

**PREMIERS ELEMENTS DE REPONSE AUX QUESTIONS AUXQUELLES NE REPOND PAS
LA REFORME 2010/2012 DE LA SANTE AU TRAVAIL.**

Alain Dômont¹

Comme praticien de médecine du travail, l'évolution législative et réglementaire qu'est en train de vivre la spécialité médicale que j'enseigne depuis plus de 35 ans me laisse circonspect.

Fin janvier, nous soulevons plusieurs questions sur la réforme de la médecine du travail. Nous esquissons ci-dessous des pistes de réponses.

PREMIERE PARTIE

Questions relatives à l'ambiguïté du rôle dévolu au médecin du travail dans le décret n° 2012-137.

Dans les services interentreprises, il est demandé aux médecins du travail en charge des surveillances de santé, de piloter conjointement, comme coordonnateurs de l'équipe pluridisciplinaire, les choix sociotechniques de prévention et d'organisation du travail dont la mise en œuvre ultérieure relève de l'employeur :

- a. **Ne met-on pas ainsi les médecins en position d'être cliniquement juges des états de santé dégradés par le travail, tout en étant animateurs des choix (en matière d'hygiène, de sécurité, de conditions de travail) qui visent à « promouvoir la santé des travailleurs au travail » ?**
- b. **Les « services de protection et de prévention (art.7 DC 89²) » et les « services en charge d'assurer les surveillances de santé » (art.14 DC 89) sont deux entités distinctes dans la directive cadre :**

Pourquoi, en 2012, sont-ils différenciés dans les entreprises disposant d'un service autonome de médecine du travail, et plus ou moins fusionnés dans le secteur interentreprises avec les services de « santé au travail », autrefois appelés de « médecine du travail » ?

C'est à l'employeur d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs, non aux médecins.

En France, depuis 1979, les médecins du travail doivent assurer une double mission dans l'entreprise : l'une, clinique, de surveillance des états de santé, l'autre, « ergonomique », en milieu de travail. Leur formation médicale et les connaissances ergonomiques acquises lors de leur spécialisation leur permettent de comprendre la logique d'apparition des maladies professionnelles. A l'issue des « surveillances de santé », ils statuent sur l'aptitude médicale au poste et peuvent proposer des adaptations des conditions de travail.

Initiée il y a plus de 30 ans, cette bipolarité d'exercice (clinique et de tiers temps) se limite encore aujourd'hui trop souvent à la seule dimension clinique. En effet, faute de temps, les actions ergonomiques de prévention auxquelles les médecins devraient participer en milieu de travail se font le plus souvent en dehors d'eux, quand elles se font. La validation systématique et obligatoire des aptitudes médicales, même biennale, ne leur laisse en effet pas suffisamment de disponibilité pour pouvoir valablement investir le champ de l'étude du travail.

¹ Médecin du travail, Professeur des Universités, Faculté de Médecine Paris Descartes, Santé publique-Santé au travail.

² 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.

Ce constat permet de comprendre la nécessité de promouvoir aujourd'hui la santé des travailleurs au travail d'une autre manière. Se mettre en conformité avec ce que l'Europe a prescrit en 1989 constitue donc un vrai challenge. A côté des médecins du travail, il est indispensable que des professionnels de la santé au travail « non médecins » (hygiénistes, psychologues du travail, ergonomes, toxicologues...) soient recrutés, tout particulièrement dans les services interentreprises ; certains d'ailleurs y procèdent déjà. Il faut que la prévention primaire trouve enfin la place qui aurait dû être la sienne dans les entreprises dès 1947.

Les maladies professionnelles sont des maladies imputables à une organisation du travail qui n'est pas toujours à la hauteur des enjeux de santé et à une maîtrise insuffisante des risques professionnels. A ce titre, l'action de prévention sociotechnique devrait être beaucoup plus développée, sans que cela se fasse au détriment de la prévention médicale et du dépistage des maladies professionnelles. Dès lors, la complémentarité professionnelle des médecins et des « non médecins » dans les actions en milieu de travail aurait dû se traduire par un rééquilibrage des responsabilités entre les professionnels concernés, ce que la réforme de 2010/12 n'organise pas, instaurant une coordination « descendante » des médecins aux IPRP³.

La directive du 12 juin 1989⁴ a introduit au niveau européen une clarification que la réglementation française peine ainsi à introduire en milieu de travail. Malgré les tentatives de « transpositions successives » de ce texte⁵, qui se sont échelonnées de 1991 à 2012, le flou persiste toujours sur les rôles revenant respectivement aux employeurs et à leurs délégués, complémentaires à ceux des médecins du travail. Si les premiers sont en charge, avec obligation de sécurité de résultat, de la promotion de la santé des travailleurs, les missions assignées aux médecins sont toujours aussi mal comprises dans notre pays. La principale raison se trouve dans le fait que, dès lors que l'on parle de santé, la Société française entend et comprend « soins et médecins ».

Ainsi, beaucoup de salariés et d'employeurs attendent de l'action de santé au travail qu'elle se focalise sur des visites médicales, comprises, depuis les années 50, comme un droit acquis. Vraie à cette époque, pour une raison relevant de la santé publique (tuberculose), la crispation sociale sur cette orientation initiale est aujourd'hui préjudiciable à la réforme de cet exercice médical. Celui-ci est aujourd'hui encore très centré sur la maîtrise individuelle, plus somatique que psychique, des risques professionnels. Un rééquilibrage de l'action clinique entre médecins et psychologues du travail doit être introduit, ce que la réglementation n'a pas non plus prévu. Le développement des risques psychosociaux le justifierait pourtant.

A un moment où la pluridisciplinarité devrait se traduire par une nouvelle répartition des rôles entre « non médecins » et médecins, il est dorénavant demandé à ces derniers, contre toute logique, de piloter des actions ergonomiques relevant de ces autres professionnels de la santé au travail, à travers la coordination/animation de l'équipe pluridisciplinaire dans les services interentreprises.

L'intervention médicale est, sauf situations particulières de travail (activités de sécurité...), toujours trop tardive « pour éviter les altérations de la santé du fait du travail » pour la prévention desquelles la loi de 1946 missionne la médecine du travail. Depuis lors, les moyens humains indispensables pour que se développe la prévention non médicale en milieu de travail, n'ont toujours pas été clairement différenciés.

³ Intervenant en prévention des risques professionnels.

⁴ 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

⁵ Les pays de l'Union Européenne sont tenus, dans la démarche de transposition législative et réglementaire qui doit être la leur, de ne pas dénaturer les textes princeps. Ils disposent de trois années franches après la promulgation des directives cadres, pour réaliser ce travail juridique.

En général inscrite dans la réparation des maladies professionnelles, la médecine du travail est depuis l'origine focalisée sur la clinique, au détriment de la prévention ergonomique en amont, c'est-à-dire en milieu et au poste de travail. Si la santé au travail concerne bien sûr les médecins du travail, le pilotage des actions pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles de promotion de la santé ne peut être coordonné que par l'employeur ou ses délégataires, en regroupant autour de lui les compétences nécessaires à la promotion de la santé.

Lorsqu'il s'agit d'organiser un système de santé en charge de la délivrance des soins, il est logique que les médecins soient en première ligne. Il leur revient d'assurer le diagnostic des maladies, puis d'organiser les prises en charge thérapeutiques. Il est ici question de la dimension « individuelle » de la santé, mobilisée à la demande d'un patient malade.

La santé au travail est par nature différente. Dans la grande majorité des situations de travail, elle concerne des salariés bien portants que l'on veut préserver des pathologies professionnelles, réparables ou non. Outre ses missions cliniques et ergonomiques, la promotion de la santé, du point de vue de la médecine du travail, revêt deux dimensions d'intervention complémentaires, l'une individuelle, l'autre environnementale et collective.

Si la santé individuelle concerne bien sûr directement le corps médical, la maîtrise préventive et curative des facteurs de risques professionnels relève de la dimension environnementale⁶ de la santé, donc des employeurs, responsables de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail. Ces derniers sont en charge de l'organisation du travail et des conditions de sa réalisation, ce que tout le monde reconnaît, mais ils sont également les premiers responsables de la politique de santé au travail de l'entreprise qu'ils dirigent, ce que tout le monde ne comprend pas, confondant ici médecine et santé.

Ce point de vue européen est encore insuffisamment partagé chez nous ; en attestent les travaux préparatoires à l'élaboration des nouveaux textes. L'intermédiation médicale entre salariés et médecins, introduite il y a plus de soixante ans à travers l'avis d'aptitude médicale au poste, met le projecteur sur l'état de santé du salarié plutôt que sur l'organisation de son travail. Le fait d'avoir abordé a minima cette notion dans les nouveaux textes, alors qu'elle aurait dû être révisée, illustre le déficit de compréhension de ce que représente ce volet environnemental de la santé au travail.

La directive cadre précise d'ailleurs :

Article 5 Disposition générale

« 1- L'employeur est obligé d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects liés au travail ».

Pour mener à bien cette obligation de santé « dans tous les aspects liés au travail », l'employeur doit mettre en place un dispositif lui permettant de recourir à des personnels compétents, dûment formés dans les domaines intéressés par la protection/préservation de la santé au travail. Il s'agira pour lui d'organiser les structures en charge des actions de prévention primaire (art.7 DC). C'est « du travail » et de la maîtrise des risques qu'il est ici question. Le dépistage des altérations de santé des travailleurs (art. 14 DC), pour nécessaire qu'il soit, ne saurait en effet être attendu pour déclencher l'action de prévention sociotechnique.

⁶ Les grands défis de la politique de santé en France et en Europe, Ecologie et santé, A. Dômont, Librairie de Médecis 2003.

L'organisation d'un dispositif « proactif » est indispensable. C'est ce que la directive préconise à travers les services de protection et de prévention. Elle prévoit que l'employeur désigne des salariés pour les actions de prévention primaire collective :

Article 7.1 « L'employeur désigne un ou plusieurs travailleurs pour s'occuper des activités de protection et des activités de prévention des risques professionnels ».

L'Europe distingue ainsi très formellement ce qui relève directement des services en charge des surveillances de santé (art.14 DC) et ce qui n'en relève pas. L'existence de médecins du travail assurant des surveillances individuelles de santé n'est pas évoquée, lorsque la directive traite des services de protection et de prévention. De même, lorsque l'article 5-2 prévoit que l'employeur peut avoir recours à des services extérieurs pour la prévention primaire, aucun renvoi n'est fait vers l'article 14 DC.

Dans l'esprit du législateur européen, médecine du travail et santé au travail ne se confondent pas, d'autant que le partage de responsabilité entre les salariés délégataires et les employeurs ne décharge pas ces derniers de leur responsabilité. Dès lors, il devient évident que lorsque la directive prévoit le recours à un service extérieur, elle ne renvoie pas aux services de médecine du travail, comme le décret de 2012 l'organise dans le secteur interentreprises. En effet, si l'on se réfère au code de déontologie et au code du travail, l'indépendance des médecins du travail leur interdit d'assumer une responsabilité revenant à l'employeur :

Article 5 Disposition générale

« 2- Si un employeur fait appel, en application de l'article 7 paragraphe 3, à des compétences (personnes ou services) extérieures à l'entreprise et/ou à l'établissement, ceci ne le décharge pas de ses responsabilités dans ce domaine. »

L'employeur ne peut ainsi déléguer au médecin du travail la responsabilité d'agir « en son nom », ou pire, « à sa place ».

La politique de santé au travail ne saurait donc « être menée » par des médecins du travail, contrairement à ce que prévoit l'article R. 4624-2. Les missions médicales de type clinique sont distinctes et professionnellement indépendantes des missions ergonomiques, par nature non médicales, ce que la nouvelle réglementation n'a pas su intégrer, particulièrement dans la mise en place d'une pluridisciplinarité « sous contrôle médical ».

A un moment où la démographie médicale aurait dû imposer de recentrer l'activité des médecins du travail sur l'activité clinique de leur « corps de métier », il aurait été souhaitable de repenser, dans l'organisation de notre dispositif de santé au travail, ce qui concerne le volet médical individuel de la santé, et ce qui renvoie au volet collectif de la santé au travail. Il aurait fallu aller plus loin, pour respecter l'esprit de la directive cadre, que le coup de gomme du début des années 2000 remplaçant « médecine du travail » par « santé au travail ».

Le recrutement d'infirmières pour « libérer du temps médical » s'inscrit dans la même erreur originelle, retrouvée à travers toutes les velléités de réforme, bien avant 1979. La médicalisation de notre dispositif de « santé au travail » depuis 1946 est une erreur sanitaire.

Une confusion des lignes hiérarchiques employeurs/médecins du travail et employeurs/IPRP.

Ce sont les compétences professionnelles et la nature de la mobilisation sanitaire qui vont déterminer la qualité du professionnel délégataire de la responsabilité de l'employeur en matière

d'HSCT⁷. Même une vision passéiste de l'omnivalence du diplôme de médecine... du travail n'autorise pas à confondre le rôle des médecins avec celui des délégués de l'employeur ; dès lors, il est réglementairement incohérent de missionner les médecins du travail pour coordonner, dans les services interentreprises, le travail de ces derniers.

Dans la directive comme dans le code du travail, **les actions de maîtrise des risques en amont** des altérations de la santé secondaires aux conditions de travail, sont clairement présentées comme relevant de la responsabilité de l'employeur. Il en est ainsi de la planification de la politique de prévention, de l'identification des dangers et de l'évaluation et de la maîtrise des risques.

- *Dans les entreprises disposant d'un service autonome de médecine du travail :*

Si le médecin du travail est bien un conseiller, il ne saurait de ce fait être habilité à mener les actions sur le milieu de travail. C'est à un service de protection et de prévention qu'il revient de le faire. Pourtant, le décret de 2012, contre toute attente, prévoit que c'est le médecin du travail qui mène l'action :

« Art. R. 4624-2⁸. – *Les actions sur le milieu de travail sont menées :*

« 1° *Dans les entreprises disposant d'un service autonome de médecine du travail, par le médecin du travail, en collaboration avec les services chargés des activités de protection des salariés et de prévention des risques professionnels dans l'entreprise ;* »

Donner au médecin la responsabilité de « mener les actions sur le milieu de travail » place celui-ci dans une position ambiguë. En effet, le rôle que lui assigne la réglementation depuis l'origine est celui de conseiller de l'employeur, des partenaires sociaux et des salariés, non de mener des actions de protection/prévention sur le milieu de travail qui relèvent de la responsabilité des employeurs.

Un conseiller conseille, il peut éclairer les travaux du CHSCT⁹, voire orienter une réflexion, mais il ne peut fonctionnellement être « meneur », sauf à devenir coresponsable des éventuelles conséquences sanitaires dommageables aux travailleurs.

Ce qui est ici problématique, ce n'est pas la coresponsabilité, mais le fait que le médecin soit impliqué, en amont, dans les décisions techniques d'organisation du travail, et, en aval, chargé d'en surveiller les conséquences sur la santé. S'esquisse ici une situation particulière qui met le médecin en position d'être juge et partie.

Avoir mis sous la responsabilité du service de santé au travail des activités en milieu de travail qui relèvent tantôt du « médecin », tantôt des « non médecins », sans clairement différencier celles qui engagent la responsabilité médicale des médecins, c'est organiser la confusion des genres.

« Art. R. 4624-1 – *Les actions sur le milieu de travail s'inscrivent dans la mission des services de santé au travail définie à l'article L. 4622-2. Elles comprennent notamment :*

1° *La visite des lieux de travail ;*

2° *L'étude de postes en vue de l'amélioration des conditions de travail, de leur adaptation dans certaines situations ou du maintien dans l'emploi ;*

3° *L'identification et l'analyse des risques professionnels ;*

4° *L'élaboration et la mise à jour de la fiche d'entreprise ;*

5° *La délivrance de conseils en matière d'organisation des secours et des services d'urgence ;*

⁷ Hygiène/sécurité/ Conditions de Travail.

⁸ Décret no 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail.

⁹ Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

- 6° La participation aux réunions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail;
- 7° La réalisation de mesures métrologiques ;
- 8° L'animation de campagnes d'information et de sensibilisation aux questions de santé publique en rapport avec l'activité professionnelle ;
- 9° Les enquêtes épidémiologiques ;
- 10° La formation aux risques spécifiques ;
- 11° L'étude de toute nouvelle technique de production ;
- 12° L'élaboration des actions de formation à la sécurité prévues à l'article L. 4141-2 et à celle des secouristes. »

Certaines des actions listées ci-dessus concernent le milieu de travail mais aussi la dimension clinique de l'activité du service de santé au travail, à savoir :

- Item n° 2 : l'étude de postes en vue... du maintien dans l'emploi ;
- Item n° 5 : l'organisation des secours ;
- Item n° 6 : la participation du médecin comme personne qualifiée aux réunions du CHSCT ;
- Item n° 8 : le volet médical de l'information due aux travailleurs sur les risques ;
- Item n° 9 : les enquêtes épidémiologiques.

Les 7 autres relèvent de la maîtrise sociotechnique des risques, actions de compétence ergonomique. Elles devraient être menées, dans les entreprises disposant d'un service autonome de médecine du travail, par le service de protection et de prévention. Leur mise en œuvre relève en effet de la responsabilité des employeurs :

- Item n° 1 : la visite des lieux de travail ;
- Item n° 3 : l'identification et l'analyse des risques professionnels ;
- Item n° 4 : l'élaboration et la mise à jour de la fiche d'entreprise ;
- Item n° 7 : la réalisation de mesures métrologiques ;
- Item n° 10 : la formation aux risques spécifiques ;
- Item n° 11 : l'étude de toute nouvelle technique de production ;
- Item n° 12°: l'élaboration des actions de formation à la sécurité prévues à l'article L. 4141-2 et à celle des secouristes.

Le fait d'avoir remplacé dans le code du travail, depuis le début des années 2000, « médecine du travail » par « santé au travail », n'autorise pas pour autant à demander aux médecins d'assurer des missions qui relèvent de la responsabilité directe de l'employeur et de ses délégataires. A terme, ce « contresens » risque d'être préjudiciable à la santé des travailleurs eux-mêmes et à l'analyse des responsabilités respectives des médecins du travail et des employeurs.

- *Dans les entreprises adhérant à un service de santé au travail interentreprises :*

Les actions de maîtrise des risques en amont des événements de santé secondaires aux conditions de travail relèvent de l'employeur de l'entreprise adhérente. Celui-ci doit être en mesure de faire et d'assumer ses choix en matière de promotion de la santé. Un service de prévention et de protection interentreprises qui mutualiserait les moyens d'analyse et d'études serait à même de les y aider. Or aucun dispositif réglementaire de cette nature n'est prévu. Par contre, l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail voit certaines de ses missions relever plus de la protection des salariés et de la prévention des risques professionnels que des surveillances de santé. La réglementation, en demandant au médecin de coordonner cette équipe, l'implique de manière décisionnelle dans la maîtrise sociotechnique des risques.

Dès lors, étant partie prenante de la mise en œuvre des actions de prévention technique, le médecin se retrouve dans une situation qui ne lui permet plus de préserver son indépendance médicale, face aux employeurs et aux salariés.

« Art. R. 4624-2¹⁰. – Les actions sur le milieu de travail sont menées - 2° Dans les entreprises adhérant à un service de santé au travail interentreprises, par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, sous la conduite du médecin du travail et dans le cadre des objectifs fixés par le projet pluriannuel prévu à l'article L. 4622-14 ».

Même s'il est assisté par une infirmière et par un IPRP, la fonction première du médecin du travail est d'assurer les surveillances de santé et le volet médical du maintien dans l'emploi. Dès lors qu'il est en charge aussi du pilotage et de la conduite de la protection/prévention, il se retrouve en position d'être arbitre des choix de prévention, tout en assumant une veille médicale, élément de base du contrôle de l'efficacité de la planification de la prévention.

La directive ayant prévu que l'entreprise puisse recourir à des services extérieurs « de protection et de prévention », ces derniers ne peuvent pas être assimilés à ceux qui assurent les surveillances de santé.

Cette éventualité, si elle avait été envisageable, aurait été spécifiquement inscrite à l'article 7, ce que les rédacteurs de la directive n'ont pas fait. Sur ce point précis, la transposition de la directive par la loi du 20 novembre 2011 organise une vraie confusion des lignes hiérarchiques employeurs/IPRP, et crée un partage de responsabilité HSCT « contre nature » entre employeurs et médecins du travail des services interentreprises.

Aucune hiérarchie clinique ne peut exister entre médecins du travail et employeurs, déontologie médicale oblige. De même entre IPRP et médecins du travail, en raison ici de la délégation de responsabilité de l'employeur aux personnels relevant de la mission de protection et de prévention, ce que sont les IPRP. Considérer que l'intervention des IPRP est une « prescription médicale », comme cela a été envisagé par le Conseil de l'ordre des médecins, lors des journées parlementaires de juin 2010, relève du non sens.

Les actions curatives découlant de la pathologie professionnelle

Les médecins du travail sont, au niveau européen, considérés comme les spécialistes en charge des surveillances de santé. En sus des connaissances médicales qu'ils ont acquises lors de leur cursus de médecine générale, il leur a été enseigné durant leur spécialisation les connaissances cliniques de pathologie professionnelle, médico-légales, ergonomiques, toxicologiques, juridiques, d'hygiène industrielle..., indispensables à la compréhension de l'impact de l'environnement professionnel sur la santé. De ce fait, ils sont à même d'analyser et de comprendre les interrelations santé/pathologies/travail, ce qui ne valide pas pour autant la position qu'on leur attribue dans la santé au travail de 2012.

Ces connaissances, utiles à leur future pratique de médecine du travail, ne les mettent en capacité, ni d'organiser le travail, ni de maîtriser techniquement les risques professionnels : à chacun ses compétences.

Un exemple simple le démontre : que le médecin, sans être ORL, ait la compétence nécessaire pour interpréter des audiogrammes, n'en fait pas pour autant un ingénieur acousticien. Chacun sait que si

¹⁰ Décret no 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail.

l'on veut limiter l'incidence de la surdité professionnelle, c'est à la maîtrise des niveaux d'exposition sonore qu'il faut prioritairement procéder.

Dès lors, médecins et ingénieurs convergent sur la maîtrise des risques professionnels, mais le premier dans une action de vigilance sanitaire (contrôle de l'efficacité du dispositif technique de prévention), alors que le second est en charge de la lutte contre les niveaux sonores excessifs. Ces rôles sont complémentaires, sans hiérarchie possible ; le médecin exerce sous sa propre responsabilité, l'ingénieur intervient comme délégataire de l'obligation de sécurité de résultat opposable à l'employeur.

En conséquence, on est en droit de s'interroger sur la logique qui a poussé l'administration à attribuer aux médecins du travail des fonctions de coordonnateur de l'équipe pluridisciplinaire, lui assignant un rôle plus qu'ambigu dans la mise en œuvre de la politique de santé au travail au sein des entreprises adhérentes du service interentreprises. La seule explication est qu'il y a confusion entre l'exercice de la médecine du travail que l'on connaît depuis 1946 et le développement de la santé au travail, telle que comprise par l'Europe.

Distinguer la prévention médicale et le dépistage de la protection/prévention technique

Dans les suites des surveillances de santé, les missions d'un service médical du travail sont avant tout « de dépistage et de diagnostic », au titre d'une veille sanitaire. Elles sont distinctes des missions ergonomiques préventives et « curatives », dévolues aux autres professionnels de la santé au travail.

L'indépendance clinique du médecin, protégé par un code de déontologie et un statut particulier, est assurée par un cadre réglementaire explicite. Par contre, dans le secteur de l'adaptation du travail, comme dans celui relatif à la maîtrise des risques professionnels, les choses sont plus floues. Si le médecin est habilité à intervenir comme conseiller pour éclairer les débats HSCT, il ne saurait préparer les choix induisant les décisions des employeurs, sans perdre son « équidistance » salariés/employeurs. D'autres déclinaisons de la place du médecin dans l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail existent en Europe. Ainsi, en Italie, le médecin a un rôle de « contrôle-inspection HSCT » dans les entreprises, rôle qui, en France, revient exclusivement au ministère du travail. En Belgique, depuis 1995, le principe d'équidistance est mieux assuré qu'en France entre activités médicales et actions de prévention primaires. Au Royaume-Uni, les médecins interviennent quant à eux dans la « lutte économique contre la réparation » des maladies professionnelles, mais pas dans la prévention de celles-ci.

En matière de pathologie professionnelle, le diagnostic ergonomique visant à lister les risques ne peut se faire sans une participation du médecin du travail, dans la mesure où il dispose du temps nécessaire pour intervenir en milieu de travail, mais dans le strict cadre de son champ d'expertise médicale. Une fois les conseils donnés, la collaboration (Art. R. 4624-2-1°) s'arrête ; il ne lui revient pas de lister les choix relatifs à la prévention collective et à l'organisation du travail, avant que ceux-ci soient soumis à l'employeur. Cette réserve de taille invalide toute justification de la coordination médicale de l'équipe pluridisciplinaire. Le rôle du médecin en matière d'ergonomie est d'apporter à la démarche collective de maîtrise des risques toute la pertinence requise « pour une évaluation médicale optimale des interrelations Homme/tâche », mais rien de plus.

L'action ergonomique curative, « l'adaptation du travail à l'Homme », et la maîtrise sociotechnique préventive des risques professionnels ne peuvent relever que des décisions entrepreneuriales, ce que la loi de 2011 prévoit (article L. 4121-3) mais que son décret d'application relatif à l'organisation réglementaire des services interentreprises ne traduit pas clairement.

Sans entrer dans les détails, nous terminerons en rappelant que l'article D. 4622-29 du décret 2012-137, relatif à la commission médico-technique, qui « ...est constituée à la diligence du président du service. », place le médecin du travail qui y participe dans une position « d'accompagnement » des orientations HSCT des entreprises adhérentes des services. Le médecin ainsi désigné devra être très vigilant sur les conséquences de cette fonction sur son activité clinique. Il veillera notamment à ne pas se mettre, pour les salariés dont il a la charge, dans la situation d'être juge et partie, étant alors en position de délégataire de fait de l'employeur pour des salariés dont il assure les surveillances de santé.

En conclusion

Attribuer aux médecins le pilotage de la prévention technique alors qu'ils assument déjà la responsabilité médicale des surveillances de santé les met en position d'être juges des altérations de la santé, après avoir été partie des décisions validées à partir des actions qu'ils « mènent en milieu de travail » pour lutter contre la pathologie professionnelle.

Cette position réglementaire nouvelle doit être révisée. Elle est déontologiquement inacceptable, éthiquement contestable, et professionnellement risquée.

A suivre

Alain Dômont
Le 29 février 2012