'isolement temporaire du salarié malade, révèle ses limites face à la complexité des souffrances contemporaines, souvent enracinées dans les conditions mêmes de travail. Ce constat soulève un enjeu fondamental : comment assurer un retour au travail qui ne soit pas seulement une formalité administrative, mais un véritable processus d'intégration tenant compte de l'état de santé, des capacités résiduelles et des besoins d'adaptation du salarié ?

1174. Cette section vise ainsi à analyser l'insuffisance du cadre juridique et organisationnel dans la prise en charge du salarié à l'aube de sa reprise professionnelle. Elle se décompose en deux volets complémentaires : premièrement, l'impérieuse nécessité d'une préparation en amont du retour, impliquant une réévaluation fine et une adaptation du poste de travail aux pathologies déclarées ou latentes ; deuxièmement, la poursuite de cet accompagnement lors du

retour effectif sur site, en mobilisant les dispositifs légaux existants visant à favoriser la réinsertion progressive du salarié.

1175. L'objectif est d'interroger le hiatus entre les prescriptions normatives, riches mais souvent insuffisamment mises en œuvre, et la réalité pratique d'un accompagnement encore sporadique et lacunaire. En effet, bien que le Code du travail propose diverses alternatives pour aménager les conditions de reprise, leur application reste largement conditionnée à la volonté des employeurs et à l'absence d'obligations impératives, laissant un vide juridique et organisationnel préjudiciable à la santé durable des salariés et à la prévention de l'absentéisme chronique. Cette analyse doctrinale vise ainsi à mettre en lumière les enjeux d'une prise en charge préventive et d'un accompagnement structuré, condition sine qua non d'une gestion efficiente des risques professionnels et psychosociaux.

1176. La problématique centrale qui sous-tend cette section est donc la suivante : dans quelle mesure le régime actuel de l'arrêt maladie et ses modalités d'accompagnement permettent-ils de concilier protection sanitaire du salarié et exigences économiques des entreprises, sans compromettre la santé au travail ni aggraver les risques de récurrence d'arrêt ? Cette interrogation ouvre la voie à une réflexion critique sur la nécessité d'une réforme du cadre normatif, afin d'imposer un accompagnement systématique et intégré, fondé sur la prévention, la coopération entre acteurs et la reconnaissance des spécificités individuelles.

I. Une anticipation inaboutie du retour au travail

1177. La phase préparatoire au retour au travail constitue une étape cruciale pour garantir la réussite et la durabilité de la reprise d'activité, notamment lorsque la pathologie du salarié trouve son origine ou s'est aggravée sous l'effet du contexte professionnel. Pourtant, malgré son importance évidente, cette anticipation reste largement insuffisante et peu encadrée juridiquement.

1178. Le droit du travail offre certes certaines possibilités visant à accompagner cette transition, notamment par le biais de dispositifs de formation ou d'adaptation du poste, mais leur caractère facultatif limite fortement leur impact réel (A). De même, la visite médicale de reprise, qui devrait constituer un moment clé pour définir des mesures préventives adaptées, peine à se traduire en actions concrètes et efficaces sur le terrain (B). Ce décalage manifeste entre prescriptions normatives et pratiques opérationnelles interroge la capacité du système à réellement prendre en charge la complexité des situations individuelles.

1179. L'enjeu est double : il s'agit d'une part de prévenir la chronicisation des souffrances liées au travail et d'autre part de réduire le phénomène d'absentéisme répétitif, qui pèse lourdement tant sur le salarié que sur l'entreprise. Or, l'absence d'une politique proactive d'accompagnement s'explique souvent par une lecture court-termiste des coûts de l'absence, perçus comme un fardeau financier suffisant. Cette position, à la fois pragmatique et paradoxale, révèle un cercle vicieux où le défaut d'investissement dans la prévention et l'adaptation aggrave la santé au travail, accentue les arrêts et freine la reprise effective.

1180. Cette section propose donc de questionner la pertinence et l'efficacité des mécanismes existants pour anticiper le retour à l'emploi, en mettant en lumière la nécessité d'une évolution normative et managériale. La problématique centrale est de savoir comment dépasser la simple gestion réactive de l'arrêt maladie pour instaurer un véritable accompagnement préventif, capable de concilier protection du salarié, performance organisationnelle et maîtrise des coûts sociaux.

A. La formation du salarié durant l'arrêt maladie

1181. Un levier encadré. Le cadre juridique entourant la formation du salarié pendant un arrêt maladie illustre une flexibilité méconnue mais essentielle dans la prise en charge du retour à l'emploi. Si l'arrêt de travail implique l'obligation de cesser toute activité professionnelle, cette interdiction n'exclut pas expressément la possibilité pour le salarié de suivre une formation. Dès lors, une procédure spécifique encadre cette faculté, nécessitant un accord préalable du médecin traitant¹²²³ puis du médecin conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), garantissant ainsi la compatibilité entre la formation envisagée et l'état de santé du salarié. En cas d'accord formel, la CPAM informe le salarié ainsi que l'employeur, sans que ce dernier ait à intervenir ou à donner son propre accord.

1182. La diversité des formations autorisées. Toutes les actions entrant dans le cadre de la formation professionnelle continue peuvent être suivies pendant un arrêt maladie. Cela inclut non seulement les actions de formation visant l'acquisition, l'entretien ou le perfectionnement des compétences¹²²⁴, mais aussi les bilans de compétences et la validation des acquis de l'expérience. Par ailleurs, les salariés peuvent bénéficier d'actions d'évaluation, d'accompagnement et de conseil auxquelles participe la CPAM, élargissant ainsi le spectre des

¹²²³ CSS, Art. L.323-3-1, Al.1.

¹²²⁴ C. Trav., Art. L.6313-1.

possibilités offertes. Cette diversité permet de répondre à des besoins variés et adaptés à la situation individuelle du salarié.

1183 Les finalités plurifactorielles de la formation. Suivre une formation durant un arrêt maladie comporte de multiples avantages pour le salarié souffrant. D'une part, il bénéficie d'un accompagnement et de conseils liés au travail, favorisant la reprise de confiance en soi et une meilleure préparation psychologique à la reprise d'activité. Selon les thématiques abordées, cette étape offre une prise de recul salubre sur le travail et ses attentes, atténuant la sensibilité au stress au moment du retour. Par ailleurs, la formation permet d'informer le salarié sur ses droits et sur les possibilités qui s'offrent à lui durant l'arrêt et au moment de la reprise.

1184. Au-delà de ces bénéfices immédiats, elle peut aussi constituer un véritable levier pour l'évolution professionnelle, en offrant la possibilité d'explorer de nouvelles activités ou d'envisager une réorientation. En effet, le temps limité durant un arrêt maladie ne laisse pas toujours la place à cette réflexion, qui est pourtant essentielle pour éviter que le salarié ne demeure dans une situation professionnelle insatisfaisante et source de mal-être. Enfin, le fait de garder une activité formatrice pendant l'arrêt allège l'étape de reprise, facilitant le retour sur site.

1185. La protection sociale favorable. Le cadre légal garantit une protection optimale du salarié pendant sa formation. Aucun coût financier ne lui est imputé : les indemnités journalières versées par la sécurité sociale continuent d'être perçues, et la CPAM prend en charge les frais pédagogiques. Par ailleurs, le contrat de travail demeure suspendu, conservant ainsi l'ensemble des droits et protections liés au statut salarié¹²²⁵. Le retour à l'emploi s'effectue donc dans des conditions sécurisées, avec la garantie du maintien de la rémunération.

1186. Les freins à la démocratisation de la pratique. Malgré ses nombreux avantages, la formation durant l'arrêt maladie reste marginale. Cette réticence s'explique notamment par la perception négative qu'en ont certaines entreprises, qui craignent que l'activité formatrice ne remette en cause la légitimité de l'arrêt maladie ou ne révèle une « utilisation abusive » de ce dernier. L'hypothèse d'une instrumentalisation par le salarié, visant à préparer une sortie ou une réorientation professionnelle aux frais de la collectivité, contribue également à freiner cette pratique. Or, il est essentiel de rappeler que la participation à une formation ne saurait être

¹²²⁵ C. Trav., Art. L.1226-1-2.

assimilée à un arrêt injustifié. Elle est réalisée en autonomie, sans intervention ni surcoût pour l'employeur, et peut au contraire contribuer à réduire l'absentéisme futur.

1187. Vers une meilleure reconnaissance et diffusion de la formation pendant l'arrêt maladie. Il apparaît donc nécessaire de promouvoir cette voie d'accompagnement, qui conjugue respect des impératifs médicaux et valorisation de l'autonomie du salarié. La démocratisation de la formation pendant l'arrêt maladie constitue une piste prometteuse pour améliorer la gestion des arrêts de travail et faciliter un retour durable à l'emploi. Parallèlement, cette démarche doit s'inscrire dans une stratégie globale d'adaptation du poste de travail, dont la préparation interne à l'entreprise demeure indispensable.

B. La préparation du poste de travail

1188. Lorsqu'un salarié est absent pour raison médicale liée à ce mal-être, le simple retour à son poste ne peut se limiter à la seule levée de l'arrêt de travail. En effet, le contexte professionnel ayant contribué à la pathologie – qu'elle soit partielle ou déterminante – doit impérativement être pris en compte. Faute de modifications appropriées des conditions de travail, le retour peut s'avérer anxiogène, voire contre-productif, avec un risque élevé de rechute et donc de nouvel arrêt. Ce constat souligne l'importance cruciale d'une préparation préalable du poste, visant à prévenir la répétition du cycle pathologique et à garantir une reprise sereine et durable.

1189. Dans cette optique, la préparation du poste revêt des formes multiples et doit être adaptée aux particularités de chaque situation. Par exemple, dans les cas de relations conflictuelles, telles que les suspicions de harcèlement moral, il sera nécessaire de rompre le contact direct avec les personnes impliquées, par une réorganisation des équipes ou un aménagement des espaces de travail¹²²⁶. Pourtant, malgré ces enjeux évidents, le droit du travail offre peu de prescriptions imposant une telle anticipation. Seuls les salariés concernés par la visite médicale de reprise obligatoire bénéficient d'un cadre protecteur et d'une prise en charge institutionnelle. En revanche, pour la majorité des salariés, aucune obligation légale n'encadre cette phase essentielle du retour à l'emploi.

Cette partie s'attachera donc, dans un premier temps (1), à examiner le dispositif légal relatif aux visites médicales de reprise et l'attention particulière qu'il confère à certains salariés. Elle

¹²²⁶ L. SALAH-EDDINE, *op. cit.*

analysera ensuite (2) l'absence de contraintes juridiques pour les autres cas, ainsi que les conséquences pratiques de cette lacune.

1. Dans le cadre d'une visite de reprise

1190. Le champ d'application de la visite de reprise. La visite de reprise constitue un temps fort de la gestion du retour au travail après un arrêt maladie de longue durée. Elle est obligatoire pour tout salarié dont l'arrêt atteint ou dépasse soixante jours, qu'il s'agisse d'une maladie ou d'un accident non professionnel¹²²⁷. Cette visite s'impose avant la reprise effective de l'activité afin de garantir l'aptitude du salarié à son poste. Par ailleurs, en dehors de cette obligation, la visite peut également être demandée à l'initiative du salarié, soulignant son rôle essentiel dans la prévention du risque de rechute¹²²⁸.

1191. Les missions du médecin du travail et la coopération employeur-salarié. L'article R.4624-32 du Code du travail précise les objectifs de l'examen de reprise, qui s'articulent autour de la vérification de la compatibilité du poste avec l'état de santé du salarié, l'examen des propositions d'aménagement ou de reclassement, la préconisation de ces mesures et, le cas échéant, la déclaration d'inaptitude. Cette mission médicale, au cœur de la prévention en santé au travail, offre à l'employeur un dispositif clé en main : celui-ci n'a pas à initier lui-même d'expertise coûteuse, mais doit uniquement intégrer les recommandations du médecin. L'efficacité de ce dispositif tient à cette articulation pragmatique, permettant de concilier protection du salarié et rationalisation des coûts pour l'entreprise.

1192. L'intérêt primordial de la visite réside dans son caractère médical. Le médecin du travail, en qualité de spécialiste des interactions entre santé et travail, évalue objectivement les facteurs susceptibles d'aggraver ou de maintenir la pathologie du salarié. Cette analyse technique éclaire les modalités d'adaptation du poste, qu'il s'agisse de modifications ergonomiques, organisationnelles ou du recours au télétravail¹²²⁹. Ce rôle du médecin du travail

¹²²⁷ C. Trav., Art. R.4624-31.

¹²²⁸ Cf : a. La visite de reprise, 1., A., II., Section II, Chapitre II, Titre I, Première partie, p. 190.

¹²²⁹ Dans l'hypothèse d'une inaptitude, l'employeur a l'obligation d'aménager le poste du salarié en télétravail conformément aux préconisations du médecin du travail lorsqu'elles indiquent qu'un reclassement est possible en télétravail. Si l'employeur refuse, l'obligation de reclassement n'est pas satisfaite (Cass. Soc., 29 mars 2023, n°21-15.472, publié : *JCP G*, 2023, n°14, p. 741, note D. Corrignan-Carsin ; *BJT*, 2023, n°5, p. 6, note S. Riancho ; *RDT*, 2023, n°6, p. 426, note M. Véricel).

s'inscrit dans la continuité des travaux doctrinaux qui insistent sur la nécessité d'une expertise indépendante et scientifique pour assurer la juste prise en compte des risques professionnels.

1193. Les limites de la visite de reprise. Cependant, la visite de reprise ne saurait être considérée comme une panacée. Il appartient à l'employeur de ne pas attendre la fin de l'arrêt maladie pour engager une réflexion proactive sur les conditions de travail du salarié. Cette anticipation est d'autant plus nécessaire que la mise en œuvre des préconisations du médecin peut exiger des délais et ressources conséquents. Par exemple, l'organisation du télétravail implique souvent des aménagements matériels complexes. Par ailleurs, si l'employeur est tenu de prendre en compte les recommandations médicales, son refus motivé reste possible, sous réserve du respect de son obligation générale de sécurité¹²³⁰. Cette articulation entre préconisations médicales et responsabilité juridique de l'employeur illustre la tension permanente entre impératifs économiques et impératifs sanitaires, objet de nombreux débats doctrinaux sur la juste pondération des intérêts en présence.

2. En l'absence de visite de reprise

1194. Dans la majorité des cas, les arrêts maladie sont de courte durée, ce qui dispense l'employeur de l'obligation d'organiser une visite de reprise. Le salarié revient ainsi sur son poste sans passage préalable par le médecin du travail, ce qui peut exposer à un retour « à l'aveugle » face à des conditions potentiellement délétères. Toutefois, l'absence de contrainte réglementaire ne signifie pas que l'employeur doit renoncer à toute mesure d'accompagnement. D'ailleurs, la responsabilité patronale s'étend à la prévention des risques psychosociaux et à l'adaptation des conditions de travail, indépendamment du formalisme médical. Dans cette perspective, l'employeur peut librement proposer des adaptations, notamment lorsqu'elles ne modifient pas substantiellement le contrat de travail¹²³¹.

1195. L'importance du dialogue. Toutefois, imposer des changements unilatéraux sans concertation risque d'aggraver le mal-être du salarié. Ils doivent être le fruit d'une communication ouverte et empathique, condition sine qua non pour réussir l'intégration ou la réintégration d'un salarié fragilisé. Un accompagnement fondé sur la concertation évite que le

¹²³⁰ Cass. Soc., 19 déc. 2007, n°06-43.918, publié : *JSL*, 2008, n°226, p. 14, note M-C. Haller ; *JCP E*, 2008, n°5, p. 45, note ; Cass. Soc., 23 sept. 2009, n°08-42.629, publié : *JCP S*, 2009, n°44, p. 28, note A. Martinon ; *RDT*, 2010, n°1, p.30, note M. Véricel.

¹²³¹ J. SAVATIER, « La reprise du travail sans visite de reprise par le médecin du travail », *Droit social*, mai 2006, n°5, p. 514-517

retour soit perçu comme une contrainte supplémentaire et favorise une dynamique positive autour de la reprise. Cette démarche collaborative permet à l'employeur de mieux comprendre les causes réelles de la souffrance au travail et d'adapter ses propositions en conséquence.

1196. L'appui d'experts spécialisés pour un accompagnement sur mesure. Au-delà de ce dialogue interne, l'employeur dispose d'un éventail d'expertises à mobiliser. Le médecin du travail demeure l'interlocuteur privilégié pour des conseils médicaux, même en l'absence de visite de reprise formelle. Par ailleurs, l'intervention d'ergothérapeutes, de psychologues du travail ou d'experts en risques psychosociaux constitue un levier précieux pour une approche multidimensionnelle de l'adaptation. Cette approche pluridisciplinaire permet de concilier santé, sécurité et performance au travail, en tenant compte des spécificités sectorielles et individuelles.

1197. Adapter le poste de travail est une étape indispensable, mais elle n'est pas suffisante. Le retour effectif sur site doit lui aussi faire l'objet d'un accompagnement, impliquant un suivi et des ajustements progressifs. Cette démarche globale illustre une vision contemporaine de la santé au travail qui dépasse le cadre strictement médical ou réglementaire pour investir la sphère organisationnelle et humaine de l'entreprise.

II. Une reprise progressive à démocratiser

1198. Le retour au travail après un arrêt maladie, notamment lorsqu'il est lié à une souffrance physique ou psychique, constitue une étape délicate et déterminante dans le parcours du salarié¹²³². Une reprise brutale expose celui-ci à un stress accru, à une fatigue qui peut être amplifiée par le trajet domicile-travail, ainsi qu'à des jugements parfois malveillants, tant de la part de la hiérarchie que des collègues ayant dû compenser son absence. Ces risques sont autant de facteurs susceptibles d'entraver la consolidation du rétablissement et de favoriser un nouvel arrêt, avec toutes les conséquences humaines et économiques que cela implique.

1199. Dans ce contexte, organiser une reprise progressive apparaît non seulement comme une mesure de prévention essentielle, mais aussi comme une réponse adaptée aux exigences contemporaines de santé et sécurité au travail. Le Code du travail encadre d'ores et déjà plusieurs dispositifs visant à faciliter cette transition, en offrant au salarié une reprise en

¹²³² L. ST-ARNAUD, M. SAINT-JEAN, J. DAMASSE, J. DARSIGNY, *La réintégration au travail à la suite d'un problème de santé mentale*, Rapport, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, décembre 2004.

plusieurs phases (A) et en permettant une adaptation temporaire ou durable des conditions de travail (B). Ces mesures, souvent sous-utilisées, méritent une démocratisation plus large afin d'assurer un retour sur site serein, efficace et durable, respectueux de l'état de santé du salarié et bénéfique pour l'entreprise.

A. L'essai encadré avant la reprise effective du travail

1200. Une phase test préparatoire. L'essai encadré vise à faciliter la réintégration progressive du salarié en arrêt maladie, en permettant une reprise d'activité temporaire, encadrée et sécurisée, avant la reprise définitive¹²³³. Il s'inscrit dans une logique de prévention des risques liés à un retour trop brutal et prématuré, source potentielle d'une rechute ou d'une aggravation de l'état de santé. Il s'agit d'un véritable « sas » entre l'arrêt et le retour au travail, conçu pour expérimenter la compatibilité entre état de santé et exigences professionnelles¹²³⁴.

1201. Un dispositif strictement encadré. L'essai encadré se déploie durant l'arrêt maladie, pour une durée maximale de quatorze jours ouvrables, renouvelable une fois¹²³⁵. Il ne peut être initié que par le salarié¹²³⁶ ou les services de prévention et santé au travail, excluant ainsi toute initiative unilatérale de l'employeur. Cette exclusivité garantit que le dispositif reste un outil de protection du salarié, conforme à l'esprit protecteur du droit du travail. Sa portée s'étend à tous les salariés titulaires d'un contrat de travail, quel que soit leur statut, et il peut être réalisé au sein d'une entreprise autre que celle d'origine, favorisant ainsi les projets de reconversion professionnelle.

1202. La mise en œuvre de l'essai encadré est soumise à une procédure rigoureuse, parfois décourageante pour le salarié. Celle-ci nécessite une évaluation préalable par le service social de l'assurance maladie, ainsi que l'accord conjoint de trois médecins distincts : le médecin traitant, le médecin conseil de la sécurité sociale, et le médecin du travail¹²³⁷. Une visite médicale par le médecin du travail de l'entreprise d'accueil, ou à défaut de celle d'origine, est également obligatoire. Cette complexité procédurale, bien que lourde et chronophage, est justifiée par la fragilité de l'état de santé du salarié, l'arrêt maladie n'étant pas échu et le

¹²³³ CSS, Art. L.323-3-1.

¹²³⁴ CSS, Art. D.323-6.

¹²³⁵ CSS, Art. D.323-6-5.

¹²³⁶ *Ibid.*

¹²³⁷ CSS, Art. D.323-6-3.

travailleur pas forcément remis. Ce cadre strict vise à éviter toute reprise prématurée pouvant aggraver son état ou engendrer un risque professionnel.

1203. Un dispositif aux multiples bénéfices. L'essai encadré offre un cadre sécurisé de reprise progressive, limitant l'impact psychique d'un retour trop abrupt et permettant au salarié de tester sa capacité à occuper son poste ou à s'adapter à un nouvel emploi. Cette flexibilité est essentielle, notamment dans les pathologies psychiques où le retour au poste d'origine n'est pas toujours souhaité ou possible. L'essai favorise ainsi une véritable réévaluation de la situation professionnelle, en offrant la possibilité d'un reclassement ou d'une adaptation préalable à la reprise définitive¹²³⁸. Ce mécanisme doit être salué pour sa capacité à réduire le risque de rechute et à limiter l'absentéisme récurrent.

1204. Du point de vue des employeurs, l'essai encadré n'engendre pas de coût supplémentaire puisque le salarié reste sous le régime de l'arrêt maladie, percevant ses indemnités journalières de la sécurité sociale¹²³⁹. La seule obligation pour l'entreprise d'accueil est d'assurer le suivi du salarié, via un tuteur chargé d'évaluer l'adéquation entre le poste et les capacités du salarié, et de rédiger un bilan transmis au médecin du travail et au service social. Ce bilan est déterminant pour décider si l'essai a été concluant ou si des aménagements complémentaires doivent être envisagés. Ainsi, l'essai encadré constitue un outil souple et sécurisé, favorisant la continuité de la relation de travail et la prévention du risque de rechute.

1205. Un accompagnement renforcé. Ce dispositif est renforcé par un suivi pluridisciplinaire impliquant médecins du travail, services sociaux et caisse primaire d'assurance maladie¹²⁴⁰. Cette coordination permet une prise en charge holistique du salarié et de son environnement, incarnant une politique moderne et proactive de santé au travail. Cet accompagnement garantit la sécurité sanitaire et juridique de la reprise, en offrant des points de vigilance et des conseils d'experts tout au long de la période d'essai. Néanmoins, ce dispositif – récent - demeure insuffisamment connu et promu auprès des salariés, limitant son recours et son potentiel

¹²³⁸ À titre d'illustration, un salarié atteint d'un syndrome du canal carpien de la main gauche reconnu comme maladie professionnelle avait développé, par compensation fonctionnelle, une arthrose sévère de la main droite. Un essai encadré a alors été mis en place afin d'évaluer les possibilités de maintien dans l'emploi au moyen d'un gant exosquelette. Malgré cette tentative d'aménagement, la reprise s'est révélée impossible, conduisant à la reconnaissance de l'origine professionnelle de l'incapacité : CA Riom, 23 sept. 2025, n° 22/01561.

¹²³⁹ CSS, Art. D.323-6-1.

¹²⁴⁰ CSS, Art. D.323-6-7.

bénéfique. Une meilleure information et une plus grande sensibilisation apparaissent donc comme des leviers indispensables pour démocratiser cet outil.

B. Les modalités d'aménagement du travail

1206. La reprise du travail après un arrêt maladie constitue une étape délicate¹²⁴¹, où la simple réintégration dans les conditions antérieures ne saurait être systématiquement imposée. En effet, le retour à l'emploi ne doit pas nécessairement se traduire par une reprise identique sur tous les plans¹²⁴² : présence physique, durée du travail, équipe d'affectation peuvent légitimement être aménagées pour répondre aux besoins spécifiques du salarié. Cette flexibilité, loin d'être un privilège laissé au bon vouloir du travailleur, s'inscrit dans un cadre réglementaire strict, garantissant un équilibre entre adaptation nécessaire et respect des règles organisationnelles.

1207. La question de ces modalités aménagées de reprise s'impose d'autant plus lorsque la cause de l'arrêt – ou la persistance de difficultés – réside directement ou indirectement dans le contexte professionnel lui-même. La souffrance au travail, qu'elle soit liée à des conflits interpersonnels, des tensions managériales, ou des contraintes personnelles telles que la nécessité de concilier soins médicaux et missions professionnelles, nécessite une préparation attentive pour garantir un retour durable et sécurisant.

1208. Cette problématique conduit à l'étude de plusieurs dispositifs essentiels permettant de flexibiliser le travail à la reprise. Dans un premier temps, nous analyserons le mécanisme du temps partiel thérapeutique, outil privilégié pour concilier repos, soins et activité professionnelle (1). Puis, nous étudierons le recours au télétravail, qui s'impose de plus en plus comme une modalité d'organisation favorable à la conciliation entre vie privée et vie professionnelle, tout en offrant un cadre adapté à certaines fragilités (2). Enfin, nous aborderons le droit au reclassement ou au changement de service, mesure clé pour prévenir le risque psychosocial lié à des relations professionnelles toxiques ou conflictuelles, en permettant une réelle adaptation de l'environnement de travail (3).

1209. Ce parcours analytique nous permettra d'appréhender les outils dont dispose aujourd'hui le droit du travail pour accompagner efficacement le retour des salariés en arrêt

¹²⁴¹ A. DUARTE, R. DEJOURS, « Réinsertion professionnelle et santé mentale », *La psychanalyse aujourd'hui*, 2020, n°148, p. 41-52.

¹²⁴² A. DUBURCQ, L. COUROUVE, P. HAVETTE, W. DAB, « Facteurs associés au maintien dans le poste de travail après un épisode d'absence : résultats de l'étude MAPOST des médecins du travail du groupe La Poste », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2018, n°79, p. 705-716.

maladie, en mettant l'accent sur l'équilibre entre sécurité sanitaire et exigences organisationnelles.

1. Le recours au temps partiel thérapeutique

1210. Un outil de conciliation entre travail et soins médicaux. Le temps partiel thérapeutique (TPRT) constitue une modalité de reprise progressive du travail pour les salariés dont l'état de santé nécessite une rééducation ou une réadaptation, mais qui ne sont pas en capacité de reprendre une activité à temps complet¹²⁴³. Cette mesure, qui s'inscrit à l'intersection du droit du travail et de la protection sociale, vise à permettre la poursuite simultanée de soins médicaux indispensables et d'une activité professionnelle adaptée¹²⁴⁴. Le salarié perçoit alors une rémunération proportionnelle à son temps de travail, complétée par des indemnités journalières versées par la caisse d'assurance maladie, sous réserve d'acceptation de cette dernière. Cette combinaison financière vise à réduire les pertes de revenu tout en garantissant une continuité dans la réinsertion professionnelle.

1211. Un cadre légal souple. Le TPRT bénéficie d'un cadre juridique flexible qui facilite son adaptation aux besoins spécifiques du salarié et aux contraintes de l'entreprise. Il offre une possibilité de reprise progressive¹²⁴⁵, pouvant débiter par une réduction substantielle du temps de travail, par exemple à 50 %, puis une augmentation progressive jusqu'à un retour à temps complet. Cette gradation est déterminée par le suivi médical assuré par le médecin prescripteur, garant de la compatibilité entre le travail exercé et l'état de santé du salarié. La réforme du 26 octobre 2018 a renforcé cette souplesse en supprimant l'obligation préalable d'un arrêt de travail à temps plein, ce qui correspond à une reconnaissance accrue de la nécessité d'une approche individualisée. Par ailleurs, le temps partiel thérapeutique peut être initié à tout moment, même après une reprise initiale à temps plein, ce qui témoigne d'une prise en compte pragmatique de la réalité fluctuante des capacités du salarié¹²⁴⁶.

¹²⁴³ CSS, Art. L.323-3.

¹²⁴⁴ P. LEVET, « Travailler avec ou après un cancer : le temps partiel thérapeutique et ses possibles alternatives », *Semaine sociale Lamy*, octobre 2022, n°2016 ; M. GUITTARD, O. CAPITAIN, E. GUITTARD, Y. ROQUELAURE, A. PETIT, « Facteurs influençant le retour au travail et le maintien en emploi après un cancer du sein », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2016, n°77, p. 157-164.

¹²⁴⁵ S. FANTONI-QUINTON, V. GENTY, « Les subtilités du temps partiel thérapeutique », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2018, n°79, p. 666-669.

¹²⁴⁶ Loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 ; Cass. Ass. Plén. 15 juin 1984, n°82-11.070 ; CSS, Art L323-3.

1212. Un encadrement strict. Ce dispositif est encadré par les articles L.323-3, L.433-1 et R.433-15 du code de la sécurité sociale, avec notamment la nécessité pour le salarié d'avoir bénéficié d'un arrêt maladie indemnisé. Pour être envisagé, le TPRT doit faire l'objet d'une prescription du médecin traitant du salarié¹²⁴⁷. Ensuite, l'attestation médicale doit être transmise par le salarié à la caisse primaire d'assurance maladie. La CPAM a le pouvoir d'autoriser le TPRT ou non. Cette étape souligne la place centrale de la sécurité sociale dans la régulation de la mesure, garantissant un contrôle médical objectif. Par ailleurs, un avenant au contrat de travail est indispensable pour formaliser les nouvelles modalités, requérant l'accord explicite de l'employeur. Cette exigence traduit la nature contractuelle du temps partiel thérapeutique et l'importance du consentement mutuel, élément protecteur tant pour le salarié que pour l'employeur. Toutefois, lorsque le médecin du travail estime ce dispositif nécessaire à l'aptitude au travail, cette négociation peut s'inscrire dans un cadre plus contraignant, renforçant la protection du salarié¹²⁴⁸.

1213. Les limites liées au forfait-jours. Le régime du temps partiel thérapeutique exclut les salariés soumis à forfait en jours, car un salarié soumis à un forfait-jours ne peut pas être considéré comme exerçant à temps partiel¹²⁴⁹. Pour ces salariés, plusieurs possibilités existent telles qu'un allègement de la charge de travail ou la suspension temporaire de la convention de forfait. Cette dernière solution, privilégiée en doctrine, permet de préserver la souplesse du dispositif tout en assurant un réel temps de repos thérapeutique. Cette exclusion souligne cependant une certaine rigidité du système pour des catégories spécifiques de salariés, pointant vers un besoin potentiel d'évolution normative.

1214. Un potentiel sous-exploité pour les troubles psychiques. Le temps partiel thérapeutique demeure encore peu utilisé pour les troubles psychiques, malgré son intérêt manifeste dans ce champ. Traditionnellement associé aux pathologies physiques lourdes, le TPRT présente pourtant des avantages non négligeables pour les affections mentales, notamment la prévention de l'isolement et du déclassement professionnel. En permettant au

¹²⁴⁷ C. BEGUE, *op. cit.*

¹²⁴⁸ Cass. Soc., 11 juill. 2012, n°10-15.905, publié : *JCP S*, 2012, n°46, p. 19, note B. Bossu ; *JSL*, 2012, n°330, p. 18, note M. Hautefort ; *BJT*, 2012, n°245, p. 300, obs. S. Nouredine ; *Droit ouvrier*, 2012, n°773, p. 802, note M. Bonnechère.

¹²⁴⁹ Circulaire DGEFP/DRT n°2000-07 du 6 décembre 2000, question 20 ; Cass. Civ. 2^{ème}, 28 mai 2015, n°14-15.695 ; Cass. Civ. 2^{ème}, 3 nov. 2016 n°15-26.276, publié : *JCP S*, 2016, n°48, p. 36, obs. T. Tauran ; Cass. Soc., 27 mars 2019, n°16-23.800, publié : *JCP S*, 2019, n°17, p. 29, obs. J-E Maes-Audebert ; *JSL*, 2019, n°476, p. 17, obs. H. Nasom-Tissandier.

salarié de maintenir un lien avec l'entreprise et de concilier traitement et activité, ce dispositif incarne une démarche de réintégration respectueuse de la complexité des pathologies psychiques. Cette approche est d'autant plus justifiée que la littérature médicale et psychosociale souligne l'importance du maintien dans l'emploi comme facteur de rétablissement. Enfin, sur le plan financier, le TPRT peut atténuer les pertes de revenu souvent associées aux arrêts maladie prolongés, contribuant ainsi à une meilleure stabilité économique du salarié.

1215. Il convient de noter qu'aucune disposition n'exclut formellement les pathologies psychiques du bénéfice du temps partiel thérapeutique. La décision repose sur une appréciation médicale rigoureuse et individualisée, qui peut intégrer les recommandations interdisciplinaires en matière de santé mentale au travail. Par ailleurs, le TPRT peut s'inscrire dans un dispositif global d'adaptation du poste de travail, coexistant ou se substituant à d'autres aménagements, en vue d'une prise en charge holistique du salarié.

2. L'aménagement par le télétravail

1216. Définition. Le télétravail, défini par l'accord national interprofessionnel du 19 juillet 2005 et intégré à l'article L. 1222-9 du Code du travail, se caractérise comme « *une forme d'organisation et/ou de réalisation du travail utilisant les technologies de l'information, dans laquelle un travail, qui aurait également pu être effectué dans les locaux de l'employeur, est réalisé hors de ces locaux de façon régulière* »¹²⁵⁰. Sa mise en place peut intervenir dans le cadre d'un accord collectif, d'une charte élaborée par l'employeur ou d'un commun accord entre les parties¹²⁵¹. Cette modalité d'organisation, qui rompt avec le paradigme du travail exclusivement présentiel, s'inscrit aujourd'hui dans un mouvement plus large de flexibilisation des conditions de travail, recherché par une partie croissante des salariés, tant pour des raisons de qualité de vie que de santé.

1217. Un outil de réinsertion professionnelle. Dans le contexte d'une reprise après arrêt maladie, le télétravail constitue un instrument particulièrement pertinent de prévention de la rechute et de sécurisation de la réintégration professionnelle. L'absence de déplacement

¹²⁵⁰ Accord national interprofessionnel du 19 juillet 2005 relatif au télétravail. La pratique est aussi définie par l'article L.1222-9 du code du travail comme « (...) toute forme d'organisation du travail dans laquelle un travail qui aurait également pu être exécuté dans les locaux de l'employeur est effectué par un salarié hors de ces locaux de façon volontaire en utilisant les technologies de l'information et de la communication ».

¹²⁵¹ Cf : c. L'exemple symptomatique du télétravail, 1, A., I., Section I, Chapitre II, Titre I, Première partie, p. 132.

domicile-travail permet au salarié de préserver un temps de repos précieux, contribuant à la récupération physique et psychologique¹²⁵². De plus, il facilite la conciliation entre l'exercice des fonctions et la poursuite de soins médicaux ou de suivis thérapeutiques. Sur le plan psychologique, le télétravail temporaire ou partiel atténue le choc du retour dans un environnement professionnel qui a pu participer à la souffrance initiale, tout en réduisant l'exposition immédiate aux jugements et à la pression sociale du collectif de travail. Dans cette perspective, il peut constituer un aménagement de poste proposé par le médecin du travail¹²⁵³, relevant ainsi pleinement de l'obligation de l'employeur d'adapter le travail aux capacités du salarié¹²⁵⁴.

1218. Une souplesse organisationnelle adaptée à l'état de santé. Le principal atout du télétravail dans ce contexte réside dans sa flexibilité. Lorsqu'il est mis en place individuellement, ses modalités peuvent être librement déterminées par accord entre l'employeur et le salarié. Cette liberté contractuelle permet d'ajuster le nombre de jours télétravaillés, leur répartition, ou encore les modalités de fixation, en fonction de l'état de santé, de l'évolution de la pathologie et des nécessités de l'activité. Le dispositif peut être conçu comme évolutif : un salarié peut commencer par télétravailler la majorité du temps, puis augmenter progressivement sa présence sur site, ou inversement si son état se dégrade. Cette plasticité répond à l'exigence d'individualisation des mesures de prévention et à l'esprit du droit du travail contemporain, qui tend à privilégier l'adaptation dynamique des conditions de travail aux situations particulières.

3. Le reclassement interne

1219. Notions. Le reclassement interne consiste à proposer au salarié un changement de poste compatible avec ses capacités physiques et psychiques, en vue de maintenir la relation de travail tout en préservant sa santé. Il peut se limiter à un simple changement de service, les missions restant identiques mais le collectif de travail étant renouvelé. Cette solution est particulièrement

¹²⁵² A-F. JOVER, « Le temps de trajet du salarié sous l'œil du médecin du travail », *La Semaine juridique – Social*, octobre 2016, n°42, p. 18-21.

¹²⁵³ S. FANTONI-QUINTON, « Télétravail : encadrement réglementaire, rôle du service de prévention et du médecin de santé au travail », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, avril 2023, Vol 84, n°2.

¹²⁵⁴ Pour rappel, dans l'hypothèse d'une inaptitude, les préconisations du médecin du travail s'imposent à l'employeur si un reclassement est possible en télétravail (Cass. Soc., 29 mars 2023, n°21-15.472, publié : *JCP G*, 2023, n°14, p. 741, note D. Corrignan-Carsin ; *BJT*, 2023, n°5, p. 6, note S. Riancho ; *RDT*, 2023, n°6, p. 426, note M. Véricel).

pertinente en cas de mésentente persistante ou de situations de harcèlement au sein d'une équipe. Le reclassement peut également impliquer un changement plus substantiel, vers un poste aux missions différentes, dans la même structure ou dans un autre établissement de l'entreprise. Dans certaines hypothèses, la dimension géographique devient centrale : rapprocher le lieu de travail du domicile permet de réduire la fatigue liée aux trajets et de mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle. L'adhésion des deux parties demeure essentielle : le salarié n'est pas tenu d'accepter toute proposition, l'objectif étant de parvenir, par un dialogue constructif, à une affectation correspondant au mieux à son état de santé.

1220. Facteurs organisationnels et relationnels du reclassement. Si le reclassement peut, en théorie, prendre des formes variées, ses modalités sont souvent contraintes par la taille, l'activité et la structure organisationnelle de l'entreprise. Dans les petites entités, les possibilités sont mécaniquement réduites. Le succès de la démarche repose également sur la qualité du dialogue et la confiance mutuelle entre l'employeur et le salarié. Ce dernier doit être en mesure d'exprimer ses craintes, ses difficultés et ses besoins concrets, tandis que l'employeur doit accepter d'envisager des modifications du contrat de travail ou de l'affectation, ce qui relève d'une démarche volontaire hors obligation légale. Une fois le principe du reclassement acquis, un second échange est nécessaire pour préciser les modalités pratiques de l'aménagement, dans un souci de réalisme opérationnel et de respect de l'intérêt mutuel.

1221. L'obligation légale de reclassement en cas d'inaptitude. Le Code du travail impose à l'employeur une obligation de reclassement en cas d'inaptitude du salarié médicalement constatée à reprendre l'emploi d'origine¹²⁵⁵. Cette obligation se définit strictement : les propositions doivent se conformer aux conclusions écrites et aux indications du médecin du travail, et porter sur un emploi existant dans l'entreprise ou, le cas échéant, dans une autre entité du groupe permettant une permutation du personnel¹²⁵⁶. L'employeur est tenu de justifier par écrit toute impossibilité de reclassement, notamment si l'inaptitude couvre l'ensemble des activités professionnelles

¹²⁵⁵ Cf. A. L'inaptitude, II., Section III, Chapitre I, Titre I, Seconde partie, p. 326.

¹²⁵⁶ M. GADRAT, « Précisions sur le périmètre du « groupe de reclassement » », *Droit social*, 2023, n°10, p. 829.

¹²⁵⁷. Ce dispositif, qui participe de l'obligation d'adaptation posée par l'article L. 4121-2 du Code du travail, illustre la prééminence de la santé du salarié dans la continuité du contrat, tout en s'inscrivant dans un cadre légal contraint.

1222. Carences pratiques et fragilisation du lien de travail. En dépit de ce cadre juridique, la mise en œuvre effective du reclassement demeure rare, surtout lorsque les difficultés de santé relèvent de troubles psychiques. La reprise est souvent envisagée sous l'angle d'un retour immédiat à pleine performance, dans un contexte où l'absentéisme est perçu par certains employeurs comme un signe d'abus. Une telle approche contribue à fragiliser la relation de travail, en assimilant implicitement la maladie à une faute ou à un défaut d'engagement, au détriment de la prévention de la désinsertion professionnelle. Cette tendance interroge sur la portée réelle des obligations protectrices et sur le rôle que devrait jouer l'entreprise dans l'accompagnement post-arrêt de travail.

Section II. L'absence d'accompagnement humain du salarié malade

1223. Le retour à l'emploi après un arrêt maladie demeure, dans de nombreuses organisations, une étape délicate¹²⁵⁸, parfois teintée de suspicion ou de préjugés. Au-delà des enjeux médicaux, il se heurte à des représentations sociales profondément ancrées : l'arrêt de travail est perçu, par certains employeurs, comme un dispositif rigide, restreignant leur capacité de gestion du personnel et, plus largement, leur liberté d'entreprendre. Cette vision, qui assimile la suspension temporaire du contrat à un préjudice, tend à occulter la fonction première de l'arrêt maladie, à savoir la protection de la santé du salarié et la préservation de sa capacité à exercer durablement son activité.

1224. La problématique est d'autant plus sensible qu'elle engage non seulement des considérations juridiques – relatives à l'articulation entre droits des salariés et prérogatives de l'employeur – mais aussi des enjeux humains et organisationnels. La stigmatisation implicite

¹²⁵⁷ M. VERICEL, « Constatation de l'inaptitude et reclassement du salarié inapte », *Revue de droit du travail*, 2023, n°11, p. 710-713.

¹²⁵⁸ K-D. AGBAVON, « La reprise du travail au terme de la maladie », *Juristourisme*, 2025, n°281, p. 30.

du salarié en reprise d'activité peut altérer la qualité du lien professionnel, peser sur la dynamique collective et, in fine, fragiliser la cohésion de l'entreprise.

1225. Deux grandes attitudes se dessinent alors en pratique. Certaines entreprises adoptent une posture d'opposition, renforçant la défiance à l'égard des salariés malades et créant ainsi un cercle vicieux où la méfiance nourrit l'absentéisme. D'autres, au contraire, choisissent de considérer la santé au travail comme un levier de performance durable, en investissant dans la qualité de vie et dans l'adaptation des conditions de travail. C'est cette dualité d'approche, oscillant entre résistance et coopération, qui sera examinée dans les développements qui suivent : d'abord en étudiant l'arrêt maladie comme facteur de rupture des liens professionnels et humains (I), puis en analysant les réponses managériales et organisationnelles susceptibles de limiter les effets délétères de cette perception (II).

I. Une restriction ressentie du pouvoir de direction

1226. La liberté d'entreprendre¹²⁵⁹, érigée au rang de principe à valeur constitutionnelle¹²⁶⁰, consacre le droit pour toute personne de créer et d'exercer une activité économique dans le domaine de son choix, selon les modalités qu'elle détermine. Elle constitue, pour l'employeur, le socle de son autonomie décisionnelle et organisationnelle.

1227. En vertu de cette liberté, le chef d'entreprise dispose d'un pouvoir de direction lui permettant de déterminer la structure et le fonctionnement de son activité, de recruter les salariés selon les critères et conditions qu'il fixe, de répartir les tâches en fonction des besoins du service, et d'adapter les conditions de travail aux impératifs économiques ou organisationnels¹²⁶¹. L'effectivité de ce pouvoir suppose également la possibilité de sanctionner tout manquement du salarié à ses obligations contractuelles ou aux directives reçues.

1228. Cependant, ce pouvoir de gestion, loin d'être absolu, se trouve étroitement encadré par le droit du travail¹²⁶². Parmi les limitations qui lui sont imposées, la législation relative aux

¹²⁵⁹ Le principe est né de la Révolution de 1789 en réaction contre l'ancien régime. Le décret d'Allarde des 2 et 17 mars 1791 ouvre la faculté à toute personne d'exercer toute profession sans au préalable s'être acquitté d'une obligation fiscale (autrefois une patente devait être payée).

¹²⁶⁰ CC, 16 janv. 1982, n° 81-132 DC : depuis cette décision, le Conseil constitutionnel vérifie que la conciliation opérée par le législateur entre la liberté d'entreprendre et d'autres exigences constitutionnelles ou des motifs d'intérêt général n'est pas excessivement ou inutilement déséquilibrée. Dans l'hypothèse d'une loi la limitant de manière disproportionnée, le Conseil la censure (CC, 16 janv. 2001, n°2000-439 DC).

¹²⁶¹ A. JEAMMAUD, « Le pouvoir patronal visé par le droit du travail », *Semaine Sociale Lamy*, février 2008, n° 1340, p. 15-26.

¹²⁶² *Ibid.*

arrêts de travail pour maladie occupe une place singulière. En suspendant le contrat de travail et en privant temporairement l'employeur de certaines prérogatives à l'égard du salarié, elle restreint sa capacité à organiser librement la main-d'œuvre et à anticiper l'activité. L'arrêt maladie opère ainsi comme un facteur de réduction du pouvoir de gestion (A), dont les effets peuvent se répercuter sur la continuité et la performance de l'activité économique (B).

A. Une contrainte structurelle dans l'organisation du personnel

1229. La limitation des pouvoirs de gestion et de direction de l'employeur répond à un impératif supérieur : la préservation de la santé des travailleurs. Celle-ci constitue non seulement une exigence légale, mais aussi un enjeu de santé publique, indissociable du bon fonctionnement, à long terme, du tissu économique. La pérennité d'une entreprise repose, en effet, sur la disponibilité de salariés en bonne santé, physiquement et psychologiquement aptes à exercer leur activité. À l'inverse, le défaut de prise en charge précoce et adaptée des pathologies expose au risque d'une inaptitude définitive, privant l'entreprise de ressources humaines qualifiées et, in fine, de sa capacité de production.

1230. Toutefois, cette protection indispensable peut, dans les faits, générer une certaine rigidité dans l'organisation du personnel. Les contraintes inhérentes au régime de l'arrêt maladie affectent d'abord la conduite même de l'activité, en perturbant la répartition des tâches et la continuité de la production (1). Elles peuvent également altérer la qualité du suivi des relations de travail, en fragilisant la confiance réciproque et en détériorant la communication entre le salarié et l'employeur (2).

De cette fragilisation du lien individuel peut naître un impact plus large, affectant la dynamique collective de l'entreprise. Les ajustements imposés par les absences prolongées peuvent ainsi ralentir, voire entraver, l'évolution de l'organisation et des projets communs (3).

1. L'impossibilité de gérer le poste du salarié absent

1231. Le principe de disponibilité de la main d'œuvre. L'organisation productive repose sur la disponibilité effective des salariés, dont la prestation de travail constitue l'élément central de la relation contractuelle. La faculté, pour l'employeur, de solliciter ses collaborateurs en cas de besoin – qu'il s'agisse de répondre à un impératif client, de finaliser un dossier ou de traiter un incident technique – relève du cœur de son pouvoir de direction. Or, le régime de l'arrêt de travail pour maladie introduit une limite substantielle à cette faculté. La survenance d'une

incapacité de travail, en raison de son caractère souvent imprévisible, désorganise la planification des tâches et contraint l'employeur à réagir dans l'urgence, parfois au détriment de la continuité de l'activité.

1232. L'effet immédiat et imprévisible de la suspension du contrat de travail. La première rigidité tient à l'absence de préavis dans la mise en œuvre de l'arrêt maladie. Contrairement à d'autres situations de suspension du contrat (congé parental, congé sabbatique, formation...), le salarié n'est tenu d'aucune obligation d'information préalable avant de cesser son activité. Cette absence de délai d'anticipation laisse l'employeur sans marge de manœuvre pour réaffecter les missions ou réorganiser la charge de travail. Les premiers jours suivant l'arrêt sont, à cet égard, particulièrement critiques, certaines tâches restant matériellement impossibles à réaliser ou étant confiées à des remplaçants moins expérimentés, au risque de dégrader la qualité du service ou de la production.

1233. L'interdiction de toute sollicitation pendant l'arrêt. Le principe même de la suspension du contrat de travail emporte interdiction, pour le salarié en arrêt maladie, d'exécuter toute prestation professionnelle, même ponctuelle ou exceptionnelle. Cette règle est d'ordre public, fondée sur la primauté de la protection de la santé sur la sauvegarde des intérêts économiques de l'entreprise. La jurisprudence rappelle régulièrement que ni l'urgence d'une situation ni la gravité d'un enjeu commercial ne sauraient justifier la réquisition du salarié malade¹²⁶³. Cette limitation peut avoir des effets démultipliés lorsque plusieurs absences surviennent simultanément, créant un goulot d'étranglement organisationnel et accentuant la vulnérabilité de l'entreprise face à l'aléa.

1234. L'incertitude sur la date de reprise. L'impossibilité d'anticiper la reprise du salarié constitue une autre contrainte majeure. L'avis médical fixant la durée initiale de l'arrêt peut être prolongé, parfois à plusieurs reprises, ou, inversement, être interrompu par une reprise anticipée. Dans tous les cas, l'employeur ne peut exiger du salarié qu'il l'informe de l'évolution de son état de santé, ni de ses intentions quant à la date de retour. Le respect du secret médical et de la vie privée interdit toute immixtion dans ce domaine, plaçant l'employeur dans une situation d'attente passive. Ce n'est qu'à l'issue effective de l'arrêt, et en l'absence de

¹²⁶³ Cf : A. Une déconnexion imposée dans l'intérêt thérapeutique, I, Section I, Chapitre I, Titre I, Seconde partie, p. 293.

prolongation, que la reprise peut être organisée, parfois dans un laps de temps trop court pour assurer une réintégration fluide.

1235. L'impossibilité de préparer la reprise en amont. La préparation opérationnelle du retour – planification de rendez-vous, réattribution de dossiers, organisation logistique – se heurte au principe d'interdiction de toute activité professionnelle pendant l'arrêt. Même les actions destinées à faciliter la reprise peuvent être assimilées à l'exécution d'une prestation, et donc refusées légitimement par le salarié. Si des aménagements informels existent dans certaines entreprises, ils sont rares dans les situations où l'arrêt résulte d'une souffrance liée au travail, le retour pouvant raviver un mal-être. L'absence de préparation formelle accroît le risque de tensions à la reprise, nourrissant un climat de méfiance susceptible d'endommager durablement la relation de travail.

2. La dégradation du lien contractuel pendant l'arrêt

1236. La suspension des échanges formels et informels. La relation contractuelle entre employeur et salarié ne se limite pas à une simple exécution mécanique de tâches ; elle se construit et s'enrichit au fil d'interactions quotidiennes, tant formelles (entretiens, négociations, affectations) qu'informelles (discussions spontanées, échanges de confiance). Or, l'arrêt de travail pour maladie interrompt brutalement cette dynamique relationnelle. La suspension du contrat se traduit par une coupure des communications entre le salarié et ses supérieurs hiérarchiques, mais également entre collègues. Ce silence forcé fragilise le suivi des missions en cours et empêche le dialogue nécessaire à la bonne marche du travail collaboratif, créant une suspension du lien social dans l'entreprise.

1237. L'impact professionnel de l'absence. Si l'arrêt maladie ne saurait, en soi, justifier une sanction ou une exclusion du salarié, son effet sur la production est immédiat et tangible. L'absence entraîne une baisse de la productivité individuelle, ce qui peut se traduire par un moindre apport aux résultats financiers de l'entreprise. Cette situation influence indirectement la carrière du salarié : retard dans l'obtention d'objectifs, perte de primes ou bonus liés à la performance, voire frein à la progression professionnelle¹²⁶⁴. L'absence pour maladie, bien

¹²⁶⁴ Th. BARNAY, J. FAVROT, C. POLLAK, « L'effet des arrêts maladie sur les trajectoires professionnelles », *Économie et Statistique*, 2015, n° 475-476, p. 135-156.

qu'indispensable à la santé du salarié, participe paradoxalement à une forme d'« invisibilisation » professionnelle qui pèse sur sa reconnaissance et sa valorisation au sein de l'organisation.

1238. Au-delà de la production, l'arrêt maladie suspend également les échanges contractuels en cours ou à venir. Les entretiens annuels, discussions sur les conditions de travail, négociations salariales ou réorganisations sont nécessairement différés, voire abandonnés. Ce retard peut être aggravé par des mutations organisationnelles concomitantes : changement de direction, modification de la situation économique, évolution des politiques salariales. La doctrine souligne que ces facteurs combinés contribuent à une double frustration : pour le salarié, l'impression d'un blocage de sa progression, pour l'employeur, la perte de temps et d'efficience dans la gestion des ressources humaines.

1239. La cristallisation d'une méfiance. Au plan humain, l'arrêt maladie peut générer un climat de défiance réciproque. L'employeur, parfois suspicieux quant à la réalité ou à la durée de l'arrêt, développe une perte de confiance envers le salarié. Cette méfiance se traduit souvent par un refus de confier des responsabilités nouvelles au retour du travailleur, et une distance relationnelle accrue. La littérature managériale identifie ce phénomène comme un « cercle vicieux » de la démotivation : le salarié, se sentant jugé et délaissé, s'implique moins, ce qui aggrave son mal-être et peut conduire à une désaffection progressive vis-à-vis de son poste. Ce processus alimente une rupture du lien de travail qui, en cas d'absence de médiation, fragilise durablement la relation employeur-salarié.

1240. La rupture symbolique avec l'entreprise. L'absence prolongée peut aussi s'accompagner d'une déconnexion du salarié avec la vie de l'entreprise. L'introduction de nouvelles technologies, la réorganisation des équipes, les changements stratégiques ou de personnels sont autant d'évolutions que le salarié en arrêt peut manquer. À son retour, il se retrouve souvent en situation d'« outsider », devant rattraper un retard dans l'acquisition d'informations et de compétences. Cette coupure temporelle, couplée à un climat potentiellement délétère, favorise un sentiment d'exclusion, renforcé par la jalousie ou la surcharge des collègues restants. Ce phénomène traduit la difficulté à réintégrer pleinement le collectif de travail après une période d'éloignement, thématique largement analysée dans la sociologie du travail¹²⁶⁵.

¹²⁶⁵ E. DURKEIM, *De la division du travail social*, PUF, Quadrige, 8^e éd., 2013 ; *Les règles de la méthode sociologique*, PUF, Quadrige, 2013.

1241. Cependant, cette suspension de la relation de travail n'est que temporaire. À la reprise, l'employeur a un rôle déterminant pour renouer le dialogue et restaurer un climat de confiance. Relancer les discussions interrompues, clarifier les attentes, et mettre en place un accompagnement personnalisé sont des leviers essentiels pour prévenir les effets durables de la rupture. Faute d'une gestion humaine et proactive, les sentiments négatifs de méfiance et de frustration risquent de s'amplifier, compromettant non seulement la relation individuelle mais aussi la cohésion collective au sein de l'entreprise. Une politique managériale adaptée, attentive à la dimension relationnelle des arrêts maladie, pour limiter les effets délétères sur l'évolution organisationnelle, est importante.

3. Le ralentissement de la dynamique collective

1242. La suspension du contrat de travail du salarié malade n'affecte pas seulement la relation individuelle, mais peut également perturber les dynamiques collectives au sein de l'entreprise. Cette suspension a une incidence indirecte sur la gestion du personnel à un niveau collectif, ainsi que sur le développement du droit applicable à l'ensemble des salariés.

1243. L'absence de représentants du personnel. Les représentants du personnel, bien que leurs mandats ne soient pas suspendus durant un arrêt maladie, peuvent être temporairement empêchés d'exercer pleinement leurs fonctions. L'incapacité physique ou psychique à participer aux réunions du comité social et économique (CSE) ou aux négociations syndicales peut provoquer un retard dans la mise en œuvre de projets cruciaux, notamment ceux ayant trait à la gestion collective du personnel (licenciements collectifs, plans de formation, conditions de travail). Cette absence crée un déficit d'action collective, pouvant aboutir au report, voire à l'abandon, de mouvements sociaux ou d'initiatives favorables à la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT). Le dialogue social s'en trouve donc fragilisé, malgré son rôle fondamental pour l'équilibre de l'entreprise.

1244. Il convient toutefois de relativiser ce constat. La présence systématique de suppléants pour chaque titulaire au CSE assure une continuité minimale des fonctions représentatives. Par ailleurs, l'employeur conserve des marges de manœuvre importantes pour agir unilatéralement¹²⁶⁶, ou par accord collectif, sur l'organisation du travail. Ainsi, la mise en place du télétravail ou d'autres dispositifs peut être décidée sans participation directe immédiate des

¹²⁶⁶ E. DOCKES, « L'engagement unilatéral de l'employeur », *Droit Social*, mars 1994, n°3, p. 227-236.

représentants absents¹²⁶⁷. L'absence individuelle ne saurait bloquer l'évolution collective : la responsabilité de la progression des projets incombe in fine à la gouvernance de l'entreprise, qui ne peut se défaire sur l'absentéisme pour justifier une paralysie.

1245. La démobilisation des acteurs internes. L'impact de l'absentéisme dépasse cependant la simple dimension institutionnelle pour toucher les dynamiques psychologiques et managériales. Un taux élevé d'absences peut engendrer chez l'employeur un sentiment d'impuissance, marqué par la difficulté à gérer les équipes, le mécontentement des clients, et un épuisement progressif. La doctrine managériale identifie ce phénomène comme un facteur majeur de démotivation des décideurs, qui, confrontés à des résultats insatisfaisants malgré leurs efforts de prévention, peuvent renoncer à investir dans de nouvelles actions ou à renforcer le dialogue social, par crainte d'échecs répétés.

1246. Chez les salariés et leurs représentants, la persistance d'une situation bloquée sans réponse adaptée de la direction alimente frustration et désengagement. La perception d'une indifférence de l'employeur à la santé des travailleurs mine la confiance nécessaire à l'engagement dans le dialogue social. Or, il faut souligner l'importance cruciale de l'investissement en temps, en formation et en moyens, notamment via des expertises, pour que le dialogue social soit efficace. Faute de quoi, les représentants perdent leur motivation et le dialogue social s'érode, amplifiant la surcharge des salariés présents et ralentissant les actions collectives. Ce cercle vicieux compromet à long terme la capacité de l'entreprise à concilier performance économique et bien-être au travail.

B. Un impératif de production fragilisé par l'aléa de l'absence

1247. L'absentéisme, qu'il soit ponctuel ou prolongé, constitue un défi majeur pour les entreprises contemporaines en raison de son impact direct sur la continuité et la qualité de l'activité productive. Lorsqu'un salarié est absent, c'est une part du travail qui demeure inachevée, générant des perturbations qui se répercutent souvent bien au-delà de son poste individuel. Cette absence, au cœur de la relation contractuelle suspendue, ne se limite pas à une simple interruption du lien de travail mais fragilise les équilibres organisationnels et humains au sein des équipes.

¹²⁶⁷ Cf. : c. L'exemple symptomatique du télétravail, I., A., I., Section I, Chapitre II, Titre I, Première partie, p. 132.

1248. Le mécanisme rigide de l'arrêt maladie accentue cette problématique, car il limite les marges de manœuvre de l'employeur dans la gestion anticipée des ressources humaines et dans l'adaptation des plannings. Ces contraintes organisationnelles conduisent parfois à une paralysie quasi totale des activités d'un service, mettant en lumière la tension entre l'impératif de production et la nécessaire protection de la santé du salarié.

1249. Ainsi, il convient d'analyser les effets concrets de l'absence sur la capacité productive des entreprises, en s'attachant d'abord aux conséquences immédiates sur la gestion quotidienne des équipes et l'exécution des tâches (1), puis en élargissant la perspective à une baisse globale de la productivité (2). Cette double approche permet d'appréhender les enjeux complexes auxquels les employeurs sont confrontés dans un contexte où la continuité de l'activité doit composer avec l'aléa sanitaire inhérent au travail humain.

1. Une désorganisation imprévisible et subie

1250. Une désorganisation structurelle induite. L'absence d'un salarié, qu'elle soit individuelle ou collective, engendre une désorganisation structurelle au sein de l'entreprise, dont l'intensité varie selon le rôle occupé par le travailleur absent. Chaque salarié constitue un maillon essentiel dans le fonctionnement de l'organisation productive, assurant la continuité des processus de production ou de prestation de services. Cette interdépendance fonctionnelle, analysée par la théorie systémique des organisations signifie que la suppression momentanée d'un maillon peut déstabiliser l'ensemble du système. Cette fragilité est exacerbée lorsque le salarié absent occupe une fonction managériale ou technique clé, car son absence se répercute en cascade sur l'ensemble de son équipe, voire sur des départements entiers. La réorganisation immédiate des activités s'avère alors souvent impraticable, faute de ressources humaines internes immédiatement compétentes ou disponibles.

1251. Par ailleurs, la concomitance d'absences multiples, qu'elle soit fortuite ou résultant d'une éventuelle instrumentalisation du dispositif d'arrêt maladie, amplifie cette déstabilisation, engendrant un phénomène d'effet cumulé à l'échelle de l'entreprise. Ce constat rejoint les analyses sur la vulnérabilité organisationnelle face aux aléas du facteur humain. Cette situation place l'employeur dans une posture de gestion réactive, parfois démuni face à des perturbations imprévues, illustrant les limites des modèles classiques de planification des ressources humaines.

1252. L'imprévisibilité de l'absentéisme. Ce qui caractérise fondamentalement la désorganisation liée à l'absence du salarié, c'est son caractère profondément imprévisible. En effet, l'employeur est privé de toute information préalable quant au moment d'apparition de l'absence et à sa durée, ce qui engendre une incertitude majeure dans la gestion opérationnelle de l'entreprise. Cette incertitude rejoint les notions développées dans la théorie de la contingence et la gestion des risques organisationnels, qui insistent sur la nécessité d'adapter les pratiques managériales à un environnement instable. L'impossibilité d'anticiper le déclenchement de l'arrêt maladie contraint l'employeur à une gestion à court terme, dans laquelle les décisions doivent être prises en situation d'urgence, souvent au détriment de la qualité des réajustements organisationnels.

1253. De plus, la durée potentiellement indéfinie de l'absence – du fait de ses prolongations successives – complique la prise de décision quant à la nature des mesures à adopter, oscillant entre solutions temporaires et remplacements durables. Cette variabilité temporelle rend difficile toute planification stratégique à moyen terme. Il importe cependant de rappeler que ces contraintes sont inhérentes au respect des droits individuels des salariés malades, qui restent la priorité absolue, conformément aux principes protecteurs du droit du travail et de la santé au travail. En conséquence, la désorganisation causée ne saurait être imputée aux salariés absents, mais doit être comprise comme une conséquence inévitable de la conjugaison entre exigences organisationnelles et protection individuelle.

1254. Enfin, cette désorganisation se traduit directement par une dégradation de la performance collective. L'absence de membres clés au sein des équipes fragilise leur capacité à accomplir les missions qui leur sont confiées, pouvant conduire à une suspension temporaire des activités ou à un ralentissement significatif de la productivité.

2. Une perte d'efficacité difficilement absorbable

1255. L'érosion mécanique de la productivité. La corrélation entre la présence effective des salariés et la productivité globale de l'entreprise est directe et immédiate : chaque absence entraîne mécaniquement une réduction du volume d'activité réalisé. Dans une logique économique classique, l'absence d'un salarié se traduit par une diminution proportionnelle du nombre de biens produits ou de services rendus, affectant simultanément le chiffre d'affaires et, potentiellement, la viabilité financière de la structure. L'illustration est éloquent dans le cas d'un technicien informatique chargé d'assurer cinq interventions par jour : une journée

d'absence équivaut à cinq prestations non réalisées et, par conséquent, non facturées. L'impact n'est pas seulement conjoncturel ; il peut s'avérer structurel, en altérant la réputation commerciale de l'entreprise. Une prestation annulée in extremis fragilise la relation de confiance avec la clientèle, ce qui, à terme, peut entraîner la perte de contrats et compromettre la fidélisation. Cette dimension qualitative de la perte – l'atteinte à l'image – est particulièrement préoccupante, car elle dépasse la simple évaluation comptable du manque à gagner. Cela étant, le coût économique direct de l'absence doit être nuancé : en cas d'arrêt maladie non assorti d'un complément employeur, l'entreprise est dispensée de toute rémunération à verser au salarié, limitant ainsi son engagement financier immédiat.

1256. La réorganisation interne comme coût caché. À la perte de productivité s'ajoute un coût organisationnel souvent sous-estimé : le temps et l'énergie nécessaires à la réorganisation interne. Cette tâche incombe généralement au supérieur hiérarchique direct ou au chef de service, qui doit procéder à une redistribution des missions, priorisant les tâches urgentes et stratégiques afin de limiter les conséquences de l'absence sur le fonctionnement quotidien. Or, cette phase d'ajustement est chronophage, absorbant une partie du temps de travail des encadrants, qui ne peuvent dès lors se consacrer pleinement à leurs missions premières. Lorsque la durée de l'absence ou la nature des fonctions occupées par le salarié malade impose son remplacement, l'effort de réorganisation s'élargit : les services des ressources humaines sont mobilisés pour rechercher des candidats, organiser un processus de sélection et, le cas échéant, mettre en place un parcours d'intégration ou de formation. Ces tâches, bien que nécessaires, constituent un « coût caché » de l'absentéisme, rarement quantifié mais significatif dans l'économie générale de l'entreprise.

1257. Vers une redéfinition des rapports entre maladie et travail. Au-delà des effets immédiats sur la production et l'organisation interne, l'absentéisme interroge la conception même du rapport au salariat et à la santé au travail. L'ampleur des contraintes qu'il impose à l'employeur – tant en termes de gestion des relations de travail que de maintien de l'activité – tend à nourrir une réflexion renouvelée sur la conciliation entre impératifs économiques et protection de la santé des travailleurs. Cette tension, qui traverse l'ensemble du droit du travail, illustre la nécessité d'un équilibre subtil entre continuité de la production et respect des droits fondamentaux du salarié malade, équilibre qui ne peut être atteint qu'au prix d'une adaptation constante des pratiques managériales et des dispositifs juridiques applicables.

II. Une dualité managériale dans la gestion des absences

1258. Dans un contexte où l'absentéisme devient un facteur structurel perturbant l'organisation des entreprises, un sentiment croissant de lassitude, voire d'agacement, gagne certains employeurs. L'allongement des temps consacrés à la gestion des absences, l'absence de visibilité sur la disponibilité des équipes et la récurrence des arrêts maladie alimentent une impression d'impuissance managériale. À ces contraintes s'ajoute le poids financier, direct ou indirect, que l'entreprise doit supporter. Dans un tel climat, la réaction de nombreux employeurs s'inscrit dans une logique de contrôle renforcé et de suspicion quasi permanente à l'égard des salariés. Par un renversement implicite de la présomption de loyauté, le salarié absent tend à être perçu non plus comme un acteur engagé de la production, mais comme un agent agissant prioritairement selon ses intérêts personnels, indépendamment des impératifs collectifs. Cette orientation traduit une volonté de maîtrise et de discipline qui s'inscrit dans une culture de défiance, dont les effets sur la relation de travail méritent une analyse spécifique (A).

1259. À l'opposé de cette posture réactive, d'autres entreprises choisissent une stratégie de prévention fondée sur la promotion de la qualité de vie au travail et l'adaptation des conditions d'exercice. Cette approche privilégie l'accompagnement du salarié absent dans sa phase de retour, en aménageant ses conditions de reprise pour réduire la pression et le stress inhérents à cette étape. En instaurant un climat de confiance et en atténuant les facteurs de risque psychosociaux, ces employeurs entendent non seulement favoriser une réintégration harmonieuse, mais également prévenir les rechutes et réduire durablement le taux d'absentéisme. Ce choix, qui suppose un investissement organisationnel et parfois financier, illustre une conception plus partenariale de la relation de travail, orientée vers la soutenabilité de l'activité et la préservation de la santé des travailleurs (B).

A. Une mutation des pratiques managériales vers la défiance

1260. Face à la montée de l'absentéisme, certaines entreprises ont progressivement adopté une posture de défiance, transformant ponctuellement une réaction conjoncturelle en une véritable ligne directrice de gestion du personnel. Ce réflexe défensif, initialement déclenché par l'absence ponctuelle d'un salarié, tend à se généraliser jusqu'à affecter la perception même du salariat comme cadre d'organisation du travail. Le lien de subordination, historiquement fondé sur une présomption de loyauté réciproque, se trouve alors fragilisé au profit d'une logique de contrôle et de maîtrise des risques liés à l'absence. Dans les structures dont l'activité le permet,

cette défiance peut se traduire par un choix stratégique : limiter progressivement le recours au salariat afin d'échapper aux aléas et aux coûts générés par la suspension des contrats pour cause de maladie (1).

1261. Toutefois, dans la majorité des secteurs, le salariat demeure le mode d'organisation incontournable. L'employeur ne pouvant s'en abstraire, la défiance s'exprime alors autrement, par une contestation quasi-systématique de la légitimité des arrêts de travail. Ce recours récurrent à la remise en cause médicale et administrative de l'absence devient un outil de régulation implicite du rapport d'emploi, cherchant à décourager toute interruption jugée non conforme aux intérêts économiques de l'entreprise (2).

1. Le rejet du salariat

1262. Les fondements économiques et juridiques d'une défiance croissante. Le modèle salarial, longtemps considéré comme la forme la plus sécurisée et la plus équilibrée d'organisation du travail, fait aujourd'hui l'objet de critiques récurrentes dans le monde entrepreneurial¹²⁶⁸. Plusieurs facteurs alimentent cette remise en cause : la complexité croissante du droit du travail¹²⁶⁹, la rigidité de certaines règles d'ordre public, et plus spécifiquement, les contraintes liées aux régimes d'arrêt de travail pour maladie. À cela s'ajoutent des charges structurelles, telles que la progression régulière du salaire minimum, le poids des cotisations sociales, et les difficultés persistantes de recrutement dans de nombreux secteurs. Dans un contexte où les attentes des employeurs et celles des salariés divergent de plus en plus, la gestion quotidienne de l'absentéisme est perçue comme un coût économique direct et une source de désorganisation organisationnelle, exacerbant ainsi le sentiment de vulnérabilité patronale.

1263. L'essor stratégique du recours au travail indépendant. Face à ce constat, certaines entreprises réorientent leur organisation en limitant le recours au salariat lorsque cela est possible. Le travail indépendant, en ce qu'il ne fait pas peser sur l'entreprise les conséquences économiques d'une absence, apparaît comme une alternative attrayante¹²⁷⁰. En cas de non-exécution de la prestation, l'entreprise n'est pas tenue de rémunérer le prestataire et peut, le cas

¹²⁶⁸ M. FLECHER, « Création de startup et rapport au salariat : qui sont les « nouveaux entrepreneurs » ? », *Connaissance de l'emploi*, juin 2023.

¹²⁶⁹ A. PAUTET, « Assiste-t-on à la fin du salariat ? », *Les défis du capitalisme*, 2021, p.165-185.

¹²⁷⁰ B. MARTINOT, *Le travail indépendant : une alternative au salariat ?*, Communication, 18 septembre 2017, academiesciencesmoralesetpolitiques.fr.

échéant, obtenir réparation contractuelle. S'ajoute à cela une plus grande liberté de rupture et l'absence d'obligations sociales lourdes (telles que la mise en place d'instances représentatives du personnel). Cette logique de flexibilité conduit parfois à externaliser des fonctions entières, notamment dans la paie ou l'informatique, réduisant ainsi la dépendance aux salariés internes. Lorsque la nature de l'activité exclut une externalisation complète, la défiance s'exprime autrement : par le recours à des contrats courts ou assortis de longues périodes d'essai, permettant de maîtriser le risque lié à la maladie¹²⁷¹.

1264. La remise en cause du salariat par les salariés. Le scepticisme ne se limite pas aux employeurs¹²⁷². Une partie croissante des travailleurs, notamment parmi les jeunes générations, perçoit le salariat comme une forme d'emploi insuffisamment adaptée aux aspirations contemporaines¹²⁷³. Les griefs portent sur la rigidité horaire, les faibles marges de manœuvre dans l'organisation du travail, la pression hiérarchique ou encore le niveau jugé insuffisant des rémunérations¹²⁷⁴. Hormis la stabilité qu'offre le contrat à durée indéterminée — lequel ne représentait que 13 % des embauches en 2017¹²⁷⁵ —, les avantages spécifiques du salariat semblent, aux yeux de certains, s'éroder face aux promesses d'autonomie et de flexibilité des formes d'emploi indépendantes.

1265. La persistance de la subordination et le retour de la suspicion médicale. Toutefois, le recours aux travailleurs indépendants comporte un risque juridique majeur : la requalification en contrat de travail lorsque les conditions de la subordination sont réunies¹²⁷⁶. Dans les secteurs où cette substitution est impraticable, l'entreprise demeure contrainte d'employer des salariés, mais en adoptant une approche empreinte de vigilance accrue. Cette méfiance peut s'exprimer dès l'embauche, mais elle atteint son paroxysme lorsqu'un salarié est placé en arrêt maladie. La contestation de la légitimité médicale de l'absence devient alors, dans certaines

¹²⁷¹ Pour rappel, au 1^{er} trimestre 2022, les contrats à durée déterminée représentaient 81,8 % des nouvelles embauches. Ce chiffre est stable (DARES, « Les embauches continuent de progresser au 1^{er} trimestre 2022 », *DARES indicateurs*, juin 2022, n°31).

¹²⁷² F. GOLLAIN, *Une critique du travail. Entre écologie et socialisme*, La découverte, 2000.

¹²⁷³ D. RODET, « Jeunes travailleuses et travailleurs de la production engagée : articuler activité professionnelle et convictions », *La revue de l'IREs*, 2019, n°99, p. 11-36.

¹²⁷⁴ Y. MOULIER-BOUTANG, *De l'esclavage au salariat. Économie historique du salarié bridé.*, PUF, 1998.

¹²⁷⁵ DARES, « CDD, CDI : comment évoluent les embauches et les ruptures depuis 25 ans ? », *DARES Analyses*, juin 2018, n°026.

¹²⁷⁶ B. TEYSSIE, J-F. CESARO, A. MARTINON, *Droit du travail - Relations individuelles*, LexisNexis, Manuel, 3e éd., 2014.

organisations, un réflexe quasi-institutionnalisé, révélateur d'une tension structurelle entre la protection de la santé du salarié et la sauvegarde des intérêts économiques de l'entreprise.

2. La banalisation des contestations d'arrêts de travail

1266. La persistance du discours sur les « arrêts de complaisance ». Malgré un encadrement strict de la prescription médicale des arrêts de travail, le discours dénonçant la prétendue prolifération des arrêts dits de complaisance occupe une place croissante dans l'opinion publique et dans certaines sphères patronales. Cette perception repose souvent sur des expériences personnelles isolées, érigées en généralités, où l'arrêt de travail aurait été obtenu en l'absence d'incapacité réelle — parfois pour des motifs totalement étrangers à la santé. Cette croyance, en nourrissant l'idée que l'absentéisme résulte d'abus, installe un climat de suspicion au sein de nombreuses entreprises. Or, ces doutes reposent rarement sur des données objectives : la majorité des pathologies susceptibles de justifier un arrêt sont invisibles à l'œil non averti, et l'employeur, par nature, ne dispose ni de la compétence médicale ni des éléments cliniques nécessaires pour apprécier la réalité de l'incapacité. Dans ce contexte, la réaction patronale tend à devenir réflexe : remettre immédiatement en cause la justification médicale de l'absence.

1267. Les formes contemporaines de la contestation patronale. Ce réflexe contestataire s'exprime aujourd'hui à travers des mécanismes bien identifiés. La première voie, sans doute la plus courante, consiste à solliciter une contre-visite médicale, lorsque la convention collective ou la loi l'autorise, afin de vérifier la réalité de la pathologie et le respect par le salarié de ses obligations¹²⁷⁷. Parallèlement, l'employeur peut demander un contrôle par les services du régime général de sécurité sociale¹²⁷⁸. Une deuxième voie, plus offensive, cible directement le médecin prescripteur : certaines entreprises saisissent le Conseil de l'Ordre afin de dénoncer la délivrance supposée abusive d'arrêts maladie¹²⁷⁹. Enfin, lorsque l'arrêt est motivé par un accident du travail ou une maladie professionnelle, l'employeur peut contester le lien avec l'activité salariée en formulant des réserves motivées lors de la déclaration d'accident ou de maladie. Ces outils juridiques, initialement conçus comme des garanties de régulation, tendent dans certains environnements à devenir des instruments systématiques de défiance.

¹²⁷⁷ Cf : A. La contre-visite employeur, II., Section I, Chapitre I, Titre II, Seconde partie, p. 393.

¹²⁷⁸ Cf : B. Le contrôle par la sécurité sociale, II., Section I, Chapitre I, Titre II, Seconde partie, p. 399.

¹²⁷⁹ C. MANAOUIL, S. FANTONI-QUITTON, D. MONTPELLIER, « Doit-on craindre les poursuites ordinales déclenchées par les employeurs dans le cadre de la souffrance au travail ? », *Responsabilité*, septembre 2014, Vol. 14, p. 11-25.

1268. Un cercle vicieux préjudiciable à tous. L'usage répétitif de ces mécanismes, lorsqu'il repose sur une suspicion généralisée, contribue à instaurer un cercle vicieux aux effets délétères. Le salarié, anticipant le risque d'être mis en cause ou discrédité, peut renoncer à solliciter un arrêt, même lorsque son état de santé l'exigerait, pour éviter le stigmate d'un absentéisme perçu comme abusif. Cette autocensure, loin de favoriser la continuité de l'activité, entraîne souvent l'aggravation des pathologies non traitées, jusqu'à générer des incapacités durables, beaucoup plus coûteuses à la fois pour l'individu et pour la collectivité. Par ailleurs, pour les salariés déjà en arrêt, la perspective du retour en entreprise peut s'accompagner d'une anxiété accrue face au risque de critiques ou de mises en cause implicites, augmentant la probabilité d'absences prolongées ou répétées. Cette dynamique trouve parfois sa source dans un déni organisationnel : l'entreprise, refusant d'admettre l'existence de facteurs internes de souffrance au travail, préfère attribuer l'absence à une simulation.

B. L'émergence d'une dynamique de prévention

1269. Si la défiance à l'égard des absences pour maladie tend à se banaliser, un mouvement inverse, plus constructif, se dessine parallèlement dans certaines entreprises. Celles-ci prennent progressivement conscience que la qualité de la relation de travail et le bien-être des salariés ne constituent pas seulement un impératif éthique, mais également un levier stratégique de performance : productivité accrue, stabilité des effectifs, réduction du taux d'absentéisme, amélioration du climat social¹²⁸⁰. Cette reconnaissance du lien direct entre satisfaction au travail et compétitivité conduit à une réorientation des pratiques managériales, privilégiant l'anticipation des difficultés plutôt que leur sanction a posteriori.

1270. Cette dynamique préventive ne se limite pas à repenser la réaction face aux arrêts maladie. Elle suppose une transformation plus large de l'organisation et des méthodes de gestion des ressources humaines, intégrant la qualité de vie et les conditions de travail (QVCT) comme axes centraux de la politique sociale¹²⁸¹. Dans ce cadre, l'humain est (ré)affirmé comme cœur de la relation de travail (1), et des actions préventives concrètes sont mises en œuvre au quotidien pour réduire les risques d'altération de la santé (2). Cette approche s'inscrit dans la philosophie de la prévention primaire, telle que consacrée par l'Accord national interprofessionnel du 9 décembre 2020 sur la santé au travail, qui invite les entreprises à agir

¹²⁸⁰ T. COUTROT, *op. cit.*

¹²⁸¹ F. COCHET, « La qualité de vie au travail : construire un processus de réponse à la crise du travail », *Droit social*, février 2015, n° 2, p. 143-146.

en amont des atteintes à la santé physique et mentale, par une action structurée, continue et concertée.

1. Une écoute renforcée comme levier de performance durable

1271. La reconnaissance de la singularité du travailleur. Dans la logique contemporaine de la gestion des ressources humaines¹²⁸², le salarié ne peut plus être envisagé comme une simple force de travail interchangeable, uniquement évaluée au prisme de sa productivité immédiate¹²⁸³. La performance individuelle fluctue nécessairement au gré des aléas de la vie personnelle et professionnelle : fatigue, difficultés familiales, conflits hiérarchiques ou surcharge ponctuelle peuvent altérer la concentration et l'efficacité. Le management préventif souligne que l'organisation du travail doit intégrer cette variabilité inhérente à la condition humaine. Adopter une approche centrée sur les « relations humaines » permet de limiter l'émergence de facteurs de souffrance au travail¹²⁸⁴. Dans cette perspective, l'écoute et, plus largement, le dialogue social ne constituent pas des accessoires, mais des fondements structurels, auxquels les impératifs de productivité devraient être subordonnés.

1272. Le dialogue social comme outil de prévention primaire. La mise en place d'un dialogue régulier, authentique et de qualité, constitue un instrument central de prévention des risques psychosociaux¹²⁸⁵. Lorsqu'un salarié perçoit que son état de santé et ses émotions sont pris en considération, la confiance réciproque se renforce, favorisant la libre expression des difficultés avant qu'elles ne dégénèrent en pathologies ou en conflits. Cette communication proactive permet une intervention rapide et adaptée, réduisant ainsi la probabilité d'absences prolongées. Plus encore, elle facilite la détection précoce des dysfonctionnements organisationnels, grâce aux remontées d'informations issues du terrain¹²⁸⁶. En ce sens, elle

¹²⁸² Y. BAREL, S. FREMEAUX, P-A. MAHIEU, « Reconnaissance du travail et insécurité perçue de l'emploi », *Revue de management & avenir*, 2019, n°110, p. 37-58.

¹²⁸³ M.-S. ABDOULAYE, « Critiquer le travail ou travailler la critique ? Le salariat, entre pouvoir d'agir et emprise capitaliste », communication au colloque *Capitalisme et théorie*, Laboratoire d'économie, finance, management, innovation (LEFMI), Université de Picardie Jules Verne, Amiens, juin 2025.

¹²⁸⁴ A. AMRI, *Reconnaissance au travail et comportements discrétionnaires : comportement d'entraide et comportement d'innovation auprès du personnel infirmier tunisien*, Thèse, Tunis (Tunisie), 2016.

¹²⁸⁵ S. FEUTRY, *L'influence du dialogue social sur les politiques de prévention dans les entreprises de plus de cinquante salariés*, Thèse, Lille, 2023.

¹²⁸⁶ M. VERICEL, « La place de la représentation du personnel et du dialogue social en matière de santé au travail et de prévention des risques professionnels, après les réformes de 2020-2021 », *Droit social*, 2021, n°11, p. 904-908.

s'inscrit pleinement dans la philosophie de la prévention primaire, qui vise à agir sur les causes, et non sur les seuls symptômes, par la mise en place d'actions concertées et durables¹²⁸⁷.

1273. La confiance interpersonnelle au cœur de la relation de travail. Le rétablissement de l'humain au centre de la relation professionnelle passe par un dialogue qui dépasse les cadres formels du comité ou de l'entretien annuel¹²⁸⁸. Les échanges informels — pauses, repas partagés, discussions spontanées — sont souvent plus propices à la création d'un lien sincère et durable. L'enjeu consiste à instaurer une régularité dans ces interactions et à manifester un intérêt réel pour l'autre, condition essentielle à la confiance. Cette orientation ne s'oppose pas nécessairement aux innovations organisationnelles, telles que le télétravail, mais impose d'en repenser l'usage afin de préserver la cohésion sociale. Loin d'affaiblir les liens humains, le travail à distance peut, lorsqu'il est équilibré avec des temps de présence et des modes de communication adaptés, renforcer le sentiment d'appartenance. Ainsi, l'écoute doit s'exercer quelle que soit la modalité d'exécution du travail, de manière à anticiper et à prévenir toute situation de souffrance¹²⁸⁹.

1274. Le dialogue post-absence comme condition de réintégration réussie. La suspension du contrat de travail pour cause de maladie, en particulier lorsqu'elle est liée à une souffrance psychique, rompt le lien quotidien entre l'entreprise et le salarié. La réinstauration rapide d'un dialogue au moment du retour est déterminante pour éviter l'isolement ou la stigmatisation. Plusieurs dispositifs peuvent faciliter cette réintégration : travail en binôme pour rétablir la dynamique d'équipe, entretiens de reprise ciblés sur les besoins d'adaptation du poste, ou encore formations spécifiques (gestion du stress, organisation de la charge de travail). La pertinence de ces mesures dépend du profil du salarié, de la nature de ses missions et du secteur d'activité. Leur point commun réside dans une finalité commune : reconstruire un environnement de travail soutenant et sécurisé, condition préalable à toute prévention durable de l'absentéisme.

¹²⁸⁷ Ch. ERHEL, M. GUERGOAT-LARIVIERE, M. MOFAKHAMI, M. NUTARELLI, *Télétravail, dialogue social et santé des salariés : une approche au niveau des établissements*, document de travail n°210, CNAM, juillet 2022.

¹²⁸⁸ L. KARTENSY, « Comment appréhender la confiance au travail ? » In *La confiance au travail*, Octarès, 2012, p. 13-51.

¹²⁸⁹ M. DETCHESSAHAR, « Santé au travail : quand le management n'est pas le problème mais la solution », *Revue française de gestion*, 2011, p. 89-105.

2. La mise en place d'initiatives volontaires de santé au travail

1275. L'insuffisance des obligations légales face aux risques psychosociaux. Le droit positif, en imposant à l'employeur une obligation générale de sécurité et de protection de la santé des travailleurs, fixe un socle minimal d'exigences. Toutefois, s'agissant de la prévention des troubles psychiques liés au travail, ces prescriptions légales demeurent souvent trop générales pour contraindre les entreprises à engager des actions réellement efficaces¹²⁹⁰. L'instauration de mesures spécifiques relève alors de la seule volonté de l'employeur, dans le cadre d'une politique proactive de santé au travail¹²⁹¹. Or, les bénéfices attendus — amélioration du bien-être des salariés, réduction du taux d'absentéisme, renforcement de la cohésion interne — justifient pleinement l'adoption d'initiatives allant au-delà de la stricte conformité légale¹²⁹².

1276. Typologie des initiatives volontaires. Ces actions volontaires peuvent prendre des formes variées, dont la classification repose sur leurs finalités premières. Un premier ensemble regroupe les activités à visée récréative, proches du loisir, telles que des cours de sport (yoga, boxe, danse), favorisant détente et cohésion. Un second ensemble vise l'acquisition de connaissances ou le développement de compétences personnelles, par exemple à travers des ateliers collectifs ou des consultations individuelles portant sur la psychologie, le sommeil, la nutrition ou encore la prévention des addictions. Enfin, certaines mesures cherchent avant tout à simplifier le quotidien des salariés — mise à disposition d'une cantine, service de pressing, livraison sur site de paniers de légumes à prix préférentiel. Ces prestations peuvent être organisées dans les locaux de l'entreprise, dans ceux de prestataires ou dans un lieu tiers, offrant ainsi une grande souplesse d'adaptation aux contraintes économiques et organisationnelles.

1277. L'adaptation des mesures aux besoins réels. La pertinence de ces initiatives suppose une identification préalable et fine des attentes des salariés¹²⁹³. Il ne s'agit pas seulement d'offrir des avantages périphériques, mais de cibler les véritables freins au bien-être professionnel et

¹²⁹⁰ Cf : I. Des obligations structurelles inopérantes, Section I, Chapitre II, Titre I, Première partie, p. 125.

¹²⁹¹ N. DEBSKI, A-S. HOCQUET, « Entre injonction légale ou de conformité et engagement volontaire dans le bonheur au travail : le cas de la RSE », communication présentée au colloque *Penser et construire le bonheur : regards croisés*, Angers, 2018.

¹²⁹² D. GUPTA, N. KRISTENSEN, "Work environment satisfaction and employee health: panel evidence from Denmark, France and Spain, 1994–2001", *The European Journal of Health Economics*, février 2008, n°1, Vol. 9, p.51-61.

¹²⁹³ M. DETCHESSAHAR, « Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion », *Négociations*, 2013, n°1, Vol. 19, p. 57-80.

personnel. Les demandes peuvent concerner aussi bien l'organisation interne (par exemple, l'aménagement d'une salle de réunion isolée pour favoriser la concentration) que des aspects extra-professionnels (accès facilité à des produits biologiques dans les grandes agglomérations). Cette démarche, en simplifiant la vie quotidienne des travailleurs, contribue à réduire le stress, à améliorer la satisfaction au travail et, in fine, à fidéliser les talents tout en limitant le risque d'absentéisme.

1278. La régularité comme facteur d'efficacité. La fréquence des actions revêt une importance stratégique. Une mesure ponctuelle, même ambitieuse, produit souvent un effet positif limité dans le temps. À l'inverse, la programmation régulière d'initiatives, même modestes, entretient durablement l'engagement et le bien-être des salariés. Toutefois, la multiplication de ces opérations peut se révéler coûteuse en ressources humaines et en organisation. C'est dans ce contexte que se sont développées les « conciergeries d'entreprise », structures spécialisées dans la mise à disposition de services diversifiés sur le lieu de travail, avec pour finalité explicite de faciliter le quotidien des employés.

1279. Distinction entre initiatives volontaires et obligations légales. Ces mesures volontaires ne sauraient, en tout état de cause, se substituer à l'exécution des obligations légales de l'employeur en matière de santé et de sécurité¹²⁹⁴. L'organisation d'activités telles que des séances de sophrologie sur le temps de pause, aussi louable soit-elle, ne constitue pas un moyen de se libérer de la responsabilité juridique en cas de manquement. Elles constituent des compléments facultatifs, détachés de toute exigence réglementaire, de sorte qu'en l'absence d'une telle offre, l'employeur ne saurait voir sa responsabilité engagée à ce seul titre.

¹²⁹⁴ N. DEBSKI, A-S. HOCQUET, *op. cit.*

Conclusion Titre II

1280. L'examen conjoint des logiques de contrôle et des carences d'accompagnement du salarié en arrêt maladie révèle un paradoxe structurel : le droit positif conserve une ossature issue d'une conception industrielle et essentiellement physique de la santé au travail, alors que le monde professionnel est désormais traversé par des mutations organisationnelles, technologiques et sociologiques majeures. Les dispositifs actuels, centrés sur la vérification du respect formel des obligations du salarié, peinent à répondre aux enjeux d'un absentéisme dont les causes relèvent de plus en plus de facteurs psychiques et de conditions de travail dégradées.

1281. Sur le terrain du contrôle, la tension est manifeste : la rareté et l'ineffectivité des vérifications nourrissent le soupçon d'abus, mais le renforcement mécanique des mesures coercitives risquerait d'éroder la confiance contractuelle et d'aggraver les risques psychosociaux. L'encadrement juridique se heurte ici à une contradiction : vouloir préserver la santé des travailleurs tout en les plaçant sous une surveillance intrusive conduit inévitablement à miner l'objectif protecteur qui fonde l'arrêt maladie.

1282. À l'inverse, l'accompagnement, qu'il soit professionnel ou humain, demeure largement facultatif et dépendant de la seule volonté des acteurs, quand bien même il constitue un facteur déterminant de réussite d'un retour au travail. La formation, la préparation du poste, la reprise progressive ou encore l'adaptation organisationnelle sont autant d'outils existants mais sous-utilisés, faute d'obligation juridique ferme et de culture managériale favorable. Le déficit de soutien alimente la stigmatisation de l'absence, fragilise le lien contractuel et expose à une récurrence des arrêts.

1283. Dès lors, l'inadaptation du régime ne se réduit pas à une insuffisance normative : elle traduit un décalage entre un droit historiquement conçu pour contrôler et sanctionner, et un contexte où la prévention, l'adaptation et la qualité de vie au travail devraient constituer les leviers principaux. Dans une société qui allonge la durée de vie professionnelle et valorise l'équilibre entre vie personnelle et activité, la pérennité du système passe par une redéfinition de ses finalités : moins centré sur la seule conformité formelle, davantage orienté vers la préservation durable des capacités de travail et la consolidation de la relation d'emploi.

Conclusion Seconde partie

1284. L'examen approfondi du régime de l'arrêt maladie révèle un dispositif à la fois protecteur et contesté, dont les critiques traduisent moins un consensus doctrinal qu'un clivage persistant entre employeurs et salariés. Les premiers dénoncent une protection jugée excessive — allant jusqu'à paralyser l'exercice de leurs prérogatives organisationnelles — ainsi qu'un coût financier qu'ils estiment disproportionné. Les seconds regrettent au contraire l'insuffisance d'accompagnement lors du retour à l'emploi, laissant de nombreux travailleurs en souffrance sans soutien adapté. Ces griefs antagonistes, souvent relayés par un discours médiatique ou politique réducteur, appellent toutefois à être nuancés.

1285. Une partie des critiques procède d'une méconnaissance structurelle du régime juridique. Sa complexité, liée à l'entrelacement de normes légales, réglementaires, conventionnelles et jurisprudentielles, rend l'appréhension de ses contours délicate, y compris pour les praticiens. Ainsi, l'affirmation selon laquelle le salarié en arrêt maladie bénéficierait d'une immunité disciplinaire absolue ne résiste pas à l'analyse : il demeure soumis à des obligations contractuelles et peut, à ce titre, être sanctionné, voire licencié, sous réserve du respect des fondements légaux. De même, l'idée d'une indemnisation automatique et équivalente au salaire est largement infondée : l'accès aux prestations est conditionné, le montant plafonné, et la durée limitée. Ces approximations sont souvent amplifiées par une présentation statistique biaisée de l'absentéisme, qui alimente une perception erronée du dispositif.

1286. En outre, les dérives observées dans la gestion de la maladie au travail relèvent moins d'une inadéquation du droit positif que d'une application lacunaire des outils déjà disponibles. Les textes encadrant la santé au travail offrent aux employeurs des instruments de contrôle proportionnés et des moyens d'accompagnement efficaces lors de la reprise d'activité. Leur faible mobilisation tient à plusieurs facteurs : absence d'obligation expresse, insuffisance de formation des acteurs de terrain, ou encore réticence culturelle à aborder la santé comme un levier stratégique de performance durable.

1287. Dans ce contexte, un renforcement normatif ne garantirait pas nécessairement une amélioration du système. L'ajout de nouvelles obligations risquerait d'accentuer la complexité

d'un régime déjà perçu comme labyrinthique, et de cristalliser les résistances patronales. En outre, la diversité des situations rencontrées — pathologies, structures d'entreprise, organisations du travail — se prête mal à un traitement uniforme par la loi. Une approche plus pertinente consisterait à favoriser des régulations internes sur-mesure, construites dans un climat de confiance, articulées autour du dialogue social, et inscrites dans une politique globale de qualité de vie et des conditions de travail.

Conclusion Générale

1288. L'analyse approfondie conduite dans cette thèse révèle une tension structurelle profonde et durable dans la relation entre santé et emploi, tension qui traverse de manière transversale toutes les dimensions de la régulation du travail. Cette tension n'est pas seulement une difficulté ponctuelle ou sectorielle, elle structure de manière systémique le rapport entre le droit, l'organisation et la réalité des pratiques professionnelles. Le régime actuel, centré sur la vérification de la conformité du salarié et sur la sanction des comportements supposés abusifs, montre ses limites face aux transformations contemporaines du travail, caractérisées par la flexibilité accrue, la pression sur la performance, la multiplication des situations de télétravail et l'intensification des exigences cognitives et émotionnelles. Loin d'assurer une protection effective, il tend à reproduire et à amplifier certaines formes de vulnérabilité, exposant les salariés à la fois à des risques physiques, psychiques et organisationnels.

1289. Les constats de cette recherche sont à la fois clairs et préoccupants. Premièrement, la protection formelle offerte par le droit, qu'il s'agisse du contrôle médical, du reclassement, des aménagements de poste ou des dispositifs de reprise progressive, n'atteint pas toujours ses objectifs. La prévention reste marginale, souvent réduite à des obligations procédurales, et les dispositifs d'accompagnement sont fragmentaires, inégalement appliqués et dépendants de la culture interne des organisations. Les effets pratiques sont donc largement contingentés : selon le secteur, la taille de l'entreprise ou la sensibilité managériale, un même salarié peut bénéficier d'une protection complète ou, au contraire, être laissé à lui-même.

1290. Un point central qui ressort de cette analyse concerne la mauvaise application du cadre juridique. La complexité technique des règles et la multiplicité des normes applicables conduisent à une application partielle ou lacunaire des dispositifs protecteurs. Par exemple, un salarié ignorant le montant exact de la prise en charge de la perte de son salaire peut hésiter à s'arrêter, au risque de compromettre sa santé et sa récupération. De la même manière, la complexité des normes peut décourager certaines entreprises, notamment les PME, de mettre en place des politiques efficaces de qualité de vie au travail. Ce constat est d'autant plus regrettable que le droit offre en réalité des outils adaptés pour protéger la santé des salariés et prévenir l'absentéisme, pour peu que son application soit intégrale et intelligible.

1291. Le régime de l'arrêt maladie, malgré ses intentions protectrices initiales, repose sur une logique binaire de protection et de sanction, qui privilégie le contrôle de la légitimité de l'absence au détriment de la prévention durable et de la préservation de la capacité de travail. Cette approche tend à transformer l'arrêt maladie en instrument de défiance plutôt qu'en véritable outil de protection ou de reconversion. Les conséquences sont nombreuses et tangibles : des salariés contraints de reprendre des postes pour lesquels ils ne sont plus pleinement aptes, des aménagements inadéquats imposés par la contrainte plutôt que par l'évaluation médicale et ergonomique, et des entreprises confrontées à des coûts directs et indirects considérables, sans amélioration substantielle de la performance organisationnelle.

1292. L'écart systémique entre norme et pratique. La thèse met en lumière un écart systémique entre la norme juridique et la pratique organisationnelle. Le droit du travail prévoit un ensemble d'instruments censés protéger le salarié – visites médicales, reclassement, reprise progressive, télétravail, temps partiel thérapeutique –, mais leur effectivité dépend largement de la culture managériale et de la formation des acteurs de terrain. La prévalence d'une logique répressive et la variabilité des pratiques créent une inégalité de protection selon les secteurs, les tailles d'entreprises et les sensibilités managériales, fragilisant la sécurité juridique et la confiance dans le système. Par exemple, une grande entreprise industrielle équipée d'un service de santé au travail et d'une direction des ressources humaines sensibilisée pourra mettre en place un accompagnement individualisé efficace, tandis qu'une PME dépourvue de ces moyens se limitera à un contrôle strict de l'absentéisme, au mépris de la prévention et du maintien dans l'emploi.

1293. Cette dichotomie révèle une dimension systémique du droit, qui ne peut produire ses effets sans adhésion culturelle et engagement organisationnel. Le droit, aussi protecteur soit-il, reste insuffisant si les acteurs de terrain n'ont pas conscience des enjeux, ne disposent pas des moyens adéquats ou sont ancrés dans une culture de suspicion et de sanction. Cette observation rejoint les analyses de la doctrine sur le décalage entre prescriptions formelles et pratiques effectives, et sur la nécessité d'une intégration transversale du droit dans les pratiques organisationnelles.

1294. L'impact des pathologies psychiques et des risques psychosociaux. Un point majeur de cette recherche concerne l'émergence des pathologies psychiques, du stress et de l'épuisement professionnel comme causes centrales d'arrêt maladie. Ces situations, difficiles à intégrer dans un cadre conçu pour des incapacités physiques temporaires, révèlent les limites

d'une approche purement médico-légale et binaire. La distinction entre faute individuelle, responsabilité organisationnelle et contingence médicale devient de plus en plus floue. L'inaction face à ces enjeux entraîne non seulement un risque contentieux, mais surtout un coût humain élevé, lié à la désinsertion professionnelle et à la perte durable de compétences.

1295. Dans des secteurs à forte pression temporelle ou cognitive – finance, santé, nouvelles technologies – un salarié en situation de burn-out peut se voir reprocher son absence ou être poussé à reprendre son poste avant une guérison complète. Cette approche non seulement aggrave la détresse psychique du salarié, mais entraîne également une perte de performance globale et une augmentation des risques d'absentéisme répété.

1296. Vers une approche systémique et transversale. L'un des apports essentiels de cette thèse réside dans la promotion d'une approche systémique, qui replace l'arrêt maladie au croisement du droit, de l'organisation du travail et des politiques de santé. Plutôt que de considérer la protection du salarié comme un élément périphérique ou exceptionnel, il convient de la penser comme un levier stratégique de la gestion des ressources humaines et de la performance globale. Cette approche permet de comprendre pourquoi les dispositifs actuels, fragmentés et appliqués de manière contingente, échouent souvent à produire les effets escomptés. Elle offre également un outil analytique pour évaluer non seulement la conformité juridique des pratiques, mais aussi leur effectivité et leur impact sur la santé des travailleurs, la continuité des activités et l'équité sociale.

1297. Cette perspective systémique est enrichie par l'intégration d'exemples concrets : certaines grandes entreprises européennes ont mis en place des dispositifs de réintégration graduée, combinant accompagnement psychologique, télétravail thérapeutique et aménagement ergonomique du poste. Ces dispositifs montrent qu'une approche proactive et intégrée réduit l'absentéisme prolongé, limite la perte de compétences et améliore la motivation et l'engagement des salariés. De même, certains pays nordiques expérimentent des initiatives telles que la semaine de quatre jours¹²⁹⁵, qui participent à la réduction du stress et à

¹²⁹⁵ G. HARALDSSON, J. KELLAM, *Going public: Iceland's journey to a shorter working week*, Autonomy, juin 2021. Ce rapport, publié en juin 2021, est consacré à la semaine de travail de quatre jours. Il fait suite à une étude officielle réalisée entre 2015 et 2019 sur ce dispositif et met notamment en lumière ses avantages. Ce travail d'information relative aux intérêts de la semaine de quatre jours permet d'impacter les croyances publiques en faveur de son acceptation par tous. Le rapport en l'espèce a d'ailleurs été repris par de nombreux pays et médias pour appuyer certaines propositions de réforme en ce sens.

l'amélioration de la qualité de vie au travail, offrant une inspiration possible pour une politique publique plus proactive en France.

1298. Perspectives d'évolution et recommandations. À partir de cette analyse, plusieurs orientations concrètes et ambitieuses peuvent être proposées :

- **Clarifier et rendre intelligible le mécanisme juridique de l'arrêt maladie.** La complexité actuelle des règles entraîne incompréhension et mauvaise application, alors qu'un mécanisme clair, inspiré par exemple des supports pédagogiques américains à destination des salariés et entreprises, permettrait une application complète et cohérente, réduisant les critiques inexacts et la méfiance.
- **Institutionnaliser un accompagnement systématique pour les salariés en arrêt prolongé,** articulant diagnostic médical, accompagnement psychologique, dialogue tripartite (salarié, médecin, employeur) et plan de réintégration graduée. Par exemple, une entreprise pourrait proposer un suivi hebdomadaire avec un psychologue du travail, des ajustements progressifs du poste et un télétravail à but thérapeutique initial, garantissant un retour sécurisé et durable.
- **Réorienter la logique de contrôle,** en privilégiant la détection précoce des difficultés et des indicateurs qualitatifs. Des interventions ciblées, au moment où apparaissent les premiers signes de fatigue ou de stress, permettraient de réduire les risques de rechute et les coûts sociaux et économiques associés.
- **Former et sensibiliser l'encadrement aux enjeux de santé au travail,** notamment par l'intégration de la gestion des risques psychosociaux dans la formation initiale et continue des managers¹²⁹⁶. L'objectif est de substituer à la culture de la suspicion une culture de prévention proactive, compatible avec les obligations légales et les exigences de performance.
- **Intégrer le régime de l'arrêt maladie dans les politiques publiques** de qualité de vie au travail, en coordonnant les dispositifs internes aux entreprises avec les initiatives

¹²⁹⁶ P. CONJARD, S. JOURNOUD, *Prévention des risques psychosociaux : quelle formation pour les managers ?*, Éditions de l'ANACT, 2012.

nationales ou sectorielles, afin de créer un cadre cohérent, prévisible et incitatif pour tous les acteurs.

- **Refonder conceptuellement le droit du travail**, afin de tenir compte de la complexité des parcours professionnels et des pathologies émergentes. L'arrêt maladie doit devenir un levier de maintien dans l'emploi, de préservation des compétences et de promotion d'un environnement professionnel inclusif et durable.

1299. Cependant, alors que l'arrêt maladie occupe une place centrale dans les débats contemporains, les évolutions récentes vont souvent à l'encontre des recommandations formulées. Les arrêts de la Cour de cassation de septembre 2023, relatifs à l'acquisition de congés payés durant un arrêt maladie, mettent en lumière la difficulté de concilier normes protectrices et pratiques effectives. Parallèlement, les projets gouvernementaux visant à resserrer le régime, à simplifier la contre-visite et à limiter la prescription des arrêts téléconsultés à trois jours traduisent une évolution du cadre juridique dans un sens répressif plutôt que préventif. Ces modifications devront être attentivement articulées avec les enjeux identifiés dans cette thèse, afin de ne pas aggraver les dysfonctionnements existants et de préserver l'équilibre fragile entre protection des salariés et efficacité du dispositif.

1300. Une transformation culturelle et stratégique indispensable. La thèse montre que la véritable réforme ne peut être technique uniquement. L'arrêt maladie ne doit plus être perçu comme une formalité administrative ou un instrument de contrôle, mais comme un élément central de la gouvernance du travail et de la gestion stratégique de la santé. Les organisations doivent repenser la place de la santé dans la performance globale, en conciliant protection, prévention et efficacité collective.

1301. En définitive, la recherche confirme que la protection juridique ne peut se réduire au respect formel des normes. Elle doit s'accompagner d'une transformation de la culture organisationnelle, d'une intelligence stratégique dans l'usage des dispositifs et d'une articulation fine entre sécurité des salariés, performance de l'entreprise et justice sociale. La portée de cette thèse est ainsi double : fournir un diagnostic exhaustif des limites actuelles et proposer des orientations doctrinales et normatives robustes, capables de rééquilibrer la relation entre protection individuelle et efficacité collective, prévention et sanction, santé et performance.

1302. En plaçant le salarié au centre du système de travail, non comme simple sujet d'obligation mais comme acteur stratégique et bénéficiaire d'une protection durable, cette recherche ouvre la voie à un droit du travail capable de répondre aux défis du XXI^e siècle, en transformant l'arrêt maladie en un véritable levier de gouvernance, de prévention et de maintien des compétences, conciliant équité sociale et compétitivité organisationnelle.

Bibliographie

Les publications sont classées, par auteur(s), de la plus ancienne à la plus récente.

I. DICTIONNAIRES, ENCYCLOPÉDIES :

ALLAND, Denis, RIALS, Stéphane, *Dictionnaire de la culture juridique*, PUF, 2003, Paris.

BEVORT, Antoine, JOBERT, Annette, LALLEMENT, Michel, MIAS, Arnaud, *Dictionnaire du travail*, PUF, 2012.

BRAUDO, Serge, BRAUMANN, Alexis, *Dictionnaire du Droit Privé*, dictionnaire-juridique.com.

CORNU, Gérard, *Vocabulaire juridique*, PUF, Quadrige, 15^e éd., 2024.

DUPAYS, Alain, *Lamy temps de travail*, Lamyline, 2018.

GUINCHARD, Serge, MONTAGNIER, Gabriel, *Lexique des termes juridiques*, Dalloz, 17^e éd., 2009.

LECOURT, Dominique, *Dictionnaire de la pensée médicale*, PUB, 2004.

II. MANUELS, OUVRAGES :

ADAM, Patrice, *Harcèlements moral et sexuel en droit du travail*, Dalloz, Corpus, 2020.

ALTER, Norbert, *Donner et prendre. La coopération en entreprise*, La découverte, Textes à l'appui, 2009.

ALLOUCHE, José (dir.), *Encyclopédie des ressources humaines*, Vuilbert, 2^e éd., 2006.

ARENDT, Hannah, *Condition de l'homme moderne*, Pocket, 2002.

AUBERT, Nicolas, De GAULEJAC, Vincent, *Le coût de l'excellence*, Seuil, 1991.

AUVERGNON, Philippe, *Étude sur les sanctions et mesures correctives de l'inspection du travail : le cas de la France*, Bureau international du travail, 2011.

AUZERO, Gilles, DOCKES, Emmanuel, BAUGARD, Dirk, *Droit du travail 2023*, Dalloz, Précis, 36^e éd., 2022.

AVIGNON, Hélène, RAMACKERS, Paul, TERRIER, Jean-Pierre, *Le système d'inspection du travail en France. Missions, organisation et prérogatives*, Ed. Liaisons, 3^e éd., 2019.

AYNES, Laurent, MALAURIE, Philippe, STOFFEL-MUNCK, *Droit des obligations*, LGDJ – Lextenso, 12^e éd., 2022.

BARDELLI, Pierre, ALLOUCHE, José, *La souffrance au travail : quelle responsabilité de l'entreprise ?*, Armand Colin, 2012.

BAUDELOTET, Christian, GOLLAC, Michel, *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*, Fayard, 2003.

BERGEL, Jean-Louis, *Méthodologie juridique*, PUF, Thémis droit, 2^e éd., 2016.

BIDET, Alexandra, *L'engagement dans le travail. Qu'est-ce que le vrai boulot ?*, PUF, Le lien social, 2011.

BILHERAN, Ariane, ADAM, Patrice, *Risques psychosociaux en entreprise - Les solutions psychologiques et juridiques*, Armand Colin, 2011.

BLATMAN, Michel, VERKINDT, Pierre-Yves, BOURGEOT, Sylvie, *L'état de santé du salarié. De la préservation de la santé à la protection de l'emploi*, Éditions Liaisons, Droit vivant, 3^e éd., 2014.

BLÉMONT, Patrice, OLEJNICZAK, Pascal, *Assurance maladie et système d'offre de soins*, Ellipses, Transversales Debats, 2007.

BLOTANSKI, Luc, CHIAPELLO, Eve, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard, Tel, 2^e éd., 2011.

BOISARD, Pierre, CARTRON, Damien, GOLLAC, Michel, VALEYRE, Antoine, *Temps et travail : l'intensité du travail*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2002.

BOLTANSKI, Luc, CHIAPELLO, Eve, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard, 1999.

BOSSU, Bernard, DUMONT, François, VERKINDT, Pierre-Yves, *Droit du travail*, Lextenso, Montchrestien, 3^e éd., 2011.

BOUQUET, Stéphanie, GRUBER, Joachim, CAILLEUX, Dorothée, *La réglementation européenne relative à la discrimination fondée sur l'âge : conséquences sur le droit du travail français*, Peter Lang, 2012.

BOUVIER-AJAM, Maurice, *Histoire du travail en France depuis la Révolution*, LGDJ, 1969.

BRIMO, Sara, *L'État et la protection de la santé des travailleurs*, LGDJ – Lextenso, Bibliothèque de droit public, Vol. 273, 2013.

BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou, BOUJUT, Emilie, *Psychologie de la santé*, Dunod, Psycho Sup, 2021.

BUE, Jennifer, COUTROT, Thomas, PUECH, Isabelle, *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*, Octarès, 2004.

BUZZI, Stéphane, DEVINCK, Jean-Claude, ROSENTAL, Paul-André, *La santé au travail 1880-2006*, La découverte, Poche Essais, 2^e éd., 2016.

CAMERLYNCK, Guillaume Henri, *Traité de droit du travail. Le contrat de travail*, Dalloz, 2^e éd., 1982.

CARBONNIER, Jean, *Sociologie juridique*, PUF, Thémis, 1978.

CASTEL, Robert, *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?*, Le Seuil, La République des Idées, 2003 ; *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Fayard, 1995.

CHAILLOU, Benjamin, CHIGNARD, Adrien, CIBERT-GOTON ANDANT, Virginie, *Risques psychosociaux*, Tissot Éditions, 2018.

CLOT, Yves, *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*, La découverte, 2008 ; *Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux*, La découverte, Poche. Essais., 2^e éd., 2015.

COEURET, Alain, GAURIAU, Bernard, MINE, Michel, *Droit du travail*, Sirey, Université, 3^e éd., 2013.

COEURET, Alain, DUQUESNE, Françoise, FORTIS, Elisabeth, *Droit pénal du travail*, LexisNexis, Manuels, 7^e éd., 2022.

COURTET, Catherine, GOLLAC, Michel (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, La découverte, 2002.

COURTOIS-CHAMPENOIS, Estelle, *Le droit du travail américain, un droit de l'entreprise*, Presse universitaire d'Aix-Marseille, 2002.

COUTROT, Thomas, *L'entreprise néo-libérale, nouvelle utopie capitaliste ? Enquête sur les modes d'organisation du travail*, La découverte, 1998 ; *Critique de l'organisation du travail*, La découverte, 2002 ; *Libérer le travail*, Seuil, 2018 ; *Redonner du sens au travail*, Seuil, 2022.

CONJARD, Patrick, JOURNOUD, Ségolène, *Prévention des risques psychosociaux : quelle formation pour les managers ?*, Éditions de l'ANACT, 2012.

DA SILVA, Nicolas, *La bataille de la Sécu. Une histoire du système de santé*, La fabrique, 2022.

DARSES, Françoise, DE MONTMOLLIN, Maurice, *L'ergonomie*, La découverte, Repères, 2012.

DE BOISREDON, Benoît, GALLOIS, Pascal, HERLIN, Olivier, HEURTEAUX, Thierry, WERNER, Antoine, *Manager des situations tendues*, Éditions Liaisons, Entreprise et Carrière, 2011.

DEDESSUS-LE-MOUSTIER, Nathalie, DOUGUET, Florence, *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*, Éditions Tec & Doc, Sciences du risque et danger, 2010.

DEJOURS, Christophe, *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*, Ed. Quae, INRA, Sciences en questions, 2003 ; *Travail, usure mentale*, Bayard, 2015 ; *Le facteur humain*, PUF, Que sais-je ?, 2018.

DEJOURS, Christophe, BEGUE, Florence, *Suicide et travail : que faire ?*, PUF, Souffrance et théorie, 2009.

DEL SOL, Marion, HEAS, Franck (dir.), *Variations sur et autour de l'inaptitude en santé-travail*, Octarès, Le travail en débat, 2016.

DEUMIER, Pascale, *Introduction générale au droit*, LGDJ, Lextenso, 2^e éd., 2013.

DUBET, François, *Les mutations du travail*, La découverte, Recherches, 2019.

DURAND, Paul, JAUSSAUD, Roland, *Traité de droit du travail*, Dalloz, 1947.

DURKEIM, Émile, *De la division du travail social*, PUF, Quadrige, 8^e éd., 2013 ; *Les règles de la méthode sociologique*, PUF, Quadrige, 2013 ; *Le suicide*, PUF, Quadrige, 2013.

FABRE-MAGNAN, Muriel, *Droit des obligations. Responsabilité civile et quasi-contrats*, PUF, Thémis droit, 3^e éd., 2013.

FERKANE, Ylias, *L'accord collectif de travail. Etude sur la diffusion d'un modèle*, Dalloz, Nouvelle bibliothèque des thèses, 2017.

FERRIER, Nicolas, *La délégation de pouvoir, technique d'organisation de l'entreprise*, Litec, Bibliothèque de droit de l'entreprise, 2005.

FLORIN, Agnès, PREAU, Marie (dir.), *Le bien-être*, L'Harmattan, Logiques sociales, 2013.

FRIEDMANN, Georges, NAVILLE, Pierre, *Traité de sociologie du travail*, Armand Colin, 3^e éd., 1970.

GODARD, Olivier, HENRY, Claude, MICHEL-KERJAN, Erwann, *Traité des nouveaux risques*, Gallimard, Folio actuel, 2002.

GOLLAIN, Françoise, *Une critique du travail. Entre écologie et socialisme*, La découverte, 2000.

HEAS, Franck, *Santé mentale et organisation du travail*, Dalloz, Thèmes et commentaires, 2022 ; *Droit du Travail*, Larcier, Paradigme, 5^e éd., 2016.

HOMMANN, Christian, *Lean Management*, Eyrolles, 2014.

HUBAULT, François, *Risques psychosociaux : quelle réalité, quels enjeux pour le travail ?*, Octarès, Le travail en débats, 2011.

HUTEAU, Gilles, *Le droit de la sécurité sociale. Systèmes et finalités*, EHESP, 2^e éd., 2021.

JACQOT, Lionel, *L'Enrôlement du travail. Comprendre la machinerie managériale*, Presses universitaires de Nancy, 2014.

JOVER, André-Franck, *Les métamorphoses des services de santé au travail, entre santé au travail et santé publique*, LexisNexis, 2015.

JUSTET, Luc, *L'inspection du travail. Une expérience du droit*, PUR, Pour une histoire du travail, 2013.

KERBOURC'H, Jean-Yves, CHAUCHARD, Jean-Pierre, WILLMANN, Christophe, *Droit de la sécurité sociale*, LGDJ, 2018.

LEROUGE, Loïc, *La reconnaissance d'un droit à la protection de la santé mentale au travail*, LGDJ, Bibliothèque de droit social, 2005 ; *Risques psychosociaux au travail. Approche comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal*, L'Harmattan, 2009 ; *Approche institutionnelle des risques psychosociaux au travail*, Wolters Kluwer, 2012 ; *Les risques psychosociaux en Europe. Analyse jurisprudentielle*, L'Harmattan, 2013 ; *Approche interdisciplinaire des risques psychosociaux au travail*, Octarès, Le travail en débats, 2014 ; *Risques psychosociaux en droit social. Approche juridique comparée : France, Europe, Canada, Japon*, Dalloz, 2014 ; *La numérisation du travail. Enjeux juridiques et sociaux en santé au travail*, L'Harmattan, 2021.

LEVASSEUR, Alain, *Le droit américain*, Dalloz, 2^e éd, 2018.

LOISEAU, Grégoire, PECAUT-RIVOLIER, Laurence, VERKINDT, Pierre-Yves, *Le guide du CHSCT*, Dalloz, Guides Dalloz, 2^e éd., 2017.

LOKIEC, Pascal, *Droit du travail, tome 1 : Les relations individuelles de travail*, PUF, Thémis, 1^{ère} éd., 2011 ; *Droit du travail, tome 2 : Les relations collectives de travail*, PUF, 1^{ère} éd., 2011.

LORIOU, Marc, *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*, Anthropos, Sociologiques, 2000.

LYONNET, Barbara, *Lean Management*, Dunod, Gestion industrielle, 2015.

MARX, Karl, *Le Capital. Critique de l'économie politique.*, Éditions sociales, 1867.

MAYAUD, Yves, *Droit pénal général*, PUF, Droit fondamental, 6^e éd., 2018.

MIAS, Arnaud, *Les risques professionnels. Peut-on soigner le travail ?*, Ellipses, La France de demain, 2010.

MINE, Michel, *Dictionnaire juridique de l'égalité et de la non-discrimination*, L'Harmattan, 2021.

MINE, Michel, BOUDINEAU, Christine, LE NOUVEL, Anne, MERCENAT-BRUNS, Marie, SILHOL, Bruno, *Le droit social international et européen en pratique*, Eyrolles, 2^e éd., 2010.

MOULIER-BOUTANG, Yann, *De l'esclavage au salariat. Économie historique du salarié bridé*, PUF, 1998.

MORVAN, Patrick, *Droit de la protection sociale*, Lexis Nexis, 5^e éd., 2011.

MUNOZ, Jorge, *L'accident du travail. De la prise en charge au processus de reconnaissance*, PUR, Des Sociétés, 2002.

NOEL-LEMAITRE, Christine, LEMAITRE, Noel, *L'essentiel du droit du travail*, Ellipses, 2016.

OSBORN, Grant, *Compulsory Temporary Disability Insurance in the United States*, Forgotten Books, 2018.

PAUGAM, Serge, *La disqualification sociale ; essai sur la nouvelle pauvreté*, PUF, Quadrige, 5^e éd., 2013.

PASQUIER, Thomas, *L'économie du contrat de travail. Conception et destin d'un type contractuel*, LGDJ, Bibliothèque de droit social, 2010.

PECAUT-RIVOLIER, Laurence, STRUILLLOU, Yves, WAQUET, Philippe, *Pouvoirs du chef d'entreprise et libertés du salarié. Du salarié-citoyen au citoyen-salarié*, Ed. Liaisons, Droit vivant, 2014.

PELISSIER, Jean (dir.), *Le pouvoir du chef d'entreprise*, Dalloz, Thèmes et commentaires, 2002.

PESKINE, Elsa, WOLMARK, Cyril, *Droit du travail*, Dalloz, Hypercours, 9^e éd., 2014.

PORACCHIA, Didier, BUY, Frédéric, MARMAYOU, Jean-Michel, RIZZO, Fabrice, *Droit du sport*, LGDJ, 6^e éd., 2020.

RADE, Christophe, *Droit du travail et responsabilité civile*, LGDJ, Bibliothèque de droit privé, 1997.

RAY, Jean-Emmanuel, *Droit du travail, droit vivant*, Liaisons sociales, 30^e éd., 2022 ; *Les relations individuelles de travail 2016*, Éditions liaisons, Droit vivant, 2^e éd., 2015.

RODIÈRE, Pierre, *Droit social de l'Union européenne*, LGDJ, 3^e éd., 2022.

SCHMITT, Mélanie, *Droit du travail de l'Union européenne*, Larcier, 2012.

SUPIOT, Alain, *Le travail en perspective*, LGDJ, Droit et société, 1998 ; *Critique du droit du travail*, PUF, Quadrige, 3^e éd., 2015 ; *Au-delà de l'emploi. Transformations du travail et devenir du droit du travail en Europe*, Flammarion, 2006 ; *La gouvernance par les nombres*, Fayard, IEA Nantes, Cours au Collège de France (2012-2014), Poids et mesure du monde, 2015 ; *Le droit du travail*, PUF, Que sais-je ? 6^e éd., 2016.

TEYSSIE, Bernard, *Standards, principes et méthodes en droit du travail*, Economica, Études juridiques, 2010 ; *Droit du travail. Relations collectives.*, LexisNexis, 10^e 2d., 2016 ; *Droit européen du travail*, LexisNexis, 6^e éd., 2019.

TEYSSIE, Bernard, CESARO, Jean-François, MARTINON, Arnaud, *Droit du travail - Relations individuelles*, LexisNexis, Manuel, 3^e éd., 2014.

THEBAUD-MONY, Annie, *De la connaissance à la reconnaissance des maladies professionnelles en France*, La Documentation française, 1991 ; *Travailler peut nuire gravement à votre santé*, La Découverte, Essais, 2008 ; *La science asservie. Santé publique : les collusions mortifères entre industriels et chercheurs*, La Découverte, 2014.

VALLERY, Gérard, LEDUC, Sylvain, *Les risques psychosociaux*, PUF, Que sais-je ?, 4^e éd., 2023.

VERKINDT, Pierre-Yves, PECAUT-RIVOLIER, Laurence, LOISEAU, Grégoire, LOKIEC, Pascal, *Droit de la représentation du personnel*, Dalloz, Dalloz Action, 2018.

III. HDR, THÈSES, MÉMOIRES :

ALBERT, Alicia, *Santé au travail : l'heure de la digitalisation ? : l'innovation technologique au défi de sa représentation de l'activité ?*, Thèse, Gustave Eiffel, 2023.

AMRI, Amina, *Reconnaissance au travail et comportements discrétionnaires : comportement d'entraide et comportement d'innovation auprès du personnel infirmier tunisien*, Thèse, Tunis (Tunisie), 2016.

BACOU, Pascal, *Mise en oeuvre d'un système normalisé optimisé par les démarches du Lean Management*, Thèse, Grenoble Alpes, 2016.

BARBOU, Jean-Paul, *Santé et sécurité au travail : de la complexité à l'effectivité. Proposition d'un guide de bonnes pratiques de prévention des risques professionnels*, Thèse, Vannes, 2020.

BEGUE, Cyril, *Prise en charge des problématiques de santé au travail par le médecin généraliste*, Thèse, Angers, 2023.

BELLA, Boubaker, *Politiques de prévention, santé et croissance : un examen du cas français*, Thèse, Lille, 2023.

BLANC, Fanny, *Stress au travail chez les salariés consommateurs excessifs d'alcool. Un risque à prendre en compte par les médecins du travail dans l'analyse du risque alcool en santé au travail ?*, Thèse, Paris Val-de-Marne, 2009.

BONNETERRE, Vincent, *Détection et investigation de maladies professionnelles potentiellement émergents à partir du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P)*, Thèse, Grenoble, 2010.

BOYER, Aurore, *L'information dans le système de santé : nature et conséquences sur la relation médicale*, Thèse, Limoges, 2008.

BRISSY, Stéphane, *Les coopération des professionnels de santé en matière de santé au travail*, Thèse, Nantes, 2004.

CAILLERE, Alan, *Etat des lieux à 1 an de la mise en place du centre de soins non programmés (CNSP) de La Rochelle-sur-Yon*, Thèse, Nantes, 2023.

CARNOT, Damien, *L'accès aux soins médicaux ambulatoires de second recours*, Thèse, Lille II, 2019.

CHAIX, Catherine, *Le syndrome de burn out : étude clinique et implications en psychopathologie du travail*, Thèse, Limoges, 1992.

CHAVDA, Emmanuelle, *Évaluation selon le modèle MAST du dispositif de téléconsultations post-urgences TELE-SCOPE aux urgences adultes de l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille*, Thèse, Lille, 2021.

CLAUDE, Nadège, *La variabilité du droit du travail*, Thèse, Angers, 2010.

COLIN, Régis, *Effets de la multi-exposition aux facteurs de risque physiques et psychosociaux dans la survenue d'accident du travail*, Thèse, Rennes, 2022.

COUPAUD, Marine, *Mondialisation, conditions de travail et santé*, Thèse, Bordeaux, 2016.

DA SILVA, Matthieu, *Souffrance au travail : comment le médecin généraliste et le patient coopèrent-ils pour répondre à ce problème complexe ?*, Thèse, Clermont Auvergne, 2017.

DE QUENGO DE TONQUEDEC, Alix, *La prise en compte du facteur humain et organisationnel dans le management des risques professionnels*, Thèse, Paris-Saclay, 2021.

DE TONNAC, Aurélia, *L'action positive face au principe de l'égalité de traitement en droit de l'Union européenne*, Thèse, Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 2019.

DEPERSIN, Claire, *Enquête régionale sur la prescription des arrêts de travail par les médecins généralistes*, Thèse, Lille II, 2017.

DUCHEMIN, Tom, *Méthodologie d'analyse et de surveillance pour la prévention des arrêts maladie*, Thèse, HESAM, 2020.

ENCLOS, Philippe, *La conception de l'emploi. Approches macro-analytiques et problématique de la régulation juridique*, Thèse, Nancy, 1994.

FETTAH, Sami, *Travail et conduites addictives : quels développements des connaissances pour quelle(s) prévention(s) ?*, Thèse, Picardie Jules Verne, 2021.

FEUTRY, Sarah, *L'influence du dialogue social sur les politiques de prévention dans les entreprises de plus de cinquante salariés*, Thèse, Lille, 2023.

FRAPSAUCE, Angélique, *La santé psychologique des policiers municipaux en France*, Thèse, Montpellier II, 2022.

FREMEAUX, Sandrine, *Sens au travail et management du travail*, HDR, Nantes, 2014.

GAILLARD, Aurélie, *Repérer, reconnaître et prévenir les risques psychosociaux : une analyse institutionnelle et économique du cas français*, Thèse, Bourgogne Franche-Comté, 2017.

GENEST, Mélanie, *La prise en charge des personnes en souffrance au travail*, Mémoire, Paris Descartes, 2010.

GUIDOU, Nadège, *La qualité, l'innovation et la créativité du travail au sein des organisations : vers une politique globale de prévention de la souffrance psychique au travail*, Thèse, Lyon 2, 2017.

GUILLAUME, Myriam, *Le management de l'employabilité des personnels dont la santé au travail est altérée : vers un engagement inclusif des parties prenantes*, Thèse, Nice, 2021.

HELARDOT, Valentine, *Santé ou travail ? Les expériences sociales de la précarisation du travail et de la santé*, Thèse, Toulouse 2, 2005.

JUBERT, Lucie, *L'organisation du travail et la prévention des risques professionnels*, Thèse, Nanterre, 2019.

JUGLARET, Frédéric, *Indicateurs et Tableaux de Bord pour la prévention des risques en Santé Sécurité au Travail*, Thèse, ENS des mines Paris, 2012.

LABARTHE-BOUVET, Delphine, *Recherche d'indicateurs en santé au travail. À propos d'une enquête sur les maladies à caractère professionnel dans les pays de la Loire en 2003*, Thèse, Nantes, 2005.

LANDY, Carole, *Enquête sur les médecins du travail face aux gestes suicidaires des salariés*, Thèse, Paris Descartes, 2011.

LANEYRIE, Elsa, *Mobilisation des acteurs dans une démarche de prévention des troubles musculo-squelettiques et psychosociaux : un enjeu d'efficacité de l'intervention ergonomique - Le cas du secteur hospitalier*, Thèse, Grenoble Alpes, 2015.

LEROUGE, Loïc, *La reconnaissance de la santé mentale en droit du travail*, Thèse, Nantes, 2004 ; *Contribution à l'étude juridique des risques psychosociaux au travail. Aspects de droit national, de droit comparé, d'interdisciplinarité*, HDR, Bordeaux, 2014.

MOURA DE ARAUJO, Régina Lucia, *Culture organisationnelle et santé au travail : prévention de la santé mentale au travail et prise en compte de l'affectivité institutionnelle par les managers*, Thèse, Lyon, 2020.

MOUSTIE, Jean-Baptiste, *Droit et risques psychosociaux au travail*, Thèse, Bordeaux, 2014.

MOUTEL, Béatrice, *L'effet horizontal de la Convention européenne des droits de l'Homme en droit privé français : Essai sur la diffusion de la CEDH dans les rapport entre les personne privées*, Thèse, Limoges, 2006.

MURCIA, Marie, *Rôle des facteurs psychosociaux au travail sur les troubles de la santé mentale et leur contribution dans les inégalités sociales de santé mentale*, Thèse, Paris Sud, 2012.

NGOULOU-KOBI, Mick Sédric, *La pénibilité psychique dans les secteurs secondaire et tertiaire, ses manifestations et enjeux : étude réalisée à la société agroalimentaire P et à la chambre consulaire professionnelle A*, Thèse, Picardie Jules Verne, 2016.

NICOLAS, Cristelle, *La pénibilité au travail*, Thèse, Avignon, 2021.

PERISSE, Maëlle, *Enjeux psychosociaux des pratiques de travail nomade, informel et médiatisé*, Thèse, Nanterre, 2021.

PETITMANGIN, Alizée, *La rénovation des rapports entre les Entreprises et les Services de Santé au Travail*, Thèse, Lille, 2021.

PHONGSAVANH, Kay thitphrachanh, *La souffrance morale au travail*, Thèse, Avignon, 2015.

PIERRE, Aurélie, *Assurance maladie complémentaire : régulation, accès aux soins et inégalité de couverture*, Thèse, Paris Sciences et lettres, 2018.

PONTHIEU, Sarah, *Le stress induit par le travail : une préoccupation sociale actuelle*, Mémoire, Lille, 2022.

QUILLEROU-GRIVOT, Edwige, *Fonction psychologique et sociale du collectif pour la santé au travail : le cas de l'activité d'opérateurs de montage automobile*, Thèse, CNAM, 2011.

RIVIERE, Mathieu, *La souffrance psychique en lien avec le travail vue en consultation de médecine générale. Étude de la prévalence et des facteurs associés*, Thèse, Sorbonne Université, 2018.

ROUAT, Sabrina, *Le processus d'intervention en santé au travail pour une clinique de l'intervention et de l'expérience collective*, HDR, CNAM, 2021.

ROUSSEL, Magali, *L'évaluation professionnelle des salariés*, Thèse, Nanterre, 2016.

SACHS, Tatiana, *La raison économique en droit du travail : contribution à l'étude des rapports entre le droit et l'économie*, Thèse, Nanterre, 2009.

SALAH-EDDINE, Laïla, *Le harcèlement moral au travail : analyse sociologique*, Thèse, Paris Descartes, 2008.

SALON, Aurélie, *Opportunités et limites du recours au droit pénal en matière de protection de la santé et de la sécurité au travail*, Thèse, Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 2019.

SANDOVAL, Amélie, *Les dynamiques d'engagement et de désengagement au travail : contribution à leur conceptualisation en clinique du travail à partir d'une intervention des un service public de la propreté*, Thèse, HESAM, 2020.

SPIELMANN, Line, *Les arrêts maladie, pratiques, discours et représentations dans les secteurs des musiques actuelles et de l'aide à domicile*, Thèse, Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 2016.

TARHOUNY, Nina, *Les risques psychosociaux au travail : Droit et prévention d'une problématique de santé publique*, Thèse, Sorbonne Paris cité, 2018.

TEYSSIER, Céline, *Les vies du salarié saisies par les technologies de l'informatisation et de la communication : Essai sur une protection par les droits fondamentaux*, Thèse, Pau, 2021.

TIANO, Vincent, *Les inspecteurs du travail à l'épreuve de l'évaluation des risques, une profession sous tension*, Thèse, Aix-Marseille II, 2003.

VERNAC, Stéphane, *Le pouvoir d'organisation : au croisement du droit du travail et du droit des sociétés*, Thèse, Paris Ouest Nanterre La Défense, 2012.

YOUMOU, Emery Jansky, *Risques psychosociaux chez les Enseignants-chercheurs : l'effet curviligne des ressources sur le stress professionnel*, Thèse, Reims.

IV. ARTICLES, CHRONIQUES :

ABATE, Claire, « En question : RPS, qualité de vie au travail et Covid-19 », *La Semaine Juridique – Social*, décembre 2020, n° 51, p. 9-11.

ADAM, Patrice, « Une lecture de l'accord du 26 mars 2010 sur le harcèlement et la violence au travail », *Revue de droit du travail*, juillet 2010, n° 7, p. 428-434 ; « Médecins du travail : le temps du silence ? » *Droit social*, juin 2015, n° 6, p. 541 ; « De la responsabilité civile du salarié », *Droit social*, mai 2018, n° 5, p. 465.

AFSA, Cédric, GIVORD, Pauline, « Le rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie : le cas des horaires irréguliers », *Économie et Prévision*, 2009, n° 187, p. 83-103.

ALBERT, Eric, « Les grandes mutations du management », *Stress, burn-out, harcèlement moral*, Dunod, 2016, p. 241-247.

ALVES CONDE, Maxime, ROUSSEL, Magali, GOMES, Barbara, CHATZILAOU, Konstantina, « Les nouveaux visages de la médecine du travail », *Revue de droit du travail*, avril 2012, n° 4, p. 200.

ANTONMATTEI, Paul-Henri, « Négocier un accord sur la qualité de vie au travail », *Droit social*, février 2015, n° 2, p. 131-133 ; « Obligation de sécurité de résultat : les suites de la jurisprudence Snecma », *Droit social*, mai 2012, n° 5, p. 491-493.

ANTONMATTEI, Paul-Henri, VIVIEN, Philippe, « Chartes d'éthique, alerte professionnelle et droit du travail français : état des lieux et perspectives », *Suppl. Semaine Sociale Lamy*, juin 2007, n° 1310, p. 5-17.

AUTIN, Jean-Louis, « Le statut du Défenseur des droits », *Revue française d'administration publique*, mars 2011, n° 139, p. 421-431.

ARNAUDO, B, LEONARD, M, SANDRET, N, CAVET, M, COUTROT, T, RIVALIN, R, THIERUS, L, « Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs », *Références en santé au travail*, INRS, mars 2013, n°133, p. 59-74.

ASKENAZY, Philippe, « Aspects économiques de la prévention et de la réparation des risques professionnels », *Actualité et dossier en santé publique*, décembre 2006, n° 57, p. 39-42.

AUBERT-MONPEYSSSEN, Thérèse, BLATMAN, Michel, « Les risques psychosociaux au travail et la jurisprudence française : la culture de la prévention », *Droit social*, septembre 2012, n° 9, p. 832-838.

AUVERGNON, Philippe, « Pour l'efficacité du droit du travail : quel système d'inspection et quelle indépendance des inspecteurs ? », *États-généraux de l'inspection du travail*, 2006, p. 245-254.

BABIN, Matthieu, PICHON, Nathalie, « Obligation de sécurité et faute inexcusable de l'employeur », *Droit social*, septembre 2002, n° 9/10, p. 828-839.

BACHLER, Laurent, « Philosophie et psychologie : la question du jugement moral », *Psychologie du jugement moral*, 2013, p. 197-227.

BADEL, Maryse, « Souffrance au travail et risque professionnel : la difficile appropriation du mal-être du salarié par le droit de la sécurité sociale », *Revue de droit sanitaire et social*, 2006, n°5, p. 918-928.

BARBIER, Jean-Claude, « Quelle destinée pour la « politique sociale » de l'Union européenne ? De la stratégie de Lisbonne à l'Europe 2020 : évolution du discours politique », *Revue internationale du travail*, 2012, n° 151, p. 411-438.

BARDOT, Fabienne, « L'auscultation de la violence dans l'entreprise », *Travail, genre et sociétés*, mars 2001, n° 5, p. 43-55.

BAREL, Yvan, FREMEAUX, Sandrine, « Le rôle des médecins du travail dans les actions de prévention primaire », *@GRH*, 2012, n° 3, p. 69-88.

BAREL, Yvan, FREMEAUX, Sandrine, MAHIEU, Pierre-Alexandre, « Reconnaissance du travail et insécurité perçue de l'emploi », *Revue de management & avenir*, 2019, n°110, p. 37-58.

BARNAY, Thomas, « Relations causales entre santé et travail : le regard des économistes », *Med Sci*, octobre 2016, n° 10, Vol. 32, p. 889-894.

BARNAY, Thomas, DEFEBVRE, Eric, « L'effet des contraintes physiques du travail sur les maladies cardiovasculaires chez les femmes. Enquête Santé et itinéraire professionnel, vagues 2006 et 2010 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, mars 2016, n° 7-8, p. 148-153.

BARNAY, Thomas, FAVROT, Julie, POLLAK, Catherine, « L'effet des arrêts maladie sur les trajectoires professionnelles », *Économie et Statistique*, 2015, n° 475-476, p. 135-156.

BASSANINI, Andrea, CAROLI, Eve, "Is work bad for health? The role of constraint vs choice", *Annals of Economics and Statistics*, 2017, p.13-37.

BASSIRI, Dideh, « La santé mentale au travail : le point de vue d'un psychiatre », *Bulletin Joly Travail*, avril 2016, n°284, p. 211-212.

BEAUVALLLET, Godefroy, HOUY, Thomas, « L'adoption des pratiques de gestion Lean : cas de entreprises industrielles françaises », *Revue française de gestion*, 2009, n°197, p. 83-106.

BÈGUE, Cyril, « Syndrome d'épuisement professionnel, Dès le début, une collaboration médecin généraliste / médecin du travail », *Le concours médical*, décembre 2016, n°10, p. 12-18.

BEJEAN, Sophie, SULTAN-TAIEB, Hélène, "Modelling the social cost of diseases imputable to stress at work", *European Journal of Health Economics*, 2005, n° 50, p. 16-23.

BELL, David, OTTERBACH, Steffen, SOUSA-POZA, Alfonso, "Work hours constraints and health", *Annals of Economics and Statistics*, juin 2012, n°105/106, p. 35-54.

BENOIT-ROHMER, Florence, « La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne », *Recueil Dalloz*, mai 2001, n°19, p. 1483-1492 ; « Droit à des congés payés annuel (art. 31 de la Charte) », *Revue trimestrielle du droit européen*, juillet 2023, n°3, p. 431-432.

BESIERRE, Jean, « L'activité de l'inspection du travail dans un contexte de fortes évolutions », *Droit social*, novembre 2011, n°11, p. 1021-1030.

BLANPAIN, Nathalie, PAN KE SHON, Jean-Louis, « L'assurance complémentaire maladie : une diffusion encore inégale », *INSEE Première*, 1997, n°523.

BLATMAN, Michel, « L'obligation de sécurité », *Droit social*, juillet 2011, n°7/8, p. 743-757 ; « Regards sur l'état de santé au travail et la prévention des risques », *Droit social*, novembre 2005, n°11, p. 960-970.

BLATMAN, Michel, BOURGEOT, Sylvie, « De l'obligation de sécurité de l'employeur au droit à la santé des salariés », *Droit social*, avril 2006, n° 6, p. 653-661.

BOBOC, Anca, « Numérique et travail : quelles influences ? », *Sociologies pratiques*, 2017, n° 34, p. 3-12.

BOISSARD, Vanessa, « Intégrer la reconnaissance dans les pratiques managériales », *Les cahiers du DRH*, septembre 2020, n° 278, p. 48-55.

BONNAMY, Sylvie, « Le droit de retrait à l'épreuve des risques psychosociaux », *Les cahiers Lamy du CE*, juillet 2013, n°128, p. 1-8.

BONNECHERE, Michèle, « Santé-sécurité dans l'entreprise et dignité de la personne au travail », *Droit ouvrier*, novembre 2003, n° 664, p. 453-486.

BORENFREUND, Georges, SOURIAU, Marie-Armelle, « L'expertise du CHSCT : un droit conditionné », *Revue de droit du travail*, mars 2014, n° 3, p. 198-199.

BORGETTO, Michel, KESSLER, Francis, « Les risques professionnels en question(s) », *Revue de droit sanitaire et social*, août 2018, n° 4, p. 575.

BOSSUOT-QUIN, Elodie, HUR VARIO, Nelly Marine, « La responsabilité pénale en matière d'accidents du travail », *Lexbase Social*, décembre 2019, n° 807.

BOULET, Anne-Marie, « Les consultations souffrance et travail débordées », *Santé & Travail*, avril 2016, n° 44, p. 487.

BOULMIER, Daniel, « Le remplacement définitif du salarié malade : une exigence incertaine dans la durée », *Droit social*, novembre 2011, n°11, p. 1048.

BOUND, John, WAIDMANN, Timothy, « Estimating the health effects of retirements ». Working papers, wp168, *University of Michigan. Michigan Retirement Research Center*, 2007.

BOURDIEU, Pierre, « Le sens pratique », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 1976, n° 2, p. 43-86.

BUCHER, Charles-Edouard, « Obligation de loyauté et exercice d'une activité pour le compte d'une société non concurrente pendant un arrêt de travail », *AJCA*, juin 2020, n°6, p. 299.

BUGADA, Alexis, « Contrôle judiciaire de la sanction à caractère punitif infligée par un organisme de sécurité sociale », *La Semaine juridique – Social*, juillet 2010, n° 28, p. 38-40 ; « L'obligation de sécurité pesant sur l'employeur en matière prud'homale : obligation de moyen ou de résultat ? », *La Semaine juridique – Social*, novembre 2014, n° 48, p. 16-25.

BRISSY, Stéphane, FANTONI-QUINTON, Sophie, « Suivi individuel de santé au travail : quels champs d'intervention pour les médecins et infirmiers de santé au travail ? », *Droit social*, septembre 2025, n° 9, p. 720-726.

BROCHIER, Damien, « Les mutations du travail : quel impact sur les hommes et les organisations ? », *Documentaliste - Sciences de l'information*, 2006, Vol. 43, p. 242-246.

BRUNESSEN, Bernard, « Un principe politique saisi par le droit. La justiciabilité du principe de subsidiarité en droit de l'Union européenne », *Revue trimestrielle de droit européen*, 2012, n°2, p. 329-354.

CARON, Mathilde, « Le système de santé au travail : vers la fin d'une exception », *Revue de droit sanitaire et social*, mars 2014, n° 2, p. 275-281 ; « L'obligation de sécurité de l'employeur et les projets de réorganisation : quelles actions ? », *Bulletin Joly Travail*, avril 2018, n° 306, p. 197-200 ; « La suspension prolongée du contrat de travail d'un salarié, juxtaposition des droits du travail et de la sécurité sociale », *Bulletin Joly Travail*, février 2020, n° 2, p. 19-22 ; « Trouble anxio-dépressif et accident du travail », *Bulletin Joly Travail*, février 2020, n° 2, p. 16-19 ; « Le DUERP dans la loi du 2 août 2021 », *Bulletin Joly Travail*, octobre 2021, n°7, p. 15-17 ; « Reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur à la suite du suicide du

salarié », *Bulletin Joly Travail*, janvier 2022, n° 10, p. 44-48 ; « Entretien préalable au licenciement et accident du travail », *Bulletin Joly Sociétés*, avril 2022, n° 4, p. 23-24.

CARON, Mathilde, VERKINDT, Pierre-Yves, « Le droit de la sécurité sociale confronté aux nouveaux risques professionnels », *Revue de droit sanitaire et social*, août 2010, n° 4, p. 593.

CARROLL, Archie, “A three-Dimensional Conceptual Model of Corporate Performance”, *Academy of Management Review*, 1979, n°4, p.497.

CASADO, Arnaud, « Mort en raison du travail : un lien de causalité certain suffit s’il existe une faute délibérée », *Bulletin Joly Travail*, octobre 2023, n° 10, p. 39.

CESARO, Jean-François, « Les sanctions pénales de l’insécurité », *Droit social*, juin 2007, n°6, p. 729-737 ; « Santé et sécurité au travail : responsabilité pénale, mode d’emploi et droits de la défense en cas d’accident du travail », *La Semaine Juridique – Social*, mai 2008, n° 21, p. 29-30.

CHAMBON, Margot, « Suicide d’un salarié : engage sa responsabilité pénale pour homicide involontaire la société l’ayant maintenu dans une incertitude professionnelle », *Lexbase Pénal*, mars 2023, n° 58.

CHAMPEAUX, Françoise, « Première application par le Conseil d’État du droit souple en droit du travail », *Semaine Sociale Lamy*, juin 2020, n°1912, p. 10-13.

CHAN CHEE, Chirstine, « Prise en charge des patients avec troubles anxieux entre 2010 et 2014 dans les établissements ayant une autorisation en psychiatrie en France métropolitaine : analyse des données du RIM-P », *Santé publique France*, juin 2018.

CHAUMET, Blanche, « Le travail c’est la santé, prévenir c’est le conserver », *Droit ouvrier*, juillet 2015, n° 620.

CHARBONNEAU, Alexandre, LERROUGE, Loïc, « Une « personne de confiance » pour favoriser le dialogue sur le travail et la santé – sécurité », *Droit Social*, juin 2016, n° 6, p. 534-536.

CHATTERJI, Pinka, ALEGRIA, Margarita, TAKEUCHI, David, “Psychiatric disorders and labor market outcomes: evidence from the national comorbidity survey-replication”, *Journal of Health Economics*, septembre 2011, p. 858-868.

CHOUANIERE, Dominique, « Définitions et aspects épidémiologiques des risques psychosociaux », *Archives des Maladies Professionnelles et de l’Environnement*, février 2017, v. 78, n° 1, p. 4-15.

CHORON, Guillaume, CROUZET, Laure, SELUSI, Sophie, GASS, Marie-Ange, « Autonomie du salarié et santé au travail », *Bulletin Joly Travail*, novembre 2022, n°11, p. 77-84.

COCHET, François, « La qualité de vie au travail : construire un processus de réponse à la crise du travail », *Droit social*, février 2015, n° 2, p. 143-146.

COHEN-DONSIMONI, Véronique, « Atteintes à l'intégrité physique et droit pénal du travail », *Droit social*, septembre 2024, n° 9, p. 670-674.

COHIDON, Christine, RABET, Gabrielle, IMBERNON, Ellen, « Risque suicidaire et activité professionnelle », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, décembre 2011, n° 47-48, p. 501-504.

COLDEFY, Magali, COM-RUELLE, Laure, LUCAS-GABRIELLI, Véronique, « Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine », *Études et résultats*, DREES, n° 764, juin 2011.

COLETTE, Jacques, « Travail et santé : le point de vue d'un médecin », *Droit social*, mai 2002, n°5, p. 479-484.

COLLINS, Hugo, « La flexibilité, réponse du Royaume-Uni à la crise », *Droit ouvrier*, 2012, n°763, p. 124-132.

COMBREXELLE, Jean-Denis, « Vers un nouveau droit du travail », *La Semaine juridique – édition générale*, octobre 2017, n° 43, p. 1947-1950.

COTTINI, Elena, LUCIFORA, Claudio, “Mental health and working conditions in European countries”, *ILR Rev*, 2013, p. 958-988.

COUTURIER, Gérard, « Hygiène et sécurité. Droit de retrait. Croyance raisonnable en un danger grave et imminent », *Droit social*, août 2000, n°7-8.

D'ORNANO, Pierre-Henri, « La consultation du CHSCT en cas d'aménagement important modifiant les conditions de travail », *La Semaine Juridique - Social*, juin 2010, n° 23, p. 18-21.

DAUXERE, Lydie, « Engagement unilatéral de l'employeur : de l'entrecroisement du droit du travail et du droit civil », *La Semaine Juridique – Social*, juin 2024, n° 22, p. 35-37.

DAVEZIES, Philippe, « Intensification. Danger : le travail rétréci », *Santé & Travail*, janvier 2007, n°57, p. 30-33 ; « Le document d'évaluation des risques : une occasion unique pour débattre sur le travail », *Santé & Travail*, juillet 2008, n° 63, p. 28-30.

DAVEZIES, Philippe, CLOT, Yves, « Des accords sur le stress qui sonnent faux », *Santé & Travail*, avril 2011, n° 74, p. 26-29.

DEL SOL, Marion, « Reconnaissance de la faute inexcusable de Renault dans le suicide d'un salarié : un arrêt d'appel précurseur en matière de risques psychosociaux », *Lexbase Social*, 2011, n°443, p. 1009-1010.

DEL SOL, Marion, TURQUET, Pascale, « L'assurance maladie complémentaire des salariés au prisme du fiscal welfare... what's going wrong in France ? » *La revue de l'IRE*, 2021, numéro spécial, p. 45.

DEDESSUS-LE-MOUSTIER, Nathalie, DRAIS, Eric, « L'information des salariés et des représentants du personnel en matière de santé au travail : bilan et perspective face aux risques émergents » in *Economies et Sociétés*, Série "Entreprise et finance", n°3, 8/2013, p. 1345-1370.

DEDESSUS-LE-MOUSTIER, Nathalie, « Une réflexion syndicale contrastée sur la prévention des risques psychosociaux », *Revue de droit du travail*, novembre 2011, n° 11, p. 627-633 ;

DEJOURS, Christophe, « Une nouvelle forme d'aliénation au travail qui tue », *Santé et travail*, 2007, n°60, p. 26-28 ; « Travail, précarisation et subjectivité », *Travailler*, novembre 2020, n°44.

DESBARATS, Isabelle, « Le salarié est-il au cœur des préoccupations en termes de santé et de sécurité au travail ? », *Semaine Sociale Lamy*, juin 2009, n° 1406, p. 8-10 ; « La prévention des risques sanitaires et environnement ? », *Semaine Sociale Lamy*, décembre 2014, n° 1655, p. 86-92.

DESFARGES, Pierre, « Réorganisation de l'entreprise et pouvoir du juge », *Action juridique CFDT*, juillet 2001, n° 149, p. 23-25.

DESMOULIN-CANSENIER, Sonia, « La réforme de la médecine du travail à la lumière des risques collectifs et incertains », *Revue de droit sanitaire et social*, juillet 2010, n° 4, p. 604-615.

DETCHESSAHAR, Mathieu, « Santé au travail : quand le management n'est pas le problème mais la solution », *Revue française de gestion*, 2011, p. 89-105 ; « Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion », *Négociations*, 2013, n°1, Vol. 19, p. 57-80.

DI CAMILLO, Nicolas, ISIDRO, Lisa, « La baisse des indemnités journalières de la sécurité sociale : entre réduction des droits et augmentation « coût du travail » », *Droit social*, 2025, n°5, p. 472.

DIENE, Eloi, FOUQUET, Aurélie, ESQUIROL, Yolande, « Maladies cardiovasculaires en milieu de travail, *Archives of Cardiovascular Diseases*, janvier 2012, Vol. 105, n°1, p. 33-39.

DOCKES, Emmanuel, « L'engagement unilatéral de l'employeur », *Droit Social*, mars 1994, n°3, p. 227-236.

DORE, Lionel, « Evolution de la médecine du travail », *Droit social*, novembre 2004, n° 11, p. 931-933.

DOREMUS, Benoît, « Penser la relation « Santé-travail » : remarques sur l'émergence d'un nouveau paradigme », *Revue de droit sanitaire et social*, juillet 2012, n° 4, p. 706-715.

DUARTE, Antoine, DEJOURS, Roxane, « Réinsertion professionnelle et santé mentale », *La psychanalyse aujourd'hui*, 2020, n°148, p. 41-52.

DUBURCQ, A, COUROUVE, L, HAVETTE, O, DAB, W, « Facteurs associés au maintien dans le poste de travail après un épisode d'absence : résultats de l'étude MAPOST des médecins du travail du groupe La Poste », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2018, n°79, p. 705-716.

DURAND, Christelle, « La carence fautive de l'État en matière de protection de la santé au travail », *Revue de droit sanitaire et social*, janvier 2002, n° 1, p. 1-19.

DURAND, Eric, « Médicaments psychotropes et travail. Médicaments antidépresseurs », *INRS, Dossier médico-technique*, 2007, n° 112, p. 487-507.

DRIGUEZ, Laëtitia, « Les obligations du décideur public en matière de santé et de sécurité des travailleurs en cas d'incertitude scientifique », *Revue de droit sanitaire et social*, juillet 2010, n° 4, p. 616-627 ; « Exportabilité d'une prestation maladie », *Europe*, 2017, n°4, p. 147 ; « L'affirmation du droit au report des congés payés interrompus par un arrêt maladie », *Lexbase social*, 2025, n°1016.

ESCANDE VARNIOL, Marie-Cécile, « Obligation de loyauté du salarié en arrêt maladie : restitution de documents », *Recueil Dalloz*, juillet 2001, n° 27, p. 2167.

EVERAERT-DUMONT, Dominique, « Droit de retrait et « devoir » d'alerte », *La Semaine Juridique - Social*, avril 2009, n° 18, p. 21-23.

EYMERY, Magali, « Erreur médicale et responsabilité collective », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, décembre 2010, n°73, p. 4-6.

FANTONI-QUINTON, Sophie, « L'insuffisance du droit de l'inaptitude à maintenir en emploi les salariés victimes de souffrances au travail », *Les Cahiers de droit*, 2013, v. 54, n° 2-3, p. 439 ; « Le système de santé au travail est-il une exception au système de santé français ? », *Revue de droit sanitaire et social*, mars 2014, n° 2, p. 217-228 ; « L'évolution des missions du médecin du travail », *Semaine Sociale Lamy*, décembre 2014, n° 1655, p. 51-54 ; « Le maintien en emploi au cœur des missions des services de santé au travail », *Revue de droit du travail*, juillet 2016, n° 7, p. 472-476 ; « Modernisation de la médecine du travail et refonte du suivi de santé : vers une mue salvatrice ? », *Bulletin Joly Travail*, avril 2017, n° 295, p. 204-207 ; « Un document unique revisité... pour une démarche plus féconde de la prévention ? », *Semaine Sociale Lamy*, avril 2022, n° 1994, p. 3-5 ; « Face à la pénurie des médecins du travail, repenser la pertinence des visites médicales », *Semaine Sociale Lamy*, avril 2023, n° 2041, p. 6-9 ; « Télétravail : encadrement réglementaire, rôle du service de prévention et du médecin de santé au travail », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, avril 2023, Vol 84, n°2 ; « Le partage du suivi individuel de santé entre médecins du travail et infirmiers »,

Semaine Sociale Lamy, juillet 2023, n° 2055, p. 7-10 ; « Attestations du suivi de santé au travail : quels changements en 2025 ? », *Semaine Sociale Lamy*, mai 2025, n° 2138, p. 2-4.

FANTONI-QUINTON, Sophie, GENTY, Virginie, « Les subtilités du temps partiel thérapeutique », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2018, n°79, p. 666-669.

FANTONI-QUINTON, Sophie, VERKINDT, Pierre-Yves, « Obligation de sécurité de résultat de l'employeur : blocage ou avancée ? » *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, avril 2013, Vol. 74, n° 2, p. 153-155 ; « Obligation de résultat en matière de santé au travail : à l'impossible, l'employeur est tenu ? », *Droit social*, mars 2013, n° 3, p. 229-238 ; « L'évolution des missions du médecin du travail », *Semaine Social Lamy*, décembre 2014, n° 1655, p. 51-54 ; « Charge de travail et qualité de vie au travail », *Droit social*, février 2015, n° 2, p. 106-112 ; « La place de la médecine du travail ne peut se mesurer exclusivement au seul nombre de médecins du travail... », *Droit social*, juin 2021, n° 6, p. 539-545.

FAVENNEC-HERY, Françoise, « L'obligation de sécurité du salarié », *Droit social*, juin 2007, n°6, p. 687-696 ; « Qualité de vie au travail et temps de travail », *Droit social*, février 2015, n° 2, p. 113-120 ; « Congés payés. La remise en ordre du droit français. Une réécriture judiciaire du droit à congé payé », *Semaine Sociale Lamy*, septembre 2023, n° 2060, p. 8-10.

FERGUSON, Yann, « Ce que l'intelligence artificielle fait de l'homme au travail. Visite sociologique d'une entreprise », *Les mutations du travail*, 2019, p. 23-42.

FERRÈ, Nathalie, « Les cancers professionnels et la sanction pénale », *Revue de droit du travail*, octobre 2008, n° 10, p. 583-591 ; « Les infirmières et infirmiers de santé au travail : une réforme inachevée », *Droit ouvrier*, janvier 2015, n° 798, p. 7-13 ; « Retour sur le CHSCT et son droit à l'expertise », *Revue de droit du travail*, octobre 2016, n° 10, p. 629-633 ; « La déclinaison des disciplines dans les services de prévention et de santé au travail », *Lexbase Social*, mars 2024, n° 977.

FLECHER, Marion, « Création de startup et rapport au salariat : qui sont les « nouveaux entrepreneurs » ? », *Connaissance de l'emploi*, juin 2023.

FOURCADE, Bernard, « L'évolution des situations d'emploi particulières de 1945 à 1999 », *Travail et emploi*, 1992, n°52, p. 4-18.

GACIA, Nicolas, « La responsabilité de l'employeur en raison du suicide du salarié », *La Semaine Juridique - Social*, juillet 2008, n° 27, p. 18-21.

GADRAT, Magali, « Précisions sur le périmètre du « groupe de reclassement » », *Droit social*, 2023, n°10, p. 829.

GAMET, Laurent, « Critique du Droit Pénal du Travail », *Droit social*, mai 2014, n° 5, p. 446-457 ; « L'inspection du travail sous ordonnance », *Semaine Sociale Lamy*, février 2015, n° 1662, p. 2-3 ; « Inspection du travail et répression », *Droit social*, mai 2017, n° 5, p.439-444.

GAMET, Laurent, GODEFROY, Marc-Antoine, « Loi pour renforcer la prévention en santé au travail », *La Semaine Juridique – édition générale*, septembre 2021, n° 37, p. 1623-1626.

GAMET, Laurent, FIESCHI, Bruno, « Accident du travail grave ou mortel : responsabilité civile, responsabilité pénale », *Lexbase Social*, juillet 2018, n° 748.

GARDIN, Alexia, « Suspension du contrat de travail et protection de l'emploi du salarié », *Revue de droit du travail*, 2008, n°2, p. 96.

GARNER, Hélène, MEDA, Dominique, SENIK, Claudia, « La place du travail dans l'identité des personnes », *Économie et Statistique*, 2006, n° 393-394, p. 21-40.

GAURIAU, Bernard, « Contrat de travail. Suspension (maladie). Obligation de loyauté. Restitution d'éléments matériels nécessaires à l'activité de l'entreprise », *Droit social*, avril 2001, n°4, p. 439.

GINON, Anne-Sophie, « La déconnexion juridique des paniers de soins. Étude des liens entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°5, p. 831.

GIRARD, Marie-Andrée, REGIS, Catherine, « La collaboration interprofessionnelle : une pratique complexe dans un environnement juridique tout aussi complexe », *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 2020, n° 25.

GOLLAC, Michel, « Des chiffres insensés ? Pourquoi et comment on donne un sens aux données statistiques », *Revue française de sociologie*, 1997, n° 38-1, p. 5-36 ; « Les risques psychosociaux au travail : d'une « question de société » à des questions scientifiques. Introduction », *Travail et Emploi*, 2012, n° 129, p. 5-10.

GOLLAC, Michel, VOLKOFF, Serge, « Citius altius, fortius. L'intensification du travail », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 1996, n°114, p. 54-67.

GUILLEN, Julio Cesar, DUPUIS-GAUTHIER, Catherine, LEROY, Fabrice, « Souffrance « mentale » et douleur du corps. Étude de leur dimension économique à partir d'une séquence clinique », *L'évolution psychiatrique*, 2012, n° 77, p. 15-28.

GUITTARD, M, CAPITAIN, O, GUITTARD, E, ROQUELAURE, Y, PETIT, A, « Facteurs influençant le retour au travail et le maintien en emploi après un cancer du sein », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2016, n°77, p. 157-164.

GUPTA, Data, KRISTENSEN, Nicolai, “Work environment satisfaction and employee health: panel evidence from Denmark, France and Spain, 1994–2001”, *The European Journal of Health Economics*, février 2008, n°1, Vol. 9, p.51-61.

HEAS, Franck, « Les représentants du personnel et la question de la santé au travail », *Semaine Sociale Lamy*, décembre 2004, n° 1196, p. 5-10 ; « Les modalités de la délégation de pouvoirs », *Revue de droit du travail*, novembre 2008, n° 11, p. 670-671 ; « Le bien-être au

travail », *La Semaine Juridique - Social*, juillet 2010, n° 27, p. 14-19 ; « Observations sur le concept de dignité appliqué aux relations de travail », *Droit Ouvrier*, septembre 2010, n° 746, p. 461-468 ; « État de santé, handicap et discrimination en droit du travail », *La Semaine juridique – Social*, juin 2011, n°24, p. 19-24 ; « De la sécurité à la santé, les évolutions de la prévention au travail », *Semaine Sociale Lamy supplément*, décembre 2014, n° 1655, p. 23-28 ; « Le devenir de l’obligation de sécurité de résultat en matière de travail », *Droit ouvrir*, janvier 2016, n° 810, p. 10-19 ; « La négociation d’entreprise sur la qualité de vie au travail », *Droit social*, novembre 2019, n° 11, p. 907-913 ; « Un ANI sur la santé au travail, pour quoi faire ? », *Droit social*, mars 2021, n° 3, p. 253-258 ; « La désinsertion professionnelle », *Droit social*, novembre 2021, n° 11, p. 909-913.

HELARDOT, Valentine, « Précarisation du travail et de l’emploi : quelles résonnances dans la construction des expériences sociales ? », *Empan*, 2005, n°60, p. 30-37.

HILL, Diane, “Employer-sponsored long-term disability insurance”, *Monthly Labor Review*, 1987, Vol. 110, p. 16-22.

HIRIGOYEN, Marie-France, « La souffrance au travail et les pathologies émergentes », *L’information psychiatrique*, 2008, Vol. 84, p.821-826.

HUSSEY, L, TURNER, S, THORLEY, K, McNAMEE, R, “Work-related sickness absence as reported by UK general practitioners”, *Occupational Medicine*, 2012, n° 2, Vol. 62, p. 105-111.

HUTEAU, Gilles, « Les cercles de la solidarité dans la protection sociale », *Regards*, 2023, n° 62, p. 47.

IMBERNON, Ellen, « Quelle place pour les risques professionnels dans la santé publique ? », *Santé publique*, 2008, vol. 20, n° 3, Hors-série, p. 9-17.

ISAAC, Henri, KALIKA, Michel, « Organisation, technologie de l’information et vie privée. », *Revue française de gestion*, 2011, n°134, p. 101-105.

JEAMMAUD, Antoine, « Le pouvoir patronal visé par le droit du travail », *Semaine Sociale Lamy*, février 2008, n° 1340, p. 15-26.

JEANSEN, Emeric, « Le CHSCT est mort, vive la CSSCT », *La Semaine Juridique – Social*, 2018, n°14, p. 13 ; « Le suivi médical des salariés après la loi du 2 août 2021 », *La Semaine Juridique - Social*, mars 2022, n° 29 ; « La protection sociale complémentaire, familiale plutôt que solidaire », *Droit social*, novembre 2023, n° 11, p. 921 ; « Les heures supplémentaires réalisées par un salarié en congés », *La Semaine juridique – Social*, octobre 2025, n° 41, p. 26-28.

JOVER, André-Franck, « Le temps de trajet du salarié sous l’œil du médecin du travail », *La Semaine juridique – Social*, octobre 2016, n°42, p. 18-21.

JUDE, Jean-Michel, « Du double principe d'unicité en matière de sécurité sociale », *Revue critique de droit international privé*, 2016, n°2, p. 360.

JSHEA, Michael, CASCINO, Thomas, « Introduction au diagnostic des maladies cardiovasculaire », *Merck de diagnostic et thérapeutique*, octobre 2019.

KARAGIANNIS, Syméon, « Le droit à la santé dans certains textes internationaux et constitutionnels : entre généreuse utopie et mesquin pragmatisme ? », *Journal du droit international*, octobre 2012, n°4, p. 1137-1212.

KARASEK, Robert, “Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign”, *Administrative Science Quarterly*, juin 1979, Vol. 24, p. 285-308.

KERLEAU, Monique, « De la couverture maladie universelle aux politiques d'accès à l'assurance-maladie complémentaire : diversités des modèles et des protections », *Revue française de Socio-économie*, 2012, n°9, p. 171-189.

KESTEL, Dévora, « La santé mentale au travail », *who.int/fr*, 22 janvier 2019.

KITANAKA, Junko, « De la mort volontaire au suicide au travail. Histoire et anthropologie de la dépression au Japon », *Ithaque*, 2014.

KIVITS, Joelle, MENARD, Colette, ALLA, François, « La santé au travail : quels enjeux pour la santé publique ? », *Santé publique*, 2008, Vol. 20, Hors-série, p. 5-6.

KOBINA GABA, Harold, « Réorganisation de l'entreprise et santé et sécurité au travail », *La Semaine Juridique - Social*, avril 2014, n° 15, p. 7-11.

LAANANI, Moussa, WALID, Ghosn, JOUGLA, Eric, REY, Grégoire, « Association entre taux de chômage et suicide, par sexe et classe d'âge », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, janvier 2015.

LABORDE, Jean-Pierre, « Le droit social comparé : Pourquoi et comment ? », *Bulletin de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 1994, p. 4-15.

LACOSTE-MARY, Valérie, « Sur les obligations incombant aux assurés sociaux en cas de versement de prestations en espèces », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°2, p. 312.

LAFUMA, Emmanuelle, WOLMARK, Cyril, « Le lien santé-travail au prisme de la prévention. Perspectives juridiques », *PISTES*, 2018, n° 20-1.

LAGARENNE, Christine, LEGENDRE, Nadine, « Les travailleurs pauvres en France : facteurs individuels et familiaux », *Économie et statistiques*, 2000, n° 335, p. 3-25.

LAHALLE, Thibault, « Les nouvelles contraintes du document unique d'évaluation des risques professionnels », *La Semaine Juridique – Social*, mars 2022, n° 13.

LANOUZIERE, Hervé, « Un coup pour rien ou tournant décisif ? L'accord du 19 juin 2013 sur la qualité de vie au travail », *Semaine Sociale Lamy*, septembre 2013, n° 1597, p. 4-9.

LAPEROU-SCHENEIDER, Béatrice, « La responsabilité pénale de l'employeur personne physique et la présomption de faute », *Droit social*, mars 2012, n° 3, p. 273-280 ; « Droit disciplinaire des professions de santé », *Revue générale de droit médical*, décembre 2012, n° 85, p. 201-212 ; « La responsabilité pénale du dirigeant en cas d'accident au travail : quelques précisions récentes », *Actualité Juridique Pénal*, mai 2023, n° 5, p. 212-215.

LAVAUD-LEGENDRE, Bénédicte, « La paradoxale protection de la personne vulnérable par elle-même : les contradictions d'un « droit de la vulnérabilité » en construction », *Revue de droit sanitaire et social*, mai 2010, n°3, p. 520-526.

LE ROUX, Thomas, « Les corps soumis de l'industrialisation », *Santé & Travail*, janvier 2011, n°73, p. 48-49.

LECOMTE-MENAHES, Gabrielle, « La prévention de la désinsertion professionnelle : l'articulation de la prévention des risques professionnels et de la protection sociale », *Droit social*, 2019, n°11, p. 914-920.

LEGERON, Patrick, « Le stress professionnel », *L'information psychiatrique*, 2008/09, Vol. 84, p. 809-820.

LEGROS, Bérangère, « La transposition de l'accord-cadre européen du 8 octobre 2004 sur le stress au travail », *La Semaine Juridique - Social*, juin 2009, n° 26, p. 19-21.

LEROUGE, Loïc, « La question des rapports entre le droit de la santé au travail et le droit de la santé publique : la nouvelle donne de la reconnaissance de la protection de la santé mentale au travail », *RGDM*, 2006, n°18, p. 199 ; « Absence de formation à la sécurité et responsabilité de l'employeur », *Revue de droit du travail*, avril 2008, n° 4, p. 247 ; « Le droit du travail français confronté aux « nouveaux risques ». Quelle prise en compte de la santé mentale en droit du travail ? », *REMEST*, 2010, n°5, p. 21-38 ; « Protection de la santé mentale au travail et responsabilité de l'employeur : répondre à la contrainte de résultat », *Jurisprudence Sociale Lamy*, septembre 2010, n° 283, p. 19-23 ; « Suicide du salarié et faute inexcusable de l'employeur : quelles évolutions juridiques », *Revue de droit sanitaire et social*, février 2012, n° 2, p. 373-385 ; « Les effets de la précarité du travail sur la santé : le droit du travail peut-il s'en saisir ? », *Perspectives interdisciplinaires sur le Travail et la Santé*, mai 2012, n°1, Vol. 11 ; « Les « risques psychosociaux » en droit : retour sur un terme controversé », *Droit social*, février 2014, n° 2, p. 152-160 ; « La santé mentale est une composante de la santé », *Jurisprudence Sociale Lamy*, juin 2016, n° 411, p. 4-8 ; « Réflexions juridiques autour du rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée » », *Droit social*, février 2019, n° 2, p. 151-159 ; « Harcèlement sexuel au travail et droit comparé : comparaison des approches juridiques », *La Semaine Juridique - Social*, mars 2019, n° 10, p. 21-27 ; « Un accord-cadre européen des partenaires sociaux sur le numérique : quel encadrement pour la protection de la santé au travail ? », *Semaine sociale Lamy*, 2020, n°1927,

p. 5-8 ; « Le cadre juridique des outils de prévention du harcèlement moral au travail », *La Semaine Juridique – Social*, août 2022, n°30-34, p. 47-50.

LEROUGE, Loïc, GRAFTEAUX, Gaëtan, « Santé au travail, risques psychosociaux et petites entreprises en droit du travail », *Revue de droit du travail*, novembre 2015, n° 11, p. 705-714.

LEROUGE, Loïc, LANOUZIERE, Hervé, « Controverse : Que faut-il attendre (ou non) du décroisement de la santé au travail et de la santé publique ? », *Revue de droit du travail*, juillet 2021, n° 7.

LEROUGE, Loïc, MANDIN, François, « Travail et protection sociale au bénéfice du sportif : étude comparée : France, Italie, Royaume-Uni », *Bulletin de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 2010, p. 93-113.

LEVET, Pascal, « Travailler avec ou après un cancer : le temps partiel thérapeutique et ses possibles alternatives », *Semaine sociale Lamy*, octobre 2022, n°2016.

LEVINET, Michel, « La Convention européenne des droits de l’homme socle de la protection des droits de l’homme dans le droit constitutionnel européen », *Revue française de droit constitutionnel*, 2011, n° 86, p. 227-263.

LHERNOULD, Jean-Philippe, « Les entreprises face à la coordination européenne des régimes nationaux de Sécurité sociale : l’autre côté du miroir », *Droit social*, 2007, n°2, p. 225.

LICARI, Sandy, « De la nécessité d’une législation spécifique au harcèlement moral au travail », *Librairie technique et économique*, mai 2000, n°5, p. 492-506.

LIKER, Jeffrey, « Le modèle Toyota », *Village Mondial*, 2006.

LLENA-NOZAL, Ana, “The effect of work status and working conditions on mental health in four OECD countries”, *National Institute Economic Review*, juillet 2009, Vol. 209, p.72-87.

LOKIEC, Pascal, ROBIN-OLIVIER, Sophie, DEAKIN, Simon, RADE, Christophe, « Droit du travail et responsabilité civile (1re partie) », *Revue de droit du travail*, décembre 2007, n° 12, p. 748-757.

LOW, Hamish, PISTAFERRI, Luigi, “Disability Insurance: Theoretical Trade-Offs and Empirical Evidence”, *Fiscal Studies*, 2020, Vol. 41, n°1, p. 129-164.

LUCCHINI, Arnaud, MARANT, Élise, HEAS, Franck, « Les perspectives du droit de la santé au travail », *Revue de droit du travail*, mai 2023, n° 5, p. 311-318.

LYON-CAEN, Antoine, « L’égalité et la loi en droit du travail », *Droit Social*, janvier 1990, n° 1, p. 68-75.

LYON-CAEN, Arnaud, « Une révolution dans le droit des accidents du travail », *Droit social*, avril 2002, n°4, p. 445-449.

LYON-CAEN, Gérard, « Du rôle des principes généraux du droit civil en droit du travail », *Droit social*, juin 2019, n° 6, p. 524-533.

MAGGI-GERMAIN, Nicole, « Travail et santé : le point de vue d'une juriste », *Droit social*, mai 2002, n°5, p. 485-493.

MAILLARD-PINON, Sandrine, « Que reste-t-il de l'obligation de loyauté du salarié en arrêt maladie ? », *Revue de droit du travail*, décembre 2011, n°12, p. 698.

MAILLIOT, Stéphanie, « Assurance maladie et redistribution : le cas de l'arrêt maladie », *Recherches économiques de Louvain*, 2005, n°71, p. 427-443.

MANAOUIL, Cécile, FANTONI-QUITTON, Sophie, MONTPELLIER Damien, « Doit-on craindre les poursuites ordinales déclenchées par les employeurs dans le cadre de la souffrance au travail ? », *Responsabilité*, septembre 2014, Vol. 14, p. 11-25.

MANAOUIL, Cécile, PRISSETTE, Gaëtan, VAN MARIE François, « Le harcèlement : évolution du droit français et problématiques de l'évaluation des victimes », *Médecine et droit*, octobre 2020, n° 164, p. 111.

MATSOPOULOU, Haritini, « Délégation de pouvoirs : les critères jurisprudentiels de compétence et d'autorité du délégataire », *Revue des sociétés*, juillet 2010, n° 5-6, p. 332-334.

MAUBERNARD, Christophe, « Le principe d'égalité de traitement : un principe cardinal en droit de l'Union européenne », *Revue de l'Union européenne*, 2010, n°539, p. 373.

MERCAT-BRUNS, Marie, « Les discriminations multiples et l'identité au travail au croisement des questions d'égalité et de libertés », *Revue de droit du travail*, janvier 2015, n° 1, p. 28-38.

MEYER, Francis, « La loi travail : aspects concernant la médecine du travail », *Revue de droit du travail*, décembre 2016, n° 12, p. 821-823.

MIAS, Arnaud, « Autonomie des agents et légitimité de l'inspection du travail », *La Nouvelle Revue du Travail*, 2015, n° 7.

MONTREUIL E., « Comprendre les transformations du monde du travail pour prévenir les risques psychosociaux : le cas du Lean management », *Stress, burn-out, harcèlement moral*, 2016, p. 181 à 199.

MORAINE, Aurore, « Coup de pouce des juges à la prévention », *Santé & Travail*, juillet 2008, n° 63.

MOREAU, Jean-Nicolas, « L'entreprise et la négociation sur le stress au travail », *Les cahiers du DRH*, novembre 2009, n°159, p. 33-44.

MOREAU, Marie-Ange, « L'obligation générale de préserver la santé des travailleurs », *Droit social*, mai 2013, n° 5, p. 410-414 ; « Pour une politique de santé dans l'entreprise », *Droit social*, septembre 2002, n° 9/10, p. 817-827.

MORIN, Estelle, « Promouvoir la santé mentale au travail », *Gestion*, 2010, n°3, Vol. 35, p. 13-14.

MORVAN, Patrick, « Responsabilité pénale et droit social avant et après la loi du 10 juillet 2000 », *Revue de Jurisprudence Sociale*, avril 2001, n° 4, p. 283-298 ; « Droit pénal de l'accident du travail », *Droit social*, juin 2001, n° 6, p. 654-664 ; « Securitas omnia corrumpit ou le principe selon lequel il incombe à l'employeur de protéger la sécurité et la santé des travailleurs », *Droit social*, juin 2007, n°6, 674-686 ; « Le suicide au travail : quels droits pour le salarié victime », *patrickmorvan.over-blog.com*, septembre 2009 ; « La mode des risques psychosociaux », *Droit social*, décembre 2013, n° 12, p. 965.

MOUCHIKHINE, Jean, RENELLE, Benoît, « La médecine du travail : prévention des risques ou accompagnement des salariés ? », *Jurisprudence Sociale Lamy*, février 2015, n° 382, p. 34-37.

MOULIN, Claire, « Le droit de retrait, principe général du droit du travail ? », *Droit social*, décembre 1996, n° 12, p. 1034-1037.

MOULY, Jean, « Licenciement pour maladie sans remplacement définitif du salarié : par de discrimination automatique », *Droit social*, avril 2016, n°4, p. 384 ; « L'obligation de loyauté du sportif professionnel pendant la suspension du contrat pour accident du travail », *Droit social*, 2019, n°4, p. 363.

MROUABI, Sabrina, « Télétravail et santé : pour un mariage réussi », *Droit ouvrier*, août 2021, n° 875, p. 444-454.

NAPIER, Brian, « Le nouveau droit du travail en Grande-Bretagne », *Revue internationale de droit comparé*, 1981, n° 33, p. 765-775.

NAZET-ALLOUCHE, Dominique, « L'Union européenne face à la santé et à la sécurité au travail », *Les notes du Pôle*, mars 2015.

NEISS, Philippe, « Le droit de retrait en cas de danger pour la santé mentale », *RISEO*, mars 2012, n° 2012-1, p. 95-107.

PACOTTE, Philippe, DAGUERRE, Stéphanie, « Forfait-jours : la Cour de cassation poursuit son œuvre », *Jurisprudence Sociale Lamy*, mars 2015, n° 384, p. 7-10.

PANSIER, Frédéric-jérôme, CHARBONNEAU, Cyrille, « Commentaire de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 (11^{ème} partie) », *Les Petites Affiches*, février 2002, n° 26, p. 6-19.

PASQUIER, Thomas, « Le terme de la suspension du contrat de travail et la visite en vue de la reprise du travail », *Revue de droit du travail*, mars 2011, n°3, p. 177.

PAUTET, Arnaud, « Assiste-t-on à la fin du salariat ? », *Les défis du capitalisme*, 2021, p.165-185.

PECAUT-RIVOLIER, Laurence, « Donner l'information : les obligations du salarié », *Droit social*, février 2013, n° 2, p. 103-110.

PELLET, Rémi, « Les exigences constitutionnelles en matière d'assurance maladie à la lumière du droit de l'Union européenne », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, Hors-série, p. 85.

PELLETIER, Françoise, « Accord sur le stress au travail, reste aux entreprises à se l'approprier », *La Semaine Juridique – Social*, septembre 2008, n° 40, p. 6-8 ; « L'ANI sur le harcèlement et la violence au travail : de nouvelles obligations pour l'employeur ? », *La Semaine Juridique - Social*, mai 2010, n° 19, p. 3-6.

PELLETIER, Françoise, SAUVEGRAIN, Isabelle, « Le stress au travail, comment négocier un accord d'entreprise ? », *La Semaine Juridique – Social*, novembre 2008, n° 48, p. 14-19.

PEREIRA, Brigitte, « Du harcèlement moral au harcèlement managérial, Les limites de l'objectivation légale », *Revue française de gestion*, 2013, p. 33-54.

PETIT, Audrey, BEGUE, Cyril, « Médecine générale, médecine du travail : quelle dynamique d'échange ? », *La revue du praticien Médecine générale*, 2024, n°74, p. 504-506.

PETIT, Franck, « La pénibilité au travail, un nouveau risque professionnel ? », *Droit social*, mars 2011, n°3, p. 262-268.

PIGNARRE, Geneviève, « Souffrance au travail et réparation des risques professionnels », *Revue de droit du travail*, mai 2010, n°5, p. 305

PONTIF, Valérie, « CHSCT : les contours du risque grave justifiant le recours à une expertise », *Revue de droit du travail*, avril 2014, n° 4, p. 269-271.

PROBST, Audrey, « Télétravail au domicile : confusion des lieux et distinction des temps », *Droit social*, décembre 2006, n° 12, p. 1109-1116.

PUIGELIER, Catherine, « L'absence de justification par un salarié de la prolongation de son arrêt de travail ne constitue pas nécessairement une faute grave », *Recueil Dalloz*, 2001, n°22, p. 1759.

QUERUEL, Nathalie, « Quand le travail malmène les femmes », *Santé & Travail*, juillet 2008, n° 63, p. 6-9.

RADÉ, Christophe, « Harcèlement moral et responsabilités au sein de l'entreprise : l'obscur éclaircissement », *Droit social*, octobre 2006, n°9/10, p. 826-833 ; « Le principe d'égalité de traitement, nouveau principe fondamental du droit du travail », *Droit social*, 2008, n°9-10, p. 981 ; « Réformer le droit du travail- ou le mythe du roi thaumaturge », *La Semaine Juridique – édition générale*, juillet 2017, n° 30, p. 1450-1453 ; « La discrimination n'est pas une inégalité de traitement comme les autres », *Droit social*, mars 2021, n°3, p. 266.

RADÉ, Christophe, PALLI, Barbara, FIORENTINO, Allison, GIL Y GIL, José Luis, GUALANDI, Sofia, DABOSVILLE, Benjamin, « Congés payés et arrêt maladie : approche comparatiste », *Droit social*, février 2024, n°2, p. 150-165.

RAGOT, Angélique, « Troubles psychiatriques rencontrés en consultation de psychopathologie du travail au centre hospitalier universitaire d'Angers », *Santé publique*, décembre 2013, n° 25, p. 729-736.

RASERA, Frédéric, « Le corps en jeu », *Sociologie du travail*, juillet 2012, Vol. 54, n°3, p. 338-355.

RAVATEL, Alain, « La levée progressive du tabou des responsabilités socioprofessionnelles dans les suicides en lien avec le travail à France Télécom », *Questions de communication*, 2011, n°20, p. 175-198.

RAY, Jean-Emmanuel, « D'un droit des travailleurs aux droits de la personne au travail », *Droit social*, janvier 2010, n° 1, p. 3-11 ; « Légaliser le télétravail : une bonne idée ? », *Droit social*, mai 2012, n° 5, p. 443-457 ; « Qualité de vie(s) et travail de demain », *Droit social*, février 2015, n° 2, p. 147-154 ; « De la question sociale du XXI^e siècle au télétravail », *Droit social*, janvier 2018, n° 1, p. 52-58 ; « Le nécessaire renouvellement du droit du travail », *Droit social*, juin 2019, n° 6, p. 522-523 ; « De l'ANI du 26 novembre 2020 sur le télétravail à l'avenir du travail à distance », *Droit social*, mars 2021, n° 3, p. 236-242 ; « Licenciement injustifié. La victoire du barème. Deux arrêts exemplaires », *Semaine Sociale Lamy*, mai 2022, n° 2000, p. 10-12.

RIFFLART, Christine, « Flexibilité en trompe-l'œil du marché du travail britannique », *OFCE*, juillet 1988, n°66, p. 95-126.

RIOT, Cédric, « Désengagement de la Sécurité sociale et assurabilité des risques », *Revue droit et santé*, 2007, n°15, p. 124-125.

RITLENG, Dominique, « De l'articulation des systèmes de protection des droits fondamentaux dans l'Union », *Revue trimestrielle de droit européen*, août 2013, n° 2, p. 267.

ROBERTSON, Alex, « Les effets de la récente réforme du système britannique de sécurité sociale et de santé », *Les Politiques Sociales*, 2014, n°3-4, p. 36-47.

ROBINEAU, Matthieu, NICOLAS, Emeric, « Prendre le droit souple au sérieux ? », *JCP E*, 2013, n°43, p. 1116.

ROBIN-OLIVIER, Sophie, « Chronique Libre circulation des travailleurs – Retour sur l’effet horizontal des dispositions relatives à la libre circulation des travailleurs », *Revue trimestrielle de droit européen*, 2013, n°4, p. 863.

ROBONE, Silvana, JONES, Andrew, RICE, Nigel, “Contractual conditions, working conditions and their impact on health and well-being”, *European Journal of Health Economics*, octobre 2011, Vol. 12, p. 429-444.

ROCHE, Nathalie, PASCAUD, Jérôme, « Arrêt de travail : une problématique de santé publique », *Regards*, février 2014, n° 46, p. 235-246.

RODET, Diane, « Jeunes travailleuses et travailleurs de la production engagée : articuler activité professionnelle et convictions », *La revue de l’IRES*, 2019, n°99, p. 11-36.

ROMAN, Diane, « « Droits des pauvres, pauvres droits ? » Recherches sur la justiciabilité des droits sociaux », Centre de Recherches sur les droits fondamentaux, Université Paris Ouest la Défense, 2011.

ROQUELAURE, Yves, BODIN, Julie, DESCATHA, Alexis, PETIT, Audrey, « Troubles musculo-squelettiques liés au travail », *Revue du praticien*, janvier 2018, Vol. 68, p. 84-90.

SACHS-DURAND, Corinne, « La transposition dans les États membres de l’accord conclu par les partenaires sociaux au sein de l’Union européenne, sur le stress au travail », *Revue de droit du travail*, avril 2009, n° 4, p. 243-245.

SAINTVOYANT, Valérie, DUHAMEL, Gilles, MINVIELLE, Etienne, « Gestion des risques associés aux soins : état des lieux et perspectives », *Pratiques et organisation des soins*, janvier 2012, n° 43, p. 35 et sv.

SALMAN, Scarlett, « Fortune d’une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail », *Sociologie du travail*, 2008, n° 1, Vol. 50, p. 31-47.

SANCHEZ GONZALEZ, Joan, SUEUR, Eléonore, « Les salaires en 2019 », *Insee première*, juin 2021, n°1863.

SANGLERAT, Marie-Benoite, « Intégrer les risques psychosociaux dans le Document Unique : un cheval de Troie pour la prévention des risques professionnels ? », *Les cahiers des RPS*, juin 2012, n° 19, p. 14-18.

SARNIN, Philippe, BOBILLIER-CHAUMON, Marc-Eric, CUBILLIER, Bruno, GROSJEAN, Michèle, « Intervenir sur les souffrances au travail : acteurs et enjeux dans la durée », *Bulletin de psychologie*, 2012, n°3, p. 251-262.

SAVALI, Henri, ZARDET, Véronique, BONNET, Daniel, « Gestion des risques psychosociaux au travail. Un impératif ... à démystifier », *Connexions*, 2015, n° 103, p. 61-74.

SAVATIER, Jean, « La nullité de la reconnaissance par un salarié de sa responsabilité civile envers l'employeur en l'absence de faute lourde », *Droit social*, juillet 1995, n° 7-8, p. 651-654 ; « La reprise du travail sans visite de reprise par le médecin du travail », *Droit social*, mai 2006, n°5, p. 514-517.

SCHAUFELI, Wilmar, GREEGLASS, Esther, "Introduction to special issue on burnout and health", *Psychology & Health*, septembre 2001, Vol. 16, p. 501-510.

SCHMITT, Mélanie, « La jurisprudence récente de la CJUE relative au principe de non-discrimination entre les travailleurs », *L'observateur de Bruxelles*, 2015, n°101, p. 19-26.

SEIFERT, Achim, LAFLAMME, Anne-Marie, « Droit du travail et responsabilité civile (2^e partie) », *Revue de droit du travail*, janvier 2008, n° 1, p. 55-63.

SELUSI, Sophie, « Discrimination en raison de l'état de santé : une gestion délicate en pratique », *Revue droit & santé*, mai 2016, n°71.

SOULA, Marie-Christine, « La médecine du travail, acteur de prévention », *Droit ouvrier*, mars 2003, n° 656, p. 98-103.

STIMEC, Arnaud, « Excellence productive et santé au travail : le cas du lean management », *Les mutations du travail*, 2019, p. 155-175.

SUHARD, Véronique, SAFON, Marie-Odile, « Santé et travail », *Institut de recherche et documentation en économie de la santé*, novembre 2020.

SULTAN-TAIEB, Hélène, NIEDHAMMER, Isabelle, « Le poids imputable à l'exposition au stress au travail en termes économiques et de santé publique : enjeux et écueils méthodologiques », *Travail et Emploi*, janvier 2012, n° 129, p. 35-49.

SUPIOT, Alain, « L'avenir d'un vieux couple, travail et Sécurité Sociale », *Droit social*, septembre 1995, n° 9-10, p. 823-831 ; « Les nouveaux visages de la subordination », *Droit social*, février 2000, n° 2, p. 131-145 ; « La sécurité sociale entre transformisme et réformisme », *Revue de droit sanitaire et social*, janvier 2016, n° 1, p. 5-10.

SUPIOT, Alain, VACARIE, Isabelle, « Santé, sécurité et libre circulation des marchandises, règles juridiques et normes techniques », *Droit social*, janvier 1993, n° 1.

SUSSER, Philip, ZIEBARTH, Nicolas, "Profiling the U.S. Sick Leave Landscape: Presenteeism among Femals", *Health Services Research*, 2016, n°51.

SYNDICAT DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE, « Défendre les arrêts de travail – Les arrêts maladie sont un droit des personnes malades, ils font partie des traitements », *syndicat-smg.fr*, 3 mai 2018.

TABANI, Sarah, « L'édification d'une « Europe sociale » au prisme des rapports entre l'Union européenne et le Comité européen des droits sociaux », *Revue de l'Union européenne*, 2025, n°690, p. 423.

TABUTEAU, Didier, « La politique de santé : entre sécurité sociale et sécurité sanitaire », *Droit Social*, février 2001, n° 2, p. 186-189 ; « Le droit de l'assurance maladie, composante du droit de la santé », *La Gazette du Palais*, avril 2007, n° 96, p. 7-10.

TAURAN, Thierry, « La coordination des régimes de Sécurité sociale en droit interne », *Droit social*, 2009, n°12, p. 1254 ; « Les certificats médicaux en droit de la sécurité sociale », *Revue de droit sanitaire et social*, novembre 2011, n°6, p. 1122-1135.

TCHOTOURIAN, Ivan, « Les entreprises ont-elles une responsabilité morale ? », *ulaval.ca*, 1^{er} juin 2017.

TESSIER, Nathalie, « L'impact des modes de gestion des cadres sur le stress au travail », *Management & avenir*, 2006, n° 8, p. 143-158.

THEVENARD, Éveline, « Travail et santé : la lutte pour le congé maladie aux Etats-Unis », *Politique américaine*, 2022, n°38, p. 65-95.

THEVIOT, Anaïs, « Les mutations du travail politique au prisme des *big data* », *Les mutations du travail*, 2019, p. 59-75.

TIANO, Vincent, « Les inspecteurs du travail aux prises avec l'évaluation des risques », *Travail et emploi*, octobre 2003, n° 96, p. 67-83.

TOMI, Nathalie, « Le nouveau droit répressif du travail : sanctionner sans pénaliser ? », *Droit social*, mai 2017, n° 5, p. 436-438.

TOURNAUX, Sébastien, « Évaluations et qualité de vie au travail », *Droit social*, février 2015, n° 2, p. 124-130.

TRICOT-CHAMARD, Isabelle, ESTASY, Christophe, « Quand la responsabilité juridique vient enrichir la responsabilité sociale des entreprise », *Gestion 2000*, octobre 2011, n°5, p. 83.

VACARIE, Isabelle, « L'assurance maladie complémentaire : élément du statut social de la personne ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, n°4, p. 625-635.

VALLÉE, Jean-Pierre, GALLOIS, Pierre, LE NOC, Yves, « Prévention en médecine générale », *Stratégies*, novembre 2008, p. 406-410.

VERDUN, Fabienne, « Mise en cause par l'entreprise de la responsabilité civile d'un service de santé au travail », *Droit social*, mars 2014, n° 3, p. 280-285.

VERICEL, Marc, « L'employeur dispose-t-il d'un pouvoir normatif en dehors du domaine du règlement intérieur ? », *Droit Social*, décembre 2000, n°12, p. 1059-1063 ; « Conséquences du

défaut d'établissement du document unique d'évaluation des risques professionnels », *Revue de droit du travail*, décembre 2019, n° 12, p. 792-793 ; « La place de la représentation du personnel et du dialogue social en matière de santé au travail et de prévention des risques professionnels, après les réformes de 2020-2021 », *Droit social*, 2021, n°11, p. 904-908 ; « Constatation de l'inaptitude et reclassement du salarié inapte », *Revue de droit du travail*, 2023, n°11, p. 710-713.

VERKINDT, Pierre-Yves, « Santé au travail, l'ère de la maturité », *Semaine Sociale Lamy*, septembre 2005, n°239, p. 3-5 ; « Licenciement : violation par le salarié de son obligation de sécurité », *La Semaine Juridique – Social*, juillet 2007, n° 30, p. 31-32 ; « La maladie du salarié au prisme de la distinction de la vie personnelle et de la vie professionnelle », *Droit social*, janvier 2010, n°1, p. 56 ; « L'irrésistible ascension du droit de la santé au travail », *La Semaine Juridique – Social*, juin 2015, n° 26, p. 45-48 ; « Médecin du travail : rappel (de) l'Ordre », *Bulletin Joly Travail*, janvier 2017, n° 292, p. 12-14 ; « ... A celui qui n'a pas, même ce qu'il a lui sera retiré. La disparition du CHSCT et la santé au travail dans la décision du Conseil constitutionnel du 21 mars 2018 », *Droit social*, septembre 2018, n° 9, p. 708-712 ; « Le renouveau du contentieux de la protection sociale », *La Semaine Juridique – Social*, mai 2019, n° 21, p. 22-27 ; « La notion de charge de travail, clé de voûte du principe d'adaptation du travail à l'homme », *Revue de Jurisprudence Sociale*, mars 2020, n° 3, p. 171-175 ; « Il ne faut pas confondre aménagement du poste de travail, et inaptitude », *Droit social*, juillet 2021, n° 7-8, p. 671-672.

VERKINDT, Pierre-Yves, FELICIE, Nadiège, POURCHEL, Amélie, SHETTLE, Jennifer, « Prévention des risques professionnels et prévention de la désinsertion professionnelle », *Droit Social*, janvier 2025, n°1, p. 80.

VÉZINA, Michel, « La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail : un nouveau défi pour la santé publique », *Santé publique*, 2008, vol. 20, p. 121-128.

VILBOEUF, Laurent, « Les amendes administratives en droit du travail après l'ordonnance du 7 avril 2016 », *Droit social*, mai 2017, n° 5, p. 432-435.

WAQUET, Philippe, « Règlement intérieur, charte d'éthique et système d'alerte », *Semaine Sociale Lamy*, novembre 2007, n°1328, p. 8-13 ; « Précisions sur le régime de la clause de garantie d'emploi », *Recueil Dalloz*, décembre 2007, n° 44, p. 3107-3108 ; « Liberté et contrat de travail », *Revue de Jurisprudence Sociale*, mai 2009, n° 5, p. 347-357 ; « Réflexions sur le droit disciplinaire en général et sur le faute grave en particulier », *Droit social*, décembre 2009, n° 12, p. 1177-1181.

V. CONTRIBUTIONS, OUVRAGES COLLECTIFS :

AUVERGNON, Philippe, « Inspection du travail », in *Dictionnaire des risques psychosociaux*, Seuil, 2014, p. 389-393.

DEDESSUS-LE-MOUSTIER, Nathalie, « TIC, santé et sécurité au travail », In *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*, Tec & Doc. Sciences du risque et du danger, Innovation. Lavoisier, 2010 ; « La protection de la santé du salarié : de l'hygiène et la sécurité au bien-être au travail », In *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*, Tec & Doc. Sciences du risque et du danger, Innovation. Lavoisier, 2010.

DEDESSUS-LE-MOUSTIER, Nathalie, DRAIS, Eric, « Le rôle de l'employeur et du travailleur dans la prévention des risques liés aux nanotubes de carbone : la prévention à l'épreuve des risques incertains », In *De l'innovation à l'utilisation des nanomatériaux*, Droit des technologies, Larcier, 2012.

DEL SOL, Marion, RACHET-DARFEUILLE, Véronique, BESSON, Jean-Claude, « Médecine du travail et risques incertains », In *De l'innovation à l'utilisation des nanomatériaux*, Droit des Technologies, Larcier, 2012.

DEMOLLIENS, Marie, LEONARD, Michel, « Les nanoparticules : une perte de repères pour l'ingénieur chimiste et le médecin du travail », In *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*, Tec & Doc. Sciences du risque et du danger, série Innovation, Lavoisier, 2010.

DRAIS, Eric, FAVARO, Marc, « Manager la santé-sécurité au travail : de l'outil de gestion à l'organisation de la prévention », in *Risques psychosociaux, santé et sécurité au travail : une perspective managériale*, Magnard-Vuibert, 2012.

FILLAUT, Thierry, « Du fléau au risque : la prise en compte de la question de l'alcool au travail dans la France du second XXème siècle (1950-2000) », In *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*, Tec & Doc. Sciences du risque et du danger, série Innovations. Lavoisier, 2010.

FRONDA, Yannick, « Un espace pour le sujet au travail face aux injonctions de changement ? De la résistance au désengagement du salarié », in *Les nouvelles organisations du travail : entre souffrance et performance*, L'Harmattan, Logiques sociales, 2011.

GROSJEAN, Vincent, « Introduction », In *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*, Tec & Doc. Sciences du risque et du danger, série Innovation, Paris, Lavoisier, 2010.

GUILLET, Laurent, « Concept de stress et outils d'évaluation du stress au travail », In *La santé à l'épreuve des nouveaux risques*, Tec & Doc. Sciences du risque et du danger, série Innovations, Lavoisier, 2010.

HEAS, Franck, « La pénibilité, une nouvelle approche de la santé au travail », In *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*, Tec et Doc, Paris, Lavoisier, 2010.

HENRY, Emmanuel, « La santé au travail : enjeu politique ou technoscientifique ? », in *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, La Découverte, 2015

KARTENSY, Laurent, « Comment appréhender la confiance au travail ? » In *La confiance au travail*, Octarès, 2012.

LHERNOULD, Jean-Philippe, « L'âge en droit du travail. La politique anti discrimination du droit de l'union européenne », in *Discrimination et égalité de traitement en droit du travail*, Helinia, 2013.

RICHARD, D, « Qu'est-ce que le concept de bien-être au travail apporte au management de la santé et de la sécurité au travail ? », In *Risques psychosociaux, santé et sécurité au travail : une perspective managériale*, Vuibert, 2012.

ROQUELAURE, Yves, « Les troubles musculosquelettiques des membres supérieurs liés au travail : un défi pour la santé au travail », In *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*, TEC & DOC, Sciences du risque et du danger, série Innovation, Lavoisier, 2010

VI. RAPPORTS, DOCUMENTS D'ETUDE, ACTES DE COLLOQUE :

ABDOULAYE, Mahamat-Saleh, « Critiquer le travail ou travailler la critique ? Le salariat, entre pouvoir d'agir et emprise capitaliste », communication au colloque *Capitalisme et théorie*, Université de Picardie Jules Verne, Amiens, juin 2025.

ARTANO, Stéphane, GRUNY, Pascale, *Pour un service universel en santé au travail*, Rapport d'information, n°10, Sénat, 2 octobre 2019.

Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au travail, *Calcul des coûts du stress et des risques psychosociaux liés au travail*, Rapport ESENER EU-OSHA, 2014, 44 pages.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé, *Arrêts maladie : état des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques*, Rapport, septembre 2004, 82 pages.

Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, *La prévention des risques psychosociaux (RPS)*, Rapport d'information, 8 octobre 2019, 20 pages ; *Un cap à tenir « Analyse de la dynamique de l'ANI sur la Qualité de vie au travail – Egalité professionnelle du 19 juin 2013 »*, Rapport d'information, 21 février 2019, 44 pages.

ALGAVA, Elisabeth, VINCK, Lydie, *Intensité du travail et usages des technologies de l'information et de la communication*, Rapport enquête conditions de travail, DARES, 31 mars 2015.

ASSURANCE MALADIE, *Rapport annuel 2021. L'Assurance Maladie - Risques professionnels*, 17 novembre 2022, 235 pages ; *Rapport annuel 2020. L'Assurance Maladie - Risques professionnels*, 6 décembre 2021, 171 pages ; *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2019*, Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits, juillet 2018, 247 pages ; *Rapport annuel 2019. L'Assurance Maladie - Risques professionnels*, 1^{er}

décembre 2020, 167 pages ; *Rapport annuel 2018. L'Assurance Maladie - Risques professionnels*, 1^{er} décembre 2019, 173 pages ; *Rapport annuel 2017. L'Assurance Maladie - Risques professionnels*, 1^{er} décembre 2018, 159 pages ; *Rapport annuel 2016 de l'Assurance Maladie - Risques professionnels*, 1^{er} décembre 2017, 144 pages ; *Rapport de gestion 2015 de l'Assurance Maladie - Risques professionnels*, 1^{er} décembre 2016, 143 pages.

AUBIN, Claire, PELISSIER, Régis, DE SAINTIGNON, Pierre, *Le bilan de réforme de la médecine du travail*, Rapport n° 2007-087, RM2007-149P, Inspection générale des affaires sociales, 1^{er} octobre 2007, 131 pages.

BARNIER, Louis-Marie, « *La santé publique, un paradigme commun pour le travail et l'environnement* », comm. journée d'étude « Santé environnementale, santé au travail : quelles inclusions, quelles exclusions ? », groupe jeunes chercheurs Travail et Santé, EHESS Paris, Paris, juin 2016.

BENSADON, Anne-Carole, BARBEZIEUX, Philippe, *Articulation entre santé au travail et santé publique : une illustration au travers des maladies cardiovasculaires*, Rapport n° 2013-127R, Inspection générale des affaires sociales, avril 2014, 119 pages.

BERARD, Jean-Luc, OUSTRIC, Stéphane, SEILLER, Stéphane, *Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail : neuf constats, vingt propositions*, Rapport, Inspection générale des affaires sociales, janvier 2019, 155 pages.

BIT, *Hygiène du travail. Encyclopédie d'hygiène, de pathologie et d'assistance sociale*, OIT, vol. I et II, Genève, 1930-1932.

BIT, *Cinquante années de collaboration internationale au service de la santé et de la sécurité des travailleurs*, Note documentaire, CIS, 1969.

BIT, *Protection de la santé des travailleurs. Etude sur les rapports relatifs à la recommandation (no97) sur la protection de la santé des travailleurs, 1953, et à la recommandation (no112) sur les services de médecine du travail, 1957*, Rapport III (partie 4), Genève, BIT, 1970.

BIT, *Rapport de la réunion d'experts sur les principes directeurs concernant les systèmes de gestion de la sécurité et de la santé au travail C. d'administration*, 281^e session, Genève, OIT, 2001.

BOISSIN, H, ROUGEMONT, D, *Les certificats médicaux. Règles générales d'établissement*, Rapport au CNOM, octobre 2006.

BOSSARD, Claire, COHIDON, Christine, SANTIN, Gaëlle, *Mise en place d'un système de surveillance des suicides en lien avec le travail*, Rapport étude exploratoire, Institut de veille sanitaire, octobre 2013, 90 pages.

BOSSE-PLATIERE, Isabelle, « *Principes régissant l'exercice des compétences de l'Union et de ses États membres. Principe de subsidiarité* », communication au colloque *L'ordre juridique de l'Union européenne sous l'angle de son action extérieure*, Luxembourg, novembre 2014.

BOSSU, Bernard, *Les discriminations dans les relations de travail devant les Cours d'Appel. La réalisation contentieuse d'un droit fondamental*, Rapport de recherche, avec le soutien de la Mission de recherche Droit et Justice, septembre 2014.

BROCHETON, Pascal, « L'évaluation des risques professionnels : une responsabilité à partager entre l'employeur, le salarié et le médecin du travail », in, *Journées Médicales du CISME* des 17 et 18 octobre 2002, Paris.

CAPUS, Emmanuel, TAILLE-POLIAN, Sophie, *L'inspection du travail*, Rapport d'information n° 743, Sénat, 25 septembre 2019, 68 pages.

CHEVALIER, Florence, ROUGEVIN-BAVILLE, Sophie, PONT, Valérie, NOGUES, François, *Souffrance psychique au travail : rôle des psychiatres libéraux*, Rapport enquête qualitative, URPS Médecins libéraux Ile-de-France, novembre 2016, 133 pages.

Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2023, *en action pour construire l'avenir de la santé*, Rapport d'activité, 15 juillet 2024, 60 pages ; *Aux côtés des médecins pour garantir l'accès aux soins*, Rapport d'activité 2023, 43 pages ; *Mobilisés !*, Rapport d'activité 2021, 51 pages ; *Nous médecins, face à la crise. Le récit d'une année d'engagement contre la Covid-19*, Rapport d'activité 2020, 31 pages ; *Un ordre engagé pour la santé*, Rapport d'activité 2019, 48 pages ; *Écouter et agir pour la santé*, Rapport d'activité 2018, 43 pages.

Cour Des Comptes, *L'ordre des médecins*, Rapport public thématique, décembre 2019, 187 pages ; *Les accidents du travail et maladies professionnelles : les faiblesses de la politique de prévention du régime général de sécurité sociale*, Rapport public thématique, février 2013, 589 pages ; *La gestion du risque accidents du travail et risques professionnels*, Rapport public thématique, février 2002, 74 pages.

COUTROT, Thomas, *Travail et bien-être psychologique. L'apport de l'enquête Conditions de travail – Risques psychosociaux de 2016*, document d'études n°217, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, 14 mars 2018.

COUTROT, Thomas, WOLFF, Loup, *L'impact des conditions de travail sur la santé : une expérience méthodologique*, Document d'études, mai 2005.

DANIELLOU, François, DAVEZIES, Philippe, CHASSAING, Karine, DUGUE, Bernard, PETIT, Johann, *Le travail vivant des agents de contrôle de l'inspection du travail*, Rapport, DIRECCTE, 2012.

DAVIS, Annie, ALQUIER, Jacqueline, BRUGUIERE, Marie-Thérèse, KAMMERMAN, Christiane, PRINTZ, Gisèle, VANLERENBERGHE, Jean-Marie,

WATRIN, Dominique, *La protection de la santé des travailleurs au Danemark et en Suède*, Rapport d'information n° 591, Sénat, 13 juin 2012, 57 pages.

DEBSKI, Nathalie, HOCQUET, Anne-Sophie, « Entre injonction légale ou de conformité et engagement volontaire dans le bonheur au travail : le cas de la RSE », communication présentée au colloque *Penser et construire le bonheur : regards croisés*, Angers, 2018.

DEL SOL, Marion, « Finalité, légitimité et modes d'action de la lutte contre la fraude dans le domaine de la protection sociale », comm. cycle de colloques en droit social « Les Entretiens du Conseil d'État : Fraudes et protection sociale », Paris, février 2011.

DELLACHERIE, Christian, FRIMAT, Paul, LECLERCQ, Gilles, *La santé au travail. Vision nouvelle et professions d'avenir - Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions -*, Rapport, avril 2010, 96 pages.

DERIOT, Gérard, *Le mal-être au travail : passer du diagnostic à l'action*, Rapport d'information n°642 (2009-2010), Sénat, 7 juillet 2010, 127 pages.

DERRIENNIC, Francis, TOURANCHET, Annie, VOLKOFF, Serge, *Âge, travail, santé : études sur les salariés âgés de 37 à 52 ans*, Rapport enquête Estev 1990, INSERM, 1996, 440 pages.

DIOTSIACI – IFOP, *Observatoire de l'absentéisme*, rapport d'étude, mars 2022, site internet de l'IFOP.

Direction Générale du Travail, *Les risques d'atteinte à la santé mentale. Repères pour l'action de l'inspecteur du travail*, 2009 ; *Principes de déontologie pour l'inspection du travail*, DGT, 2010 ; *Analyse des accords signes dans les entreprises de plus de 1000 salariés. Prévention des risques psychosociaux*, avril 2011 ; *Campagne européenne 2012 sur la prise en compte de la prévention de la santé des salariés exposés aux risques psycho-sociaux*, Communiqué de presse, 10 septembre 2012 ; *Conseils d'orientation sur les conditions de travail*, Bilans 2012, 2013, 430 pages.

ERHEL, Christine, GUERGOAT-LARIVIERE, Mathilde, MOFAKHAMI, Malo, NUTARELLI, Mathilde, *Télétravail, dialogue social et santé des salariés : une approche au niveau des établissements*, document de travail n°210, CNAM, juillet 2022.

GAROT, Guillaume, *Sur la proposition de loi d'urgence contre la désertification médicale*, Rapport n°4895, Assemblée Nationale, 12 janvier 2022, 69 pages.

GOLLAC, Michel, BODIER, Marceline, *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, Rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, 11 avril 2011, 223 pages.

GRANDAZZI, François, *Le droit du travail : les dangers de son ignorance*, note de présentation du projet d'avis, IENA, 14 mai 2002, n°102.

Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age, *Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon de 2030*, Rapport, Tome 1, 7 novembre 2018, 148 pages.

IUNG, Benoit, « Vers une numérisation 4.0 de la production : quels impacts sur la santé et la sécurité au travail ? », communication au 36e Congrès national de médecine et santé au travail, Strasbourg, novembre 2020.

ISSINDOU, Michel, PLOTON, Christian, FANTONI-QUITON, Sophie, BENSADON, Anne-Carole, GOSSELIN, Hervé, *Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail »*, Rapport n°2014-142R, mai 2015, 116 pages.

LACHMANN, Henri, LAROSE, Christian, PENICAUD, Muriel, *Bien-être et efficacité au travail : 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*, Rapport, février 2010, 19 pages.

LE GAUYER, Tiphaine, *L'entrepreneuriat, le salariat et le travail indépendant au Royaume-Uni*, Rapport, livrable n°6, 2^e éd., décembre 2021.

LECOCQ, Charlotte, DUPUIS, Bruno, FOREST, Henri, LANOUZIERE, Hervé, *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, Rapport, août 2018, 174 pages.

LEKA, Stavroula, COX, Tom, GRIFFITHS, Amanda, *Organisation du travail et Stress : Approches systémiques du problème à l'intention des employeurs, des cadres dirigeants et des représentants syndicaux*, Organisation mondiale de la santé, 2004, 27 pages.

MALAKOFF HUMANIS, *Baromètre santé et qualité de vie au travail. Étude de perception quantitative menée auprès de salariés du secteur privé*, septembre 2019 ; *Absentéisme 2019 : les salariés et les dirigeants face à l'arrêt de travail*, Rapport, novembre 2019 ; *Baromètre annuel Télétravail 2021*, Rapport, 9 février 2021 ; *Baromètre annuel Absentéisme 2022 : Regards croisés salariés dirigeants face à l'arrêt maladie*, 8 septembre 2022.

MALINE, Joël, PELTIER, Éric, THIERRY, Hélène, *Processus de désinsertion professionnelle : des outils et des exemples pour situer son entreprise*, Guide pratique, ARACT, décembre 2013, 28 pages.

MANDELLI, Didier, *Manque de médecins du travail en France*, Question écrite n°23410 - 15^{ème} législature, JO Sénat, 24 juin 2021, p. 3928.

MARTINOT, Bertrand, *Le travail indépendant : une alternative au salariat ?*, Communication, 18 septembre 2017, academiesciencesmoralessetpolitiques.fr.

MAUREY, Hervé, LONGEOT, Jean-François, *Déserts médicaux : l'État doit enfin prendre des mesures courageuses !*, Rapport d'information n° 282 (2019-2020), Sénat, 29 janvier 2020, 85 pages.

MAUROUX, Amélie, AMIRA, Selma, METTE, Corinne, BESWICK, Claire, DENNEVAULT, Céline, *L'enquête conditions de travail – Risques psychosociaux 2016 : apurement et redressement*, Document d'étude, DARES, octobre 2020, 35 pages.

Ministère des Solidarité et de la Santé, « Manque de médecins du travail en France », Réponse apportée en séance publique, JO Sénat, 25 nov. 2021, p. 6578.

NASSE, Philippe, LEGERON, Patrick, *La détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, Rapport remis au Ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité le 12 mars 2008, 42 pages.

NIVON, Charlotte, FONTANA, Luc, C. PELISSIER, Carole, *Souffrance morale au travail et consultation en médecine générale*, communication présentée au 35^e Congrès national de médecine et santé au travail, Marseille, juin 2018.

PROCACCIA, Catherine, *L'assurance responsabilité civile médicale : un bilan encore partiel, un suivi nécessaire*, Rapport d'information n° 693, Sénat, 16 juin 2021, 25 pages.

Observatoire National du Suicide, *Suicide : quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information*, 4^{ème} rapport, juin 2020, 269 pages.

ROUJAS, Gérard, *Sur le projet de loi autorisant l'approbation de l'accord de sécurité sociale entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République de Corée*, Rapport n° 209, Sénat, 7 février 2007.

SANSEVERINO-GODFRIN, Valérie, STEICHEN, Pascale, *Convergences et divergences du traitement juridique des risques professionnels et des risques industriels*, in *Le risque industriel : Une question de sciences humaines et sociales*, Colloque international UMR 5600 - ENTPE, Lyon, mars 2010.

ST-ARNAUD, Louis, SAINT-JEAN, Micheline, DAMASSE, Jean, DARSIGNY, Jean, *La réintégration au travail à la suite d'un problème de santé mentale*, Rapport, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, décembre 2004, 173 pages.

TRONTIN, Christian, BOINI, Stéphanie, LASSAGNE, Marc, RINAL, Saliha, *Le coût du stress professionnel en France en 2007*, Rapport d'information, INRS, janvier 2010, 10 pages.

VERKINDT, Pierre-Yves, *Le CHSCT au milieu du gué. Trente-trois propositions en faveur d'une instance de représentation du personnel dédiée à la protection de la santé au travail*, Rapport remis au Ministre du Travail, de l'Emploi, de la formation Professionnelle et du Dialogue Social, mars 2014, 173 pages.

VERKINDT, Pierre-Yves, FANTONI-QUINTON, Sophie, *Droit et médecine : croiser les regards sur le phénomène du risque psychosocial en milieu professionnel*, Les risques psychosociaux en entreprises, Colloque de la Cour de cassation, 21 juin 2018.

VIAL, Claire, « *Subsidiarité et Union européenne, de l'équivalence à l'adhésion* », in F. Sudre (dir.), *Le principe de subsidiarité au sens du droit de la Convention européenne des droits de l'homme*, actes du colloque de Montpellier, octobre 2013, Montpellier, 2013, p. 331.

VINCK, Lydie, *Les expositions aux risques professionnels. Les contraintes organisationnelles et relationnelles*, Rapport enquête SUMER 2010, DARES, n°7, 1^{er} août 2014, 58 pages.

VII. NOTES SOUS ARRÊT, OBSERVATIONS :

Note sous Cass. soc., 13 mars 2001, n°99-40.110, *SSL* 2001, n°1021, p. 9.

Note sous Cass. soc., 25 octobre 2001, n°00-15.876, *Droit ouvrier* 2002, n°649, p. 400.

Note sous Cass. soc., 12 mars 2002, n°99-43.976, *SSL* 2002, n°1075, p. 12.

Note sous Cass. soc., 23 mars 2005, n°03-42.404, *SSL* 2005, n°1225, p. 107.

Note sous Cass. soc., 11 janvier 2006, n°04-41.231, *RJS* 2006, n°3, p. 20.

Note sous Cass. soc., 18 octobre 2007, n°06-44.251, *JCP E* 2007, n°47, p. 40.

Note sous Cass. soc., 19 décembre 2007, n°06-43.918, *JCP E* 2007, n°5, 45.

Note sous Cass. soc., 2 décembre 2009, n°08-40.156, *RJS* 2010, n°2, p. 138.

Note sous Cass. soc., 2 décembre 2009, n°08-43.486, *RJS* 2010, n°2, p. 137

Note sous Cass. soc., 17 mars 2010, n°08-43.414, *RJS* 2010, n°6, p. 441

Note sous Cass. civ. 2^e, 9 décembre 2010, n°09-16.140, *RJS* 2008, n°2, p. 160.

Note sous Cass. soc., 31 mai 2012, n°10-16.810, *RJS* 2012, n°8, p. 615.

Note sous Cass. soc., 10 avril 2013, n°11-24.794, *RJS* 2013, n°6, p. 369.

Note sous Cass. soc., 20 octobre 2015, n°13-26.890, *RJS* 2016, n°1, p. 32.

Note sous Cass. civ. 2^e, 11 février 2016, n°14-27.021, *RJS* 2016, n°4, p. 332.

Note sous Cass. soc., 18 février 2016, n°14-26.350, *RJS* 2016, n°5, p. 362.

Note sous Cass. soc., 7 juillet 2016, n°15-21.004, *RJS* 2016, n°11, p. 756.

Note sous Cass. soc., 14 septembre 2016, n°15-15.944, *RJS* 2016, n°11, p. 763.

Note sous Cass. soc., 21 novembre 2018, n°16-28.513, *RJS* 2019, n°3, p. 175.

Notre sous Cass. soc., 13 mars 2019, n°17-27.015, *RJS* 2019, n°5, p. 362.

Note sous Cass. soc., 18 septembre 2019, n°17-22.863, *RJS* 2019, n°12, p. 891.

Note sous Cass. civ. 2e, 23 janvier 2020, n°18-25.086, *RJS* 2020, n°4, p. 301.

Note sous Cass. civ. 2e, 19 octobre 2023, n° 22-13.275, *RJS* 2024, n°1, p. 100.

ADAM, Patrice, « Harcèlement au travail : les moyens et le résultat », note sous Cass. soc., 1er juin 2016, n°14-19.702, *JSL* 2020, n°500, p. 38 ; « La dénonciation du salarié, entre diffamation et liberté d'expression », note sous Cass. crim., 26 novembre 2019, n°19-80.360, *Dr. Soc.* 2024, n°4, p. 305.

ALLIX, Dominique, note sous Cass. soc., 2 juin 2004, n°02-41.045, *Gaz. Pal.* 2004, n°177, p. 14.

ANTONMATTEI, Paul-Henri, « Obligation de sécurité de résultat : virage jurisprudentiel sur l'aile ! », note sous Cass. soc., 25 novembre 2015, n°14-24.444, *Dr. Soc.* 2016, n°5, p. 457.

ASQUINAZI-BAILLEUX, Dominique, « Préjudice d'anxiété des travailleurs d'établissements non classés : l'avancée jurisprudentielle », note sous Cass. ass. plén., 5 avril 2019, n°18-17.442, *Dr. Soc.* 2019, n°5, p. 456 ; « La faute inexcusable de l'employeur perd son fondement contractuel », note sous Cass. civ. 2e, 8 octobre 2020, n°18-26.677, *JCP S* 2020, n°45, p. 33.

AUMERAN, Xavier, « Restitution des indemnités journalières et poursuite de l'activité d'arbitrage », note sous Cass. ch. mixte, 21 mars 2014, n°12-20.002, *Jurisport* 2017, n°176, p. 9 ; « La prise de poids : une faute grave ? », note sous Cass. soc., 20 février 2019, n°17-18.912, *Jurisport* 2021, n°224, p. 9.

AUZERO, Gilles, « La distinction du travail indépendant et du travail salarié toujours actualité », note sous Cass. soc., 19 décembre 2000, n°98-40.572, *Lexbase Social* 2005, n°181, p. 6 ; « L'obligation de sécurité du salarié ou l'importance du port du casque », note sous Cass. soc., 23 mars 2005, n°03-42.404, *Lexbase Social* 2005, n°162 ; « Le remplacement définitif du salarié absent : nouvelles précisions de la Cour de cassation », note sous Cass. soc., 6 février 2008, n°06-44.389, *Lexbase Social*, n° 293.

BENTO DE CARVALHO, Lucas, « La simple proposition de modification du contrat de travail motivée par l'état de santé du salarié peut constituer une discrimination », obs. sous Cass. soc., 28 juin 2018, n°16-28.511, *BJT*, 2018, n°1, p. 23.

BERGETON, Florence, « Collision entre congés payés et congé maladie : mise en conformité du droit national avec le droit de l'Union européenne », note sous Cass. Soc., 10 sept. 2025, n° 23-22.732, *BJT* 2025, n°10, p. 28-29.

BERRA, Daniel, « Le licenciement du salarié en raison d'une activité durant un arrêt maladie nécessite la preuve d'un préjudice causé à l'employeur ou à l'entreprise », note sous Cass. soc., 16 octobre 2013, n°12-15.638, *Gaz. Pal.* 2014, n°5-7, p. 34.

BONNECHERE, Michèle, Note sous Cass. soc., 11 juillet 2012, n°10-15.905, *Droit ouvrier* 2012, n°773, p. 802.

BOUSEZ, Françoise, note sous Cass. soc., 10 novembre 2004, n°02-45.156, *JCP E* 2005, n°29, p. 1236.

BOSSU, Bernard, « Licenciement pour motif personnel – Conséquences de la nullité du licenciement sur les indemnités dues », note sous Cass. soc., 11 juillet 2012, n°10-15.905, *JCP S* 2012, n°46, p. 19 ; « Nullité du licenciement lié à l'exercice du droit de retrait, note sous Cass. soc., 25 novembre 2015, n°14-21.272, *JCP S* 2016, n°4, p. 31.

BOSSU, Bernard, BAREGE, Alexandre, « Vie privée du salarié : un fait de la vie privée ne peut constituer une faute », », note sous Cass. ch. mixte, 18 mai 2007, n°05-40.803, *JCP S* 2007, n°28, p. 18.

BRISSY, Stéphane, note sous Cass. soc., 30 septembre 2005, n°04-40.625, *JCP E* 2006, n°16, p. 737 ; « Droit de retrait et suspension du contrat de travail », note sous Cass. soc., 9 octobre 2013, n°12-22.288, *JDSAM* 2014, n°1, p. 109 ; « Preuve d'une discrimination fondée sur l'état de santé. Application d'un nouveau délai de prescription à un contentieux du travail en cours », note sous Cass. soc., 2 octobre 2019, n°18-14.546, *JCP S* 2019, n°45, p. 30.

BUGADA, Alexis, « Obligation de sécurité – Obligation de prévention – Attentats », note sous Cass. soc., 25 novembre 2015, n°14-24.444, *JCP E* 2016, n°10, p. 48 ; « Préjudice d'exposition à l'amiante », note sous Cass. ass. plén., 5 avril 2019, n°18-17.442, *JCP E* 2019, n°46, p. 38.

CANUT, Florence, « Le médecin doit autoriser l'usage des heures de délégation en cas d'arrêt maladie », note sous Cass. ch. mixte, 21 mars 2014, n°12-20.002, *BJT* 2014, n°263, p. 305.

CARIUS, Manuel, « Congé de maladie et télé-réalité ne font pas bon ménage », note sous Cass. soc., 21 mars 2000, n°97-44.370, *Jurisport* 2020, n°205, p. 35.

CARRE, Stéphane, « Nécessité de l'avis du médecin du travail en cas de licenciement d'un pilote pour inaptitude », note sous Cass. soc., 18 septembre 2019, n°17-22.863, *JCP S* 2019, n°42, p. 25.

CARTY, Sabine, « Conditions d'ouverture du droit aux indemnités journalières de l'assurance maladie après le sixième mois d'arrêt de travail », note sous Cass. civ. 2^e, 26 juin 2025, n° 22-24.259, *JCP S* 2025, n°36, p. 24.

CASASO, Arnaud, « Autorité de la chose jugée au pénal : incidence de la reconnaissance d'une faute pénale sur la faute inexcusable », note sous Cass. civ 2^e, 11 octobre 2018, n°17-18.712, *BJT* 2018, n°2, p. 29 ; « L'obligation de prévention des risques professionnels ne se

confond pas avec la prohibition des harcèlements », note sous Cass. soc., 8 juillet 2020, n°18-24.320, *BJT* 2020, n°10, p. 34.

CESARO, Jean-François, « Responsabilité civile de l’auteur d’une infraction », note sous Cass. crim., 28 mars 2006, n°05-82.975, *JCP S* 2006, n°23, p. 28 ; « Rupture conventionnelle homologuée en période de suspension du contrat consécutive à un accident du travail », obs. sous arrêt Cass. soc., 30 septembre 2014, n°13-16.297, *JCP E* 2014, n°49, p. 42.

CHAMPEAUX, Françoise, « Le reclassement et les préconisations du médecin du travail. Dernières évolutions jurisprudentielles », note sous Cass. soc., 23 septembre 2009, n°08-42.629, *SSL* 2010, n°1439, p. 148 ; « La prise d’acte des salariés protégés n’emporte pas la réintégration », note sous Cass. soc., 29 mai 2013, n°12-15.974, *SSL* 2013, n°1599, p. 163 ; « La rupture conventionnelle élude des dispositions d’ordre public sur les AT/MP », note sous Cass. soc., 30 septembre 2014, n°13-16.297, *SSL* 2015, n° 1667, p. 84 ; « Une QPC sur les congés payés transmise au Conseil constitutionnel », note sous Cass. soc., 13 septembre 2023, n°22-17.638, *SSL* 2023, n°2068, p. 5 ; « Congés payés. La remise en ordre du droit français. L’histoire était écrite », note sous Cass. soc., 13 septembre 2023, n°22-17.638, *SSL* 2023, n°2060, p. 4.

CHARBONNEAU, Alexandre, « Lorsque la Cour de cassation tire les conséquences de la jurisprudence européenne sur le droit à congé payé », note sous Cass. soc., 13 septembre 2023, n°22-17.638, *BJT* 2023, n°11, p. 12.

CHAUMETTE, Patrick, « Du suicide d’un capitaine », note sous Cass. crim., 31 janvier 2023, n°22-80.482, *DMF* 2023, n°856, p. 316.

CHARBONNEAU, Cyrille, « Réintégration du salarié et obligation de loyauté », note sous Cass. soc., 25 juin 2003, n°01-46.479, *BJT* 2003, n°154, p. 440 ; « Le remplacement définitif du concierge », note sous Cass. soc., 18 octobre 2007, n°06-44.251, *BJT* 2008, n°196, p. 20.

CHOPIN, Frédérique, note sous Cass. civ. 2^e., 11 octobre 2018, n°17-18.712, *JCP E* 2019, n°12, p. 44.

COHEN-DONSIMONI, Véronique, « Suppression des indemnités journalières – activités exercées pendant l’arrêt de travail – sanction », note sous Cass. civ. 2^e, 9 décembre 2010, n°09-14.575, *JCP E* 2011, n°21-22, p. 49-50 ; note sous Cass. civ. 2^e, 8 octobre 2020, n°18-26.677, *JCP E* 2021, n°22, p. 47.

COLONNA, Joël, RENAUX-PERSONNIC, Virginie, « Nullité du licenciement prononcé en violation du droit de retrait », note sous Cass. soc., 25 novembre 2015, n°14-21.272, *Gaz. Pal.* 2016, n°13, p. 80.

CORRIGNAN-CARSIN, Danielle, « Licenciement en raison d’une absence prolongée ou d’absences répétées du salarié », note sous Cass. soc., 6 février 2008, n°06-44.389, *JCP S* 2008, n°14, p. 26 ; « Impact de la maladie d’un représentant du personnel ou d’un délégué syndical sur ses heures de délégation », note sous Cass. ch. mixte, 21 mars 2014, n°12-20.002, *JCP G*

2014, n°21, p. 1061 ; « Un employeur n'exécute pas loyalement son obligation de reclassement en refusant l'aménagement en télétravail du poste d'un salarié déclaré inapte », note sous Cass. soc., 29 mars 2023, n°21-15.472, *JCP G* 2023, n°14, p. 741.

COUTURIER, Gérard, « Activité jurisprudentielle », note sous Cass. soc., 2 juin 2004, n°02-41.045, *Dr. Soc.* 2004, n°9/10, p. 909.

DEDESSUS-LE-MOUSTIER, Gilles, « Exclusion du droit à réintégration du salarié protégé en cas de résiliation judiciaire du contrat de travail », note sous Cass. soc., 3 octobre 2018, n°16-19.836, *JCP G* 2018, n°43, p. 1925.

DEDESSUS-LE-MOUSTIER, Nathalie, « Licenciement d'un salarié absent en raison de son état de santé », note sous Cass. soc., 27 janvier 2016, n°14-10.084, *JCP G* 2016, n°7, p. 354.

DIRK, Baugard, « Accident du travail : obligation de sécurité et faute inexcusable... les suites d'une (r)évolution jurisprudentielle », note sous Cass. soc., 11 avril 2002, n°00-16.535, *Lexbase Social* 2002, n°19 ; « Quelques observations relatives à la prescription en matière de congés payés », note sous Cass. soc., 13 septembre 2023, n°22-17.638, *SSL* 2023, n°2064, p. 15-18.

DRIGUEZ, Laëtitia, « Articulation congés annuels payés et congés pour incapacité de travail », note sous CJUE, 21 juin 2012, C-78/11, *Europe* 2012, n°8, p. 49-50 ; « L'affirmation du droit au report des congés payés interrompus par un arrêt maladie », note sous Cass. Soc., 10 sept. 2025, n° 23-22.732, *Lexbase social* 2025, n°1016.

DUCHANGE, Grégoire, « Licenciement nul : neutralisation des périodes d'arrêt maladie », note sous Cass. soc., 26 juin 2019, n° 18-17.120, *BJT* 2019, n°9, p. 21.

DUMONT, François, « Salariés protégés-Prise d'acte du salarié protégé : exclusion de la rétractation et de la réintégration », note sous Cass. soc., 29 mai 2013, n°12-15.974, *JCP S* 2013, n°36, p. 28.

DUQUESNE, François, note sous Cass. soc., 25 juin 2002, n°00-44.001, *Dr. Soc.* 2002, n°11, p. 1015 ; « Autonomie du salarié dans l'exercice de son droit de retrait », note sous Cass. soc., 25 novembre 2015, n°14-21.272, *RDT* 2016, n°3, p. 183.

FAVENNEC-HERY, Françoise, « Congés payés. La remise en ordre du droit français. Une réécriture judiciaire du droit à congé payé », note sous Cass. soc., 13 septembre 2023, n°22-17.638, *SSL* 2023, n°2060, p. 8-10.

FROUIN, Jean-Yves, note sous Cass. soc., 13 mars 2001, n°99-40.110, *Dr. Soc.* 2001, n°5, p. 558 ; « Obligation de sécurité : une obligation de prévention de résultat », note sous Cass. soc., 25 novembre 2015, n°14-24.444, *Gaz. Pal.* 2016, n°2, p. 68 ; « Le licenciement du salarié en absence prolongée pour maladie : de la perturbation au fonctionnement de l'entreprise à la nécessité du remplacement dans un délai raisonnable », note sous Cass. soc., 24 mars 2021, n°19-13.188, *JCP S* 2021, n°16, p. 36.

GABA, Harold Kobina, « Le licenciement pour absences répétées dues à une longue maladie », note sous Cass. soc., 13 mars 2001, n°99-40.110, *D.* 2001, n°29, p. 2339 ; « L'obligation de sécurité salarié : le malaise jurisprudentiel demeure », note sous Cass. soc., 23 mars 2005, n°03-42.404, *D.* 2005, n°26, p. 1758 ; « L'obligation de sécurité salarié : le retour à la lettre et à l'esprit de l'article L. 230-3 du Code du travail ? », note sous Cass. soc., 30 septembre 2005, n°04-40.625, *D.* 2006, n°14, p. 973.

GAURIAU, Bernard, note sous Cass. soc., 6 février 2001, n°98-46.345, *Dr. Soc.* 2001, n°4, p. 439 ; « Quelle indemnisation pour le salarié qui obtient la résiliation judiciaire de son contrat de travail pour refus de réintégration après l'annulation de son licenciement ? », note sous Cass. soc., 11 juillet 2012, n°10-15.905, *Lexbase Social* 2012, n°496.

GRIVEL, Anne-Marie, « Où l'on reparle du préjudice d'anxiété », note sous Cass. ass. plén., 5 avr. 2019, n°18-17.442, *Dr. Soc.* 2021, n°1, p. 59.

GROUTEL, Hubert, « Accident du travail : faute inexcusable de l'employeur (accident de trajet) », note sous Cass. civ. 2^e., 9 juillet 2015, n°14-20.679, *Resp. civ. et assur.* 2015, n°11, p. 18.

GWENNHAEL, François, « Garantie conventionnelle de ressources et maladie : précisions jurisprudentielles », note sous Cass. soc., 24 juin 2020, n°18-23.869, *JCP S* 2020, n°29, p. 32.

HAUTEFORT, Marie, « Précisions sur l'obligation de loyauté d'un salarié malade », note sous Cass. soc., 6 février 2001, n°98-46.345, *JSL* 2001, n°75, p. 10 ; « Une dépression nerveuse admise comme accident du travail », note sous Cass. civ. 2^e, 1^{er} juillet 2003, n°02-30.576, *SSL* 2003, n°1137, p. 10 ; « Causer un trouble n'est pas forcément une faute », note sous Cass. ch. mixte, 18 mai 2007, n°05-40.803, *JSL* 2007, n° 213, p. 8 ; « Nullité du licenciement : le salarié a droit à la réparation de tous les préjudices », note sous Cass. soc., 23 janvier 2008, n°06-42.919, *JSL* 2008, n°229, p. 7 ; « Le droit de retrait ne s'exerce pas pendant une suspension du contrat », note sous Cass. soc., 9 octobre 2013, n°12-22.288, *JSL* 2013, n°354, p. 9 ; « Contrat suspendu : la faute grave ne peut résulter que d'un manquement à la loyauté », note sous Cass. soc., 20 février 2019, n°17-18.912, *JSL* 2019, n°473, p.7.

HEAS, Franck, « Le devenir de l'obligation de sécurité de résultat en matière de travail », note sous Cass. soc., 25 novembre 2015, n°14-24.444, *Droit ouvrier* 2016, n°810, p. 10.

HUYETTE, Michel, « Dépression, accident du travail et faute inexcusable », note sous Cass. civ. 2^e, 1^{er} juillet 2003, n°02-30.576, *D.* 2004, n° 13, p. 906.

ICARD, Julien, « Exercice du droit de retrait », note sous Cass. soc., 9 octobre 2013, n°12-22.288, *BJT* 2013, n°257, p. 465 ; « Nullité du licenciement consécutif à l'exercice légitime du droit de retrait », note sous Cass. soc., 25 novembre 2015, n°14-21.272, *BJT* 2016, n°281, p. 22 ; « L'illégitimité du licenciement n'équivaut pas à son illicéité », note sous Cass. soc., 27 janvier 2016, n°14-10.084, *BJT* 2016, n°283, p. 146 ; « La nature ambiguë de l'obligation de sécurité de l'employeur », note sous Cass. soc., 25 novembre 2015, n°14-24.444, *BJT* 2016, n°281, p. 23 ; « L'éviction consolidée de la théorie de l'impossibilité d'exécution du préavis »

note sous Cass. soc., 17 novembre 2021, n°20-14.848, *BJT* 2022, n°1, p. 27 ; « Forclusion et prescription : droit d'agir et étendue de la créance en matière de congés payés », note sous Cass. soc., 13 septembre 2023, n°22-17.638, *Dr. Soc.* 2024, n°7/8, p. 602-603.

JEANSEN, Emeric, note sous Cass. soc., 27 novembre 2019, n°19-14.244, *JCP S* 2020, n°3, p. 46 ; « Harcèlement moral et délit de diffamation », note sous Cass. crim., 26 novembre 2019, n°19-80.360, *JCP E* 2020, n° 17, p. 37 ; « Calcul de l'indemnité de licenciement à partir des rémunérations perçues avant un arrêt maladie », note sous Cass. soc., 23 mai 2017, n°15-22.223, *JCP S* 2017, n°29, p. 22 ; « La perte du droit à indemnités journalières en cas d'activité exercée pendant l'arrêt de travail et autorisée postérieurement », note sous Cass. civ. 2e, 16 mai 2024, n° 22-14.402, *JCP S* 2024, n°24, p. 51-53.

JOURDAIN, Patrick, note sous Cass. crim., 28 mars 2006, n°05-82.975, *RTD Civ* 2007, n°1, p. 135 ; « Obligation de sécurité de l'employeur », note sous arrêt Cass. soc., 1er juin 2016, n°14-19.702, *RTD Civ* 2016, n°4, p. 45.

JULIEN, Mathilde, « Nullité d'une procédure de licenciement en son temps régulière et conséquences », note sous Cass. soc., 25 juin 2003, n°01-46.479, *D.* 2004, n°25, p. 1761.

KEIM-BAGOT, Morane, « Redéfinition de l'obligation de sécurité de l'employeur en droit de la sécurité sociale », note sous Cass. civ. 2e, 8 octobre 2020, n°18-26.677, *BJT* 2020, n°12, p. 47 ; note sous Cass. civ. 2e, 28 janvier 2021, n°19-25.722, *BJT* 2021, n°3, p. 34 ; « Choc émotionnel au cours d'un entretien préalable au licenciement et accident du travail », note sous Cass. civ. 2e, 9 septembre 2021, n°19-25.418, *JCP S* 2021, n°41, p. 33.

KERBOURC'H, Jean-Yves, « Demande de résiliation judiciaire acceptée : pas de droit à réintégration », note sous Cass. soc., 3 octobre 2018, n°16-19.836, *JCP S* 2018, n° 45, p. 33.

LACOSTE-MARY, Valéry, « Sur les obligations incombant aux assurés sociaux en cas de versement de prestations en espèces », note sous Cass. civ. 2e, 20 septembre 2012, n°11-19.181, *RDSS* 2013, n°2, p. 312.

LAHALLE, Thibault, « Précisions sur le régime salarial applicable pendant la suspension du contrat de travail », note sous Cass. soc., 2 octobre 2024, n° 23-11.582, *JCP S* 2024, n° 46, p. 38.

LALANNE, Fany, « Accident de trajet : le salarié ne peut invoquer la faute inexcusable de l'employeur », note sous Cass. civ. 2e, 8 juillet 2010, n°09-16.180, *JSL* 2010, n°285, p.13.

LEBORGNE-INGELAERE, Céline, « Harcèlement-quid du droit de retrait en cas de harcèlement ? », note sous Cass. soc., 9 octobre 2013, n°12-22.288, *JCP S* 2014, n°6, p. 26 ; « Harcèlement sexuel et agissements sexistes au travail : la sortie de l'immobilisme », note sous Cass. soc., 1er juin 2016, n°14-19.702, *JCP S* 2019, n°10, p. 6.

LEFEBVRE, Alexandre, « Congés payés : la lente mise en conformité du droit français avec le droit de l'Union européenne », note sous Cass. soc., 13 septembre 2023, n°22-17.340, *JSL* 2025, p. 36.

LEFRAN-HAMONIAUX, Carole, « Arrêt maladie injustifié », note sous Cass. civ. 2e, 9 décembre 2010, n°09-14.575, *JCP G* 2010, n°52, p. 2443 ; « Prise d'acte produisant les effets d'un licenciement nul : pas de réintégration », note sous Cass. soc., 29 mai 2013, n°12-15.974, *JCP G* 2013, n°25, p. 1224.

LEROUGE, Loïc, « Rupture conventionnelle du contrat de travail à durée indéterminée : quelle protection pour le salarié en situation de vulnérabilité psychologique ? », note sous Cass. soc., 30 septembre 2014, n°13-16.297, *Dr. Soc.* 2015, n°5, p. 406.

LEROY, Yann, « La précision des motifs dans la lettre de licenciement », note sous Cass. soc., 3 juin 2020, n°18-25.757, *SSL* 2020, n° 1918, p. 15.

LHERNOULD, Jean-Philippe, « Droit au congé annuel payé en cas de maladie : le droit français appelé à se réformer ? », note sous CJUE, 20 janv. 2009, C-350/06, *RJS* 2009, n°4, p. 263-267 ; « La prise d'acte ne donne pas droit à réintégration », note sous Cass. soc., 29 mai 2013, n°12-15.974, *JSL* 2013, n°347, p. 16 ; « A propos d'une salariée qui profite d'un arrêt maladie pour tenir une boutique », note sous Cass. soc., 26 février 2020, n°18-10.017, *JSL* 2020, n° 496, p. 10 ; « Licencier un salarié qui annonce un état de burn-out laissent supposer une discrimination en raison de l'état de santé », note sous Cass. soc., 5 février 2020, n°18-22.399, *JSL* 2020, n° 495, p. 10 ; « Licenciement d'un salarié absent pour maladie : dans quel délai doit intervenir l'engagement d'un autre salarié ? », note sous Cass. soc., 24 mars 2021, n°19-13.188, *JSL* 2021, n°519, p. 14.

LOISEAU, Grégoire, « Respect dû à la vie privée du salarié et étendue du pouvoir disciplinaire de l'employeur », note sous Cass. ch. mixte, 18 mai 2007, n°05-40.803, *JCP G* 2007, n°28, p. 35 ; « Rupture du contrat de travail – La rupture conventionnelle, indépendante et exclusive », note sous Cass. soc., 30 septembre 2014, n°13-16.297, *JCP S* 2014, n°46, p. 28 ; « Le renouveau de l'obligation de sécurité », note sous Cass. soc., 1er juin 2016, n°14-19.702, *JCP S* 2016, n°24, p. 27 ; « L'obligation de prévention des risques professionnels, démembrement de l'obligation de sécurité », obs. sous Cass. soc., 6 décembre 2017, n°16-10.885, *JCP S* 2018, n°5, p. 31.

LOKIEC, Pascal, « Seul peut constituer un remplacement définitif celui entraînant l'embauche d'un autre salarié », note sous Cass. soc., 18 octobre 2007, n°06-44.251, *JCP G* 2007, n°49, p. 38.

LOU, Thomas, « Exécution d'une prestation de travail par une salarié maladie ou en congé maternité : pas de salaire, mais des dommages et intérêts », note sous Cass. soc., 2 oct. 2024, n°23-11.582, *BJT* 2024, n°12, p. 14-15.

MAILLARD, Sandrine, « Le désengagement au travail des salariés », note sous Cass. soc., 5 février 2020, n°18-23.753, *Dr. Soc.* 2025, n° 1, p. 11.

MARTINON, Arnaud, « Inaptitude : l'effectivité de l'obligation de sécurité de l'employeur », note sous Cass. soc., 23 septembre 2009, n°08-42.629, *JCP S* 2009, n°44, p. 28 ; « Affaire des congés payés : le justiciable au pays des sources », note sous Cass. soc., 13 septembre 2023, n°22-17.638, *Dr. Soc.*, n° 7/8, p. 580.

MAYAUD, Yves, « Harcèlement, droit d'alerte, bonne foi, justification », note sous Cass. crim., 26 novembre 2019, n°19-80.360, *RSC* 2020, n°1, p. 77.

MAZEZAU, Antoine, note sous Cass. soc., 21 mars 2000, n°97-44.370, *Dr. Soc.* 2000, n° 6, p. 648.

MINÉ, Michel, « Le droit aux congés payés enfin rénové », note sous Cass. soc., 13 septembre 2023, n°22-17.638, *RDT* 2023, n°10, p. 639-646.

MOIZARD, Nicolas, « Le licenciement d'un salarié malade sans remplacement définitif n'est pas nécessairement discriminatoire », note sous Cass. soc., 27 janvier 2016, n°14-10.084, *RDT* 2016, n°6, p. 423.

MOREAU, Florelle, note sous Cass. soc., 27 janvier 2016, n°14-10.084, *Droit ouvrier* 2016, n°815, p.373.

MOREL, Franck, « Le droit des congés payés après la déflagration du 13 septembre 2023 : regard critique et nouvelles questions ! » note sous Cass. soc., 13 septembre 2023, n°22-17.638, *BJT* 2024, n°2, p. 32.

MOULY, Jean, « Le préposé délégataire auteur d'une faute qualifiée est responsable à l'égard du tiers victime », note sous Cass. crim., 28 mars 2006, n°05-82.975, *JCP G* 2006, n°47, p. 2174 ; « Licenciement pour maladie sans remplacement définitif du salarié : pas de discrimination automatique », note sous Cass. soc., 27 janvier 2016, n°14-10.084, *Dr. Soc.* 2016, n°4, p. 384 ; « La faute grave du salarié ne suppose pas nécessairement l'existence d'un préjudice de l'employeur », note sous Cass. soc., 5 juillet 2017, n°16-15.623, *Dr. Soc.* 2017, n° 10, p. 882 ; « L'obligation de loyauté du sportif professionnel pendant la suspension du contrat pour accident du travail », note sous Cass. soc., 15 juin 1999, n°96-44.772, *Dr. Soc.* 2019, n° 4, p. 363 ; « Le salarié malade licencié tort pour nécessité de remplacement définitif a droit à l'indemnité compensatrice », note sous Cass. soc., 17 novembre 2021, n°20-14.848, *Dr. Soc.* 2022, n°2, p. 172 ; « Le revirement relatif au droit à congé payé – Une jurisprudence pas tout à fait nouvelle », note sous Cass. soc., 13 septembre 2023, n°22-17.638, *Dr. Soc.* 2024, n°2, p. 174-179.

NASOM-TISSANDIER, Hélène, « Les conditions du forfait-jours à temps partiel », note sous Cass. soc., 27 mars 2019, n°16-23.800, *JSL* 2019, n°476, p. 17.

PAGNERRE, Yannick, « La nouvelle obligation de sécurité de l'employeur », note sous Cass. soc., 1er juin 2016, n°14-19.702, *JCP E* 2016, n°49, p. 45 ; « Obligation de sécurité et harcèlement », note sous Cass. soc., 27 novembre 2019, n°18-10.551, *JCP E* 2020, n° 17, p. 37 ; « Pas de réintégration si la demande d'annulation du licenciement intervient dans la même

instance qu'une demande en résiliation judiciaire du contrat de travail », note sous Cass. soc., 27 janvier 2021, n°19-21.200, *JCP S* 2021, p.27.

PANSIER, Frédéric-Jérôme, « Congé maladie et brocante », note sous Cass. soc., 21 mars 2000, n°97-44.370, *BJT* 2000, n°121, p. 593 ; Note sous Cass. soc., 6 octobre 2010, n°09-66.140, *BJT* 2010, n°225, p. 375 ; Note sous Cass. civ. 2e, 9 décembre 2010, n°09-14.575, *BJT* 2011, n°227, p. 56 ; Note sous Cass. civ. 2e, 20 décembre 2012, n°11-26.676, *BJT* 2013, n°249, p. 53.

PAOLINI, Elisabeth, « Inaptitude à l'emploi, la recherche du reclassement dans le groupe s'impose », note sous Cass. soc., 16 juin 1998, n° 96-41.877, *JSL* 1998, n° 20, p. 9.

PETROT, Xavier, « La nouvelle définition de la faute inexcusable de l'employeur : une jurisprudence contra legem ? », note sous Cass. soc., 11 avril 2002, n°00-16.535, *D.* 2002, n°35, p. 2696 ; « Actualité jurisprudentielle », note sous Cass. civ. 2e, 9 décembre 2003, n°02-30.603, *Dr. Soc.* 2003, n°2, p. 229.

PETROT, Xavier, LE FISCHER, Sylvia, « La Cour de cassation et les accidents du travail », note sous Cass. civ. 2e, 1er juillet 2003, n°02-30.576, *RDSS* 2018, n°4, p. 591.

PIGNARRE, Geneviève, « Prévention des risques professionnels et prévention des agissements pour faits de harcèlements », note sous Cass. soc., 8 juillet 2020, n°18-24.320, *RDT* 2020, n° 11, p. 687.

PUIGELIER, Catherine, « Incidence du refus du salarié de subir une contre visite », note sous Cass. soc., 10 novembre 1998, n°96-42.969, *JCP E* 1999, n°25, p. 1109 ; « Le salarié dont le contrat de travail est suspendu par suite d'une maladie reste tenu d'une obligation de loyauté », note sous Cass. soc., 6 février 2001, n°98-46.345, *JCP G* 2001, n°30, p. 1514 ; « Impossibilité pour un salarié d'être licencié en raison de son départ de son poste de travail pour consulter un médecin », note sous Cass. soc., 3 juillet 2001, n°99-41.738, *JCP G* 2002, n°27, p. 1256.

RACINE, Meggie, « Droit aux indemnités journalières d'assurance maladie : prise en compte des salaires effectivement versés au jour de l'interruption de travail », note sous Cass. civ. 2e, 21 mars 2024, n° 21-18.015, *JCP S* 2024, n°20, p. 38.

RADE, Christophe, « Feue la responsabilité de plein droit de l'employeur en matière de harcèlement : le mieux, ennemi du bien », note sous Cass. soc., 1er juin 2016, n°14-19.702, *Lexbase Social* 2016, n°659 ; « L'entreprise et la vie privée du salarié », note sous Cass. soc., 20 février 2019, n°17-18.912, *Dr. Soc.* 2021, n° 1, p. 4.

RIANCHO, Simon, « Augmentations salariales : une (in)égalité de traitement pour la salariée en congé maternité », note sous Cass. soc., 2 oct. 2024, n°23-11.582, *BJT* 2024, n°11, p. 31.

RODIERE, Pierre, « Du bon, du discutable et du mauvais, le dialogue franco-européen sur le droit social fondamental aux congés payés », note sous Cass. soc., 13 septembre 2023, n°22-17.638, *Dr. Soc.* 2024, n° 7/8, p. 609-613.

RODRIGUEZ, Carlos, « Licenciement pour motif personnel », note sous Cass. soc., 3 juillet 2001, n°99-41.738, *Droit ouvrier* 2002, n° 644, p. 180.

RONET-YAGUE, Delphine, « Arrêt de travail et activité physique non autorisée expressément et préalablement : restitution des indemnités journalières », note sous Cass. civ. 2^e, 16 mai 2024, n° 22-14.402, *Gaz. Pal.* 2024, n°28, p. 45.

SAVATIER, Jean, « Conditions et effets de la nullité d'un licenciement en raison de l'état de santé du salarié », note sous Cass. soc., 3 juillet 2001, n°99-41.738, *Dr. Soc.* 2001, n° 12, p. 1045 ; « Actualité jurisprudentielle », note sous Cass. soc., 21 octobre 2003, n°01-43.943, *Dr. Soc.* 2003, n°1, p. 114 ; « Actualité jurisprudentielle », note sous Cass. soc., 30 septembre 2005, n°04-40.625, *Dr. Soc.* 2005, n°1, p. 102.

SINGER, Grégory, « Prise d'acte par un salarié protégé : point de droit à la réintégration », note sous Cass. soc., 29 mai 2013, n°12-15.974, *Lexbase Social* 2013, n°531.

PESSINA-DASSONVILLE, Stéphane, note sous Cass. ch. mixte, 18 mai 2007, n°05-40.803, *JCP E* 2008, n°3, p. 19.

TAQUET, François, « Sécurité sociale : Chronique de jurisprudence », *Chronique, LPA* 2002, n° 142, p. 12.

TAURAN, Thierry, « Exercice d'une activité non autorisée = suppression des indemnités journalières », note sous Cass. civ. 2^e, 9 décembre 2010, n°09-14.575, *JCP S* 2011, n°9, p. 51 ; Note sous Cass. civ. 2^e, 15 mars 2012, n° 11-13.453, *RDSS* 2012, n°3, p. 576 ; « Assurance maladie – Travailleur à domicile : conditions d'ouverture des droits aux indemnités journalières d'assurance maladie », note sous Cass. civ. 2^e, 20 déc. 2012, n°11-26.676, *JCP S* 2013, n°10, p. 45 ; « Retraite progressive : nécessité d'exercer une durée d'activité exprimée en heures et inférieure à la durée normale du travail », note sous Cass. civ. 2^e, 3 novembre 2016 n°15-26.276, *JCP S* 2016, n°48, p. 36 ; « Assurance maladie », note sous Cass. civ. 2^e, 21 mars 2024, n°21-18.015, *RDSS* 2024, n°3, p. 542-543.

TESSIER, Arnaud, « Congés payés sur maladie : et si le législateur était fondé à ne rien changer ? », note sous Cass. soc., 13 septembre 2023, n°22-17.638, *JCP S* 2023, n°45, p. 9.

TOURNAUX, Sébastien, « La responsabilité du législateur en matière de congés payés », note sous Cass. soc., 13 septembre 2023, n°22-17.638, *Dr. Soc.* 2024, n°2, p. 166-173.

VACHET, Gérard, note sous Cass. soc., 11 avril 2002, n°00-16.535, *JCP E* 2002, n°51, p. 2060 ; note sous Cass. soc., 15 décembre 2004, n°03-13.074, *JCP E* 2005, n°21, p. 880 ; « Accidents du travail et maladies professionnelles : accident de trajet », note sous Cass. civ. 2^e, 8 juillet 2010, n°09-16.180, *JCP S* 2010, n°43, p. 37 ; « Assurance maladie – Durée d'attribution des indemnités journalières », note sous Cass. civ. 2^{ème}, 15 mars 2012, n° 11-13.453, *JCP S* 2012, n°30, p. 36 ; « Exercice du mandat de représentant du personnel pendant un arrêt maladie », note sous Cass. ch. mixte, 21 mars 2014, n°12-20.002, *JCP E* 2014, n°44, p. 38.

VERICEL, Marc, « Maintien du droit à congés annuels des travailleurs en congé maladie », note sous CJUE, 20 janv. 2009, C-350/06, *RDT* 2009, n°3, p. 170-172 ; « L'étendue de l'obligation de sécurité de l'employeur en matière de reclassement des salariés inaptes », note sous Cass. soc., 23 septembre 2009, n°08-42.629, *RDT* 2010, n°1, p. 30 ; « Les congés payés entre droit du travail français et droit de l'Union européenne », note sous CJUE, 21 juin 2012, C-78/11, *RDT* 2012, n°10, p. 565-569 ; « Obligation de reclassement du salarié inapte et mise en place du télétravail », note sous Cass. soc., 29 mars 2023, n°21-15.472, *RDT* 2023, n°6, p. 426.

VERKINDT, Pierre-Yves, « Rémunération : la charge de la preuve du paiement du salaire pèse sur l'employeur », note sous Cass. soc., 11 janvier 2006, n°04-41.231, *JCP S* 2006, n°7, p. 20 ; « Absence prolongée d'un salarié malade : attention au contenu de la lettre de licenciement », note sous Cass. soc., 8 avril 2009, n°07-43.909, *JCP S* 2009, n°40, p. 26 ; « Les "amis" de nos "amis"... », note sous Cass. ch. mixte, 18 mai 2007, n°05-40.803, *JCP E* 2010, n°48, p. 3 ; « Visite médicale de reprise : vigilance », note sous Cass. soc., 6 octobre 2010, n°09-66.140, *JCP S* 2011, n°4, p. 29.

VIGNEAU, Christophe, note sous Cass. soc., 26 février 2020, n°18-10.017, *Droit ouvrier*, 2020, n° 866, p. 723.

VINEY, Geneviève, « Portée de l'obligation générale de sécurité de l'employeur », note sous Cass. soc., 25 novembre 2015, n°14-24.444, *RDC* 2016, n°2016/2, p. 217.

WAQUET, Philippe, note sous Cass. soc., 25 juin 2003, n°01-43.717, *JCP E* 2005, n°5, p. 192 ; « Trouble objectif : le retour à la case départ », note sous Cass. ch. mixte, 18 mai 2007, n°05-40.803, *SSL* 2007, n°1319, p. 73.

WILLMANN, Christophe, « Combinaison du droit au congé annuel payé et du congé de maladie en droit européen », note sous CJUE, 20 janv. 2009, C-350/06, *Lexbase social*, 2009, n°336 ; « Accident de la circulation d'un salarié : la victime d'un accident de trajet ne peut invoquer la faute inexcusable de son employeur », note sous Cass. civ. 2^e, 8 juillet 2010, n°09-16.180, *Lexbase Social* 2010, n°406 ; « Accident de trajet et faute inexcusable : l'employeur n'est pas tenu d'une obligation de sécurité de résultat », note sous Cass. civ. 2^e, 8 juillet 2010, n°09-16.180, *RDSS* 2010, n°5, p. 959 ; « De l'incompatibilité des indemnités journalières de l'assurance maladie avec une activité sportive ou sociale (membre d'un CHSCT) », note sous Cass. civ. 2^e, 9 décembre 2010, n°09-14.575, *Lexbase Social* 2011, n°422 ; « Liberté de déplacement de l'assuré social : un droit sous conditions », note sous Cass. civ. 2^e, 20 septembre 2012, n°11-19.181, *Lexbase Social* 2012, n°502 ; « Du droit, pour un travailleur en incapacité de travail survenue durant la période de congé annuel payé, de bénéficier ultérieurement du congé annuel », note sous CJUE, 21 juin 2012, C-78/11, *Lexbase social*, 2012, n°492 ; « L'angoisse du salarié face à la mort », note sous Cass. ass. plén., 5 avril 2019, n°18-17.442, *Dr. Soc.* 2020, n°11, p. 883.

Index

(Les numéros renvoient aux paragraphes)

A

Absence du salarié n° 1031 et sv (gestion de l'absence).

Absentéisme n° 3, 51, 81, 96, 104, 108, 114, 1252, 1256, 1257 et 1258.

Accident du travail

- Déclaration n° 759, 760, 761 et 762.
- Étude d'ensemble n° 755, 756, 757 et 758.
- Faute inexcusable n° 381 et sv.

Voir aussi : Médecine du travail ; Suicide ; Visite de reprise.

Accord collectif n° 296, 313, 336, 353, 447, 457, 460, 716, 821, 1136, 1216 et 1244.

Voir : Négociation collective.

Aménagement du poste n° 489 et 1217.

Anxiété n° 164, 210, 218 et sv., 228, 238, 248, 251, 592, 809 et 1268.

Assurance maladie n° 29, 41 et 50.

Auscultation clinique n° 608, 609, 610, 611, 612, 613 et 614.

Autorisation de sortie

- Déplacements n° 1069 et 1072 et sv.
- Heures de sortie n° 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075 et 1076.
- Prescription n° 627.

Avenant au contrat n° 313 et 1212.

Voir : Contrat de travail

Avis d'arrêt de travail n° 617, 618 et 619.

Voir : Prescription médicale.

B

Bien-être n° 29, 129, 174, 185, 192, 206 et sv., 320, 372, 439, 440, 441, 442, 443, 445, 1269 et 1275.

Voir aussi : Qualité de vie au travail.

Burn-out n° 218, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 410, 860 et 1295.

C

Certification n° 608.

Charge de la preuve n° 886 et sv., 973, 1223.

Chômage

- Étude d'ensemble n° 167.
- Indemnités chômage et IJ n° 167, 263 et 822.
- Assimilation travail effectif n° 1006.

Clause

- Contractuelle n° 864 et 1010.
- Conventionnelle n° 1012 et 1108.
- De franchise n° 1022.
- De garantie d'emploi n° 937, 938, 939, 940 et 941.
- De non-concurrence n° 863 et sv.

Climat organisationnel n° 395.

Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail n° 437, 440, 458 et 462.

Comité social et économique n° 437, 440, 442, 448, 455, 462, 511, 516, 537, 747, 906 et 1243.

Voir aussi : Droit d'alerte ; Expertise ; Heures de délégation.

Commission santé, sécurité et conditions de travail n° 436 et sv., 524.

Compétences professionnelles n° 883.

Congés payés n° 50, 729, 821, 830, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 896, 897, 975, 1133 et 1299.

Voir aussi : Droit à la déconnexion.

Contrat

- A durée déterminée n° 717, 884, 931, 985 et 1087.
- Avenant n° 313 et 1232.
- Rupture n° 320 et sv.
- Subordination n° 371, 374, 404, 405, 407, 423, 648, 817, 849, 1054, 1098 et 1265.
- Suspension n° 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 822, 825, 827, 829, 830, 831, 841 et 844.

Contrôle (arrêt maladie)

- Contre-visite employeur n° 1094 et sv.
- Contrôle administratif et médical n° 1113 et sv.

Convention collective n° 296, 709, 713, 937, 938, 1011, 1012, 1050, 1124 et 1267.

Voir : Négociation collective.

Covid-19 n° 4, 115, 128, 327, 615, 1002, 1133, 1144 et sv.

D

Déclaration d'accident du travail n° 759.

Voir : Accident du travail.

Délégation de pouvoir n° 397, 398, 399, 400, 401 et 402.

Voir aussi : Responsabilité de l'employeur.

Démission n° 51, 167, 263, 717, 727 et 941.

Déontologie n° 28, 29, 576, 606, 608, 611, 612, 632, 635, 637, 638, 639, 641, 644, 671, 674, 675 et 776.

Dépression n° 79, 210, 218, 222, 223, 224, 225, 228, 248, 252, 309, 413, 628, 767, 773, 809 et 860.

Dialogue social n° 62, 294, 296, 298, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 310, 312, 314, 315, 316, 319, 325, 331, 335, 336, 457, 465, 518, 526, 527, 540, 545, 1243, 1245, 1246, 1271, 1272 et 1287.

Voir aussi : Négociation collective.

Discrimination n° 9, 20, 31, 91, 787, 803, 832, 854, 872, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885 et sv, 950 et 953.

Document unique d'évaluation des risques professionnels n° 200, 291, 346, 392 et 551.

Douleur n° 229, 232, 237, 240, 242, 244, 245, 271, 592 et 600.

Droit à la déconnexion n° 300, 316, 409, 410, 411 et 803.

Droit à la santé mentale n° 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204 et 205.

Droit d'alerte

- Inspecteur du travail n° 537.
- Représentants du personnel n° 441, 448, 449, 450, 451, 452 et 453.
- Salarié n° 406, 414, 416, 417, 418, 419, 420, 421 et 422.

Droit de retrait n° 96, 409, 411, 412, 413, 414, 420, 452, 816, 823, 824, 825, 826, 827 et 828.

Durée du travail n° 9, 410, 479, 538, 818, 820, 821, 834, 843, 974, 1206, 1210, 1211 et 1256.

Voir aussi Contrat de travail ; forfait-jours.

E

Égalité de traitement n° 9 et 67.

Épuisement professionnel n° 79, 218, 225, 226, 228, 229, 238, 393, 413, 473, 552 et 1294.

Essai encadré n° 94, 1200, 1201, 1202, 1203, 1204 et 1205.

États-Unis n° 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 373, 776 et 1298.

Évaluation n° 200, 255, 286, 291, 298, 303, 334, 346, 355, 392, 413, 414, 442, 503, 519 et 551.

Examen médical n° 493, 905 et 1111.

Expertise n° 206, 273, 324, 386, 389, 431, 453, 455, 458, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 516, 518, 543, 571, 575, 578, 589, 593, 595, 668, 905, 923, 1191, 1192, 1196 et 1246.

F

Facteurs de risques n° 194 et 309.

Faisceau d'indices n° 857, 883, 888 et 920.

Faute du salarié n° 423 et sv.

Force majeure n° 12 et 884.

Forfait-jours n° 499, 819, 820, 821 et 1213.

Formation professionnelle n° 1182.

G

Gestion des risques n° 185, 320, 400, 1252 et 1298.

Gestion du personnel n° 1223, 1242 et 1260.

Gestion prévisionnelle des emplois et compétences n° 305.

Grève n° 723, 744, 1130, 1137, 1138, 1139 et 1141.

Voir aussi : Discrimination.

H

Harcèlement n° 84, 194, 205, 218, 341, 343, 348, 389, 393, 419, 427, 428, 429, 442, 449, 507, 530, 532, 552, 623, 757, 773, 777, 824, 1089 et 1219.

Voir aussi : faute du salarié.

Handicap n° 9, 199, 877, 880 et 881.

Heures de délégation

- Commission santé, sécurité et conditions de travail n° 459.
- Et arrêt maladie n° 842 et 1080.

I

Inaptitude n° 902 et sv.

Indemnités journalières n° 743, 771, 808, 822, 893, 961, 967 et sv., 1021 et sv.

Inspection du travail n° 524 et sv.

L

Lean Management n° 135, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155 et 161.

Liberté d'entreprendre n° 40, 196, 1223 et 1226.

Libre circulation des travailleurs n° 67 et 1075.

Licenciement n° 899 et sv.

Loyauté n° 39, 370, 417, 641, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 718, 724, 730, 813, 844, 845 et sv.

M

Mal-être n° 178, 179, 180, 181, 182, 183 et 184.

Maladie

- Ordinaire n° n°1000, 1001, 1002 et 1003 (diff. ALD).
- Affection de longue durée n° 808, 999, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1079 et 1097.

Voir aussi : Pathologie, Troubles anxieux, Troubles psychiques.

Maladie professionnelle

- Congés payés n° 835, 837, 838, 839 et 840.

- Étude d'ensemble n° 381, 487, 763, 764, 765, 947, 1035 et 1044.

- Indemnisation n° 1016, 1026, 1031 et 1034.

- Reconnaissance hors-tableau n° 769, 770, 771, 772, 773 et 774.

- Reconnaissance par tableaux n° 766, 767 et 768.

- Responsabilité n° 381.

Voir aussi : Responsabilité de l'employeur.

Management n° 135, 148, 149, 150, 187, 212, 354, 550 et 1271.

Mandat (et arrêt maladie) n° 437, 460, 831, 841, 842, 843, 844, 1080, 1101, 1102, 1191 et 1243.

Voir aussi : Commission santé, sécurité et conditions de travail.

Médecin

- Développement professionnel continu n° 681.

- Médecin conseil n° 493, 1181 et 1202.

- Médecin généraliste n° 582, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591 et 1101.

- Médecin spécialiste n° 258, 267, 270, 273, 431, 473, 475, 482, 582, 587, 589, 593, 597 et sv.

- Médecin traitant n° 258, 273, 482, 493, 530, 587, 598, 602, 603, 625, 770, 810, 843, 1105, 1119, 1181, 1202 et 1212.

Voir aussi : Ordre national des médecins ; Responsabilité médicale.

Médecine du travail n° 471 et sv.

Voir aussi : Inaptitude.

Mise à pied n° 429, 449, 891 et 893.

N

Négociation collective n° 292, 293 et sv., 713, 747, 752 et 1047.

Voir aussi : Droit à la déconnexion ; Qualité de vie au travail ; Télétravail.

Nullité n° 605, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 905, 927 et 946.

Notification n° 909, 912, 934, 953, 1087 et 1121.

O

Obligation de sécurité (employeur) n° 337 et sv.

Obligations déontologiques

Voir : Déontologie.

Ordre national des médecins n° 675 et sv.

Voir aussi : Responsabilité médicale.

Ordre public n° 27, 52, 459, 1233 et 1262.

Ordre public social n° 546, 805, 808 et 823.

Organisation du travail n° 152, 161, 212, 283, 321, 499, 567 et 1296.

Voir aussi : Télétravail.

P

Pathologie n° 4, 5, 46, 73, 79, 85, 90, 108, 112, 114, 116, 123, 125, 129, 174, 176, 185, 188, 193, 195, 207, 211, 215, 217, 228, 231, 232, 242, 245, 253 et 267.

Patient n° 38, 230, 246, 261, 268, 280, 581, 586, 588, 608, 609 et 610.

Pénibilité n° 123, 131, 187, 188, 501, 507 et 547.

Performance n° 98, 102, 134, 135, 140, 143, 146, 148, 149, 150, 156, 161, 187, 189 et 254.

Période d'essai n° 832, 883, 931 et 1205.

Politique n° 107, 119, 162, 573, 577, 779, 786, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1152 et 1297.

Préavis n° 936, 1104, 1141 et 1232.

Précarité n° 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 247, 252, 294 et 374.

Voir aussi : Travail

Préconisation n° 906, 911, 1191 et 1193.

Prescription médicale n° 31, 572, 574 et sv.

Principe de non-discrimination n° 9, 20, 31, 91, 787, 803, 832, 854, 872, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 950 et 953.

Prise d'acte n° 488 et 895.

Psychopathologie du travail n° 208.

Q

Qualité de vie au travail (dont qualité de vie et des conditions de travail)

- Définition n° 300, 301, 302 et 303.
- Plan d'action annuel n° 331, 332, 333, 334 et 335.

Voir aussi : Négociation collective.

R

Reclassement n° 489, 494, 901, 902, 906, 907, 908, 909, 911, 1191, 1203, 1208, 1219, 1220, 1221, 1222, 1289 et 1292.

Rééducation n° 814, 1006 et 1210.

Réintégration n° 110, 262, 273, 494, 590, 628, 787, 895, 896 et 897.

Remplacement (du salarié licencié)

- Étendue de l'obligation n° 927, 928, 929 et 930.
- Période d'essai n° 931.

Réparation n° 84, 107, 262, 345, 356, 357, 358, 359, 360, 388, 668, 748, 806, 807, 858 et 996.

Responsabilité (employeur)

- Responsabilité civile n° 381 et sv.
- Responsabilité pénale n° 390 et sv.
- Responsabilité morale n° 369 et sv.

Voir aussi : Accident du travail ; Délégation de pouvoirs ; Maladie professionnelle.

Responsabilité (médecin) n° 630 et sv.

Voir aussi : Ordre national des médecins.

Risques psychosociaux n° 188, 198, 211, 220, 227, 303, 355, 365, 413, 432, 433, 442, 535, 824 et 1294.

Royaume-Uni n° 41, 47, 48, 49, 50, 51 et 699.

Rupture du contrat

- Pour perturbation de l'entreprise n° 914 et sv.
- Pour faute n° 943 et sv.
- Pour insuffisance professionnelle n° 948 et sv.
- Pour motif économique n° 951 et sv.
- Rupture conventionnelle homologuée n° 168, 263, 595 et 876.

Voir aussi : Accident du travail ; Contrat ; Inaptitude.

S

Sécurité juridique n° 310, 357, 618, 742, 786, 1023, 1056 et 1292.

Sécurité sociale n° 18, 19, 20, 21, 22, 23 et 35.

Sensibilisation n° 206, 413, 503, 506, 513 et 1205.

Service de santé au travail n° 471, 477, 479, 517 et 1292.

Voir : Médecine du travail.

Signalement n° 321, 386, 408, 427 et 524.

Souffrance psychique

Voir : Troubles psychiques.

Sportif professionnel n° 38, 39 et 40.

Stress n° 181, 182, 189, 203, 204, 213, 214, 218, 250, 251, 255, 284, 1183 et 1198.

Subordination n° 371, 374, 404, 405, 407, 423, 648, 817, 849, 1054, 1098 et 1265.

Voir : Contrat.

Suicide n° 173, 183, 184, 190, 191, 225, 381, 395, 425, 476, 665, 673 et 757.

Voir aussi : Accident du travail.

Suivi médical n° 474, 475, 498, 499, 503 et 1211.

T

Télétravail

- Angleterre n° 51.
- Étude d'ensemble n° 198, 295, 311, 312, 313, 314, 315, 316 et 317.
- Organisation du travail n° 590, 1216, 1217 et 1218.
- Sources n° 313.

Temps partiel thérapeutique n° 996, 1007, 1208, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215 et 1292.

Travail saisonnier n° 984, 985, 986, 987, 988, 1013, 1028 et 1165.

Voir aussi : Temps partiel thérapeutique.

Troubles psychiques

- Étude d'ensemble n° 4, 5, 6, 117,
121, 130, 210, 215, 216, 217, 352, 359, 360,
758, 767, 768 et 773.

- Troubles anxieux n° 73, 79, 219,
220, 221, 227, 413 et 767.

*Voir aussi : Anxiété ; Dépression ;
Épuisement professionnel.*

V

Vie personnelle n° 75, 163, 189, 312, 361,
944 et 1271.

Violence n° 194, 205, 218, 416, 555 et 668.

Visite médicale n° 476 et sv., 1087, 1189 et
1202.

Voir : Médecine du travail.

Table des matières

Remerciements	5
Sigles et abréviations	7
Sommaire.....	11
Introduction générale	17
I. L'arrêt maladie : notion, fondements, régimes juridiques	20
A. Une institution à la croisée des disciplines	21
1. Le droit du travail.....	22
2. Le droit de la sécurité sociale.....	24
3. L'interférence avec d'autres branches du droit	26
B. La pluralité des modèles juridiques : une perspective comparative.....	32
1. Le modèle britannique.....	33
2. Le modèle américain	36
C. L'encadrement européen	39
1. Les apports du droit de l'Union européenne	40
2. La coordination des régimes nationaux.....	41
II. L'arrêt maladie au cœur de tensions contemporaines	43
A. Un droit inadapté aux mutations du travail.....	45
1. La montée de nouveaux risques	46
2. L'inadéquation des garanties existantes	47
B. Un droit suspecté, souvent méconnu.....	48
1. L'arrêt maladie comme source d'abus	48
2. Des pratiques d'application défaillantes	50
3. Le risque d'un affaiblissement structurel du régime.....	51
C. Un droit à repenser	52
1. Finalité de l'étude.....	52
2. Méthode.....	54
3. Structure de l'étude	54
Première partie.....	57
L'accès au droit à l'arrêt maladie	57
Titre I	61
Un droit justifié.....	61
Chapitre I	63
Section I. Des organisations génératrices de souffrance	65

I.	Des dynamiques professionnelles pathogènes	66
A.	Une emprise technologique dans la relation de travail	68
B.	Une gouvernance managériale sous tension	72
1.	Le modèle Lean : rationalisation et pression.....	72
2.	L'impact psychique des pratiques managériales	74
C.	Une précarité croissante de l'emploi.....	77
II.	Une reconnaissance progressive de la souffrance au travail	80
A.	Une prise de conscience sociétale	81
1.	Le constat d'un mal-être généralisé	82
2.	L'installation durable du phénomène dans les milieux professionnels	86
B.	Une réponse juridique incomplète	88
1.	L'affirmation d'un droit à la santé mentale	89
2.	L'instauration de garanties spécifiques et limitées.....	92
	Section II. Une souffrance génératrice de pathologies.....	95
I.	Un mal-être pathogène	97
A.	Les atteintes psychiques.....	99
1.	Les troubles anxieux	100
2.	La dépression	101
3.	Le syndrome d'épuisement professionnel.....	102
B.	Les atteintes physiques.....	104
1.	La fatigue chronique	105
2.	Les troubles musculosquelettiques.....	107
3.	Les maladies cardio-vasculaires.....	109
II.	Un arrêt du travail justifié	112
A.	Une mise à l'écart thérapeutique.....	114
B.	Une solution incertaine et stigmatisée.....	116
1.	Une reconnaissance laborieuse	116
2.	Une perception sociale souvent disqualifiante	119
	Chapitre II.....	123
	Les limites structurelles de la prévention primaire.....	123
	Section I. Une prévention institutionnelle inadaptée aux risques psychosociaux..	124
I.	Des obligations structurelles inopérantes	125
A.	La négociation collective	126
1.	Une obligation en question.....	128
a.	Un statut quo initial.....	128
b.	Une obligation à ouvrir	130
c.	L'exemple symptomatique du télétravail	132

2.	Une dynamique préventive marginale.....	134
a.	Une mobilisation fragile et inconstante.....	134
b.	Des freins économiques persistants	136
c.	Une piste à étudier : le plan annuel de prévention	138
B.	L'obligation de sécurité.....	140
1.	Une portée conceptuelle floue.....	142
a.	Un champ d'application indéfini.....	143
b.	Une prévention à construire	145
c.	Un système de réparation à réarticuler.....	148
2.	Une efficacité concrète en décalage avec les enjeux.....	149
II.	Une responsabilité de l'employeur morcelée et limitée	150
A.	La responsabilité morale	152
B.	La responsabilité juridique.....	154
1.	La faute inexcusable.....	155
2.	Le risque pénal	158
3.	La délégation de pouvoirs	161
C.	Un rôle subsidiaire du salarié dans l'alerte et la défense	164
1.	Le devoir d'autoprotection du salarié	165
2.	Le devoir d'alerte	168
3.	La faute du salarié : dernier recours de l'employeur.....	170
	Section II. Une mobilisation institutionnelle limitée	173
I.	La commission santé, sécurité et conditions de travail	174
A.	Des missions fondamentales	175
1.	L'évaluation des risques psychosociaux	175
2.	L'exercice du droit d'alerte	177
B.	Des moyens fragilisés	179
1.	Des ressources limitées	180
2.	Un droit d'expertise réduit	182
II.	La médecine du travail	185
A.	Un suivi médical inégal.....	186
1.	La visite médicale à la demande du salarié.....	187
2.	Les visites encadrant la reprise d'activité	189
a.	La visite de reprise	190
b.	La visite de pré-reprise.....	191
3.	Le suivi renforcé	193
B.	Une prévention en tension.....	194
1.	Des pratiques inégales.....	195

2.	Une influence indirecte sur l'organisation du travail	197
III.	L'inspection du travail	199
A.	Une autorité à solliciter	200
1.	Un appui aux salariés	200
2.	Un rôle collectif renforcé	202
B.	Des leviers sous-exploités	204
1.	Un droit d'accès central	206
2.	Un pouvoir de sanction à mobiliser	208
Conclusion Titre I		211
Titre II		213
Un droit conditionné		213
Chapitre I		215
La prescription médicale		215
Section I. Un encadrement technique et juridique du médecin prescripteur		216
I.	Des médecins prescripteurs légitimes	217
A.	Le rôle prépondérant du médecin généraliste	218
B.	L'émergence croissante du psychiatre	221
C.	La place des autres spécialistes	223
D.	La gestion des prolongations	225
II.	Un acte médical structuré	226
A.	La phase initiale de constatation clinique	227
B.	Une marge de liberté dans la prescription encadrée	230
Section II. Une pression juridique du médecin prescripteur		234
I.	Une responsabilité plurielle	235
A.	La responsabilité disciplinaire	236
1.	Le recours ordinal	236
a.	Les conditions d'ouverture de l'action	237
b.	Les risques encourus par les praticiens	238
2.	L'action disciplinaire interne	239
B.	La responsabilité juridique	241
1.	Le risque pénal	241
2.	L'action civile	243
C.	La responsabilité morale	245
II.	Les limites et défaillances du contrôle ordinal	246
A.	Une mission de garant de la compétence insuffisante	248
B.	Une autorité disciplinaire fragile	250
1.	Les carences dans le traitement des signalements	251

2. Un risque de sanction peu dissuasif	253
Chapitre II.....	257
Section I. Les <i>formalités</i> internes	258
I. L'information de l'employeur	259
A. Des modalités d'information adaptées et souples	259
B. Des sanctions disciplinaires et juridiques circonscrites	261
II. La transmission de l'avis d'arrêt de travail	262
A. L'exigence formelle de transmission de l'avis	262
B. Les conséquences juridiques de l'absence de transmission	264
III. La communication de l'attestation de salaire	266
Section II. Les formalités à l'égard des tiers	267
I. La communication à l'assurance maladie	268
II. Le formalisme complémentaire avec les organismes de prévoyance.....	270
Section III. Les formalités spécifiques aux accidents du travail ou maladies professionnelles	272
I. La déclaration et la gestion de l'accident du travail	273
II. La reconnaissance des maladies professionnelles : un double régime.....	276
A. La présomption d'imputabilité favorable au salarié.....	277
B. La procédure spécifique hors tableaux.....	279
Conclusion Titre II.....	282
Conclusion Première partie.....	285
Seconde partie.....	287
Les effets de l'arrêt maladie	287
Titre I	289
Un régime en quête d'équilibre	289
Chapitre I	291
Le maintien du lien contractuel	291
Section I. Une simple suspension du contrat de travail.....	292
I. La cessation temporaire de l'exécution du travail.....	293
A. Une déconnexion imposée dans l'intérêt thérapeutique.....	293
1. Une obligation faite à l'employeur	293
2. Une contrainte opposable au salarié.....	295
B. Une possibilité de sollicitation encadrée pour la poursuite de l'activité.....	297
II. Le maintien du lien contractuel	298
A. Une neutralisation partielle des prérogatives contractuelles.....	299
1. L'absence de droit à rémunération	299
2. L'impossible cumul avec le droit de retrait.....	300
B. Une continuité dans la relation juridique	302

1.	La garantie du retour à l'emploi.....	303
2.	L'acquisition des congés payés	304
3.	Le maintien du mandat représentatif.....	307
	Section II. Une exigence de loyauté renforcée pendant la suspension.....	308
I.	Une loyauté contractuelle durant l'arrêt de travail.....	309
A.	L'exercice d'une activité encadrée	309
B.	La sanction triplement conditionnée du salarié.....	311
II.	Une interdiction de concurrence maintenue	313
	Section III. Une garantie à portée limitée	316
I.	Une protection contre les sanctions disciplinaires discriminatoires.....	317
A.	Une protection juridique exigeante	318
1.	Une discrimination en raison de l'état de santé prohibée	319
2.	Une preuve facilitée	321
B.	Des conséquences strictes	322
1.	L'annulation de la sanction disciplinaire.....	323
2.	L'annulation du licenciement fondé sur l'état de santé.....	324
III.	Une faculté de licenciement encadrée	326
A.	L'incapacité	327
B.	La perturbation de l'entreprise	330
1.	Des conditions cumulatives strictes	331
a.	La perturbation du fonctionnement de l'entreprise.....	332
b.	Le nécessaire remplacement définitif du salarié	334
2.	L'importance de la motivation écrite	336
3.	La clause de garantie d'emploi : une limite contractuelle.....	338
C.	Le maintien de causes classiques de rupture.....	339
1.	La faute du salarié	340
2.	L'insuffisance professionnelle.....	341
3.	La suppression de poste pour motif économique.....	343
	Chapitre II.....	345
	La compensation de la perte de salaire	345
	Section I. Un droit à indemnisation sous conditions	347
I.	Une protection sociale publique à l'accès restreint	347
A.	Des conditions tenant à la personne du salarié.....	348
1.	Les conditions lors des six premiers mois d'arrêt du travail.....	349
2.	Le double filtre au-delà de six mois	351
3.	Un régime dérogatoire subsidiaire	353
B.	Des limites attachées à la durée de l'arrêt du travail.....	355

1.	Un accès différé à l'indemnisation.....	356
2.	Une limitation temporelle des droits	358
a.	En cas d'affection ordinaire	358
b.	En cas d'affection de longue durée	359
II.	Une prise en charge complémentaire par l'employeur encadrée	361
A.	L'ouverture du droit au complément soumis à conditions	362
B.	Un montant plafonné et une durée encadrée	364
	Section II. Une compensation financière à la logique duale	366
I.	Des règles distinctes selon l'origine de l'arrêt	367
A.	L'indemnisation de droit commun	367
B.	L'indemnisation en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle	370
II.	Un maintien de salaire sous réserve de garanties contractuelles ou légales.....	371
A.	Le rôle supplétif de l'employeur dans la compensation de la perte de revenus....	372
B.	Le maintien intégral du salaire	374
	Conclusion Titre I.....	377
	Titre II.....	379
	Un régime fragilisé par les mutations contemporaines.....	379
	Chapitre I	381
	La redéfinition nécessaire des contrôles	381
	Section I. Le contrôle des obligations du salarié en arrêt maladie	382
I.	Les obligations du salarié en arrêt maladie	382
A.	Le respect strict de la prescription médicale	383
1.	Le respect des horaires d'autorisation de sortie	383
2.	La limitation des déplacements du salarié en arrêt	384
B.	L'encadrement de l'exercice d'activités pendant l'arrêt	386
C.	La reprise anticipée volontaire en cas d'amélioration de l'état de santé.....	389
II.	Le contrôle de la réalité de la maladie et du respect des obligations	392
A.	La contre-visite employeur	393
1.	L'organisation encadrée de la contre-visite.....	393
2.	La liberté des modalités de contrôle.....	394
3.	L'inefficacité des sanctions pour prévenir les abus.....	397
B.	Le contrôle par la sécurité sociale	399
1.	Des modalités de contrôle inadaptées et tardives.....	400
2.	Des conséquences insuffisantes	401
	Section II. L'instrumentalisation de l'arrêt maladie.....	402
I.	Un outil détourné à des fins politiques	403
A.	L'usage stratégique de l'arrêt maladie à finalité politique	404

B.	La mobilisation des arrêts maladie comme moyen d'engagement collectif	406
II.	Un outil multifonctionnel face aux crises sanitaires : enseignement de la pandémie de Covid-19	409
A.	L'assouplissement des conditions d'accès	410
B.	La simplification des formalités administratives	412
C.	Une protection excessive des salariés aptes à travailler.....	413
Chapitre II.....		417
Le besoin d'accompagnement intégré du salarié.....		417
Section I. L'absence d'accompagnement professionnel du salarié malade		418
I.	Une anticipation inaboutie du retour au travail.....	419
A.	La formation du salarié durant l'arrêt maladie.....	420
B.	La préparation du poste de travail.....	422
1.	Dans le cadre d'une visite de reprise.....	423
2.	En l'absence de visite de reprise	424
II.	Une reprise progressive à démocratiser	425
A.	L'essai encadré avant la reprise effective du travail.....	426
B.	Les modalités d'aménagement du travail.....	428
1.	Le recours au temps partiel thérapeutique	429
2.	L'aménagement par le télétravail	431
3.	Le reclassement interne.....	432
Section II. L'absence d'accompagnement humain du salarié malade.....		434
I.	Une restriction ressentie du pouvoir de direction.....	435
A.	Une contrainte structurelle dans l'organisation du personnel	436
1.	L'impossibilité de gérer le poste du salarié absent.....	436
2.	La dégradation du lien contractuel pendant l'arrêt	438
3.	Le ralentissement de la dynamique collective	440
B.	Un impératif de production fragilisé par l'aléa de l'absence	441
1.	Une désorganisation imprévisible et subie.....	442
2.	Une perte d'efficacité difficilement absorbable	443
II.	Une dualité managériale dans la gestion des absences	445
A.	Une mutation des pratiques managériales vers la défiance.....	445
1.	Le rejet du salariat.....	446
2.	La banalisation des contestations d'arrêts de travail.....	448
B.	L'émergence d'une dynamique de prévention	449
1.	Une écoute renforcée comme levier de performance durable.....	450
2.	La mise en place d'initiatives volontaires de santé au travail.....	452
Conclusion Titre II.....		454
Conclusion Seconde partie		455

Conclusion Générale.....	457
Bibliographie	463
Index	515

