

Le contrôle auquel se livre le médecin du travail est double. Il s'agit d'un contrôle sur la qualité scientifique qui ne doit pas effectivement être sous-estimé, mais également, et cela revêt une très grande importance dans ce cas de figure, d'un contrôle du seul point de vue de la santé du sujet (et non par exemple du point de vue de la productivité ou de la gestion des risques) qui relève à la fois de la déontologie médicale mais aussi de règles de métiers spécifiques, fondatrices d'une éthique professionnelle, véritable déontologie de la médecine du travail.

Le contrôle social du comité d'entreprise ou de l'organisme qui en tient lieu réglementairement s'exerce alors par l'intermédiaire de la responsabilité du médecin du travail. Cela légitime, si il en était besoin, le contrôle qu'il exerce et lui laisse donc le choix des moyens pour l'assumer.

INTERVENTION SUR UNE POPULATION SITUÉE : LE CAS DE LA COOPÉRATION À L'INTÉRIEUR DU SERVICE DE MÉDECINE DU TRAVAIL

Lors de ce premier découpage dans le champ des activités coopératives possibles entre médecins du travail et spécialistes du champ de la santé au travail, celui de la **prévention du point de vue de la santé** et celui de la **gestion des risques**, a été mise en exergue l'importance du contrôle social. Celle-ci va se confirmer lors de l'examen des conditions nécessaires à l'existence des coopérations avec d'autres spécialistes non médecins du travail mais, cette fois-ci, situés eux aussi du côté du champ de la prévention du point de vue de la santé.

Un second découpage concerne la nature des groupes sur lesquels porte l'étude pluridisciplinaire.

Deux situations sont alors à considérer : l'activité coopérative peut s'intéresser à une population particulière **non située** (par exemple celle des opérateurs de saisie sur écran) ou porter sur un groupe bien déterminé **situé** dans une communauté particulière (par exemple celle des opérateurs de saisie de l'entreprise Untel).

Seule la seconde démarche est évoquée avec précision par la note d'orientation du ministère du Travail pour une réforme prochaine de la médecine du travail. Elle précise que les « *experts seront embauchés et travailleront sous la responsabilité des médecins du travail* ». Cette orientation laisse supposer que le rôle de coordination des services de médecine du travail serait confié au médecin du travail. Cela confère-t-il à ces spécialistes, non médecins du travail, les garanties déontologiques et d'indépendance de l'exercice médical dans ce domaine? En pratique, on connaît les pressions que subissent, en réalité, les médecins du travail.

Toutefois l'indépendance du médecin repose pour une part sur la nature médicale c'est-à-dire individuelle de son activité. Elle est aussi fondée réglementairement sur les processus de contrôle social, pour un groupe de salariés identifié.

Il faut à ce sujet rappeler, car on a observé des transgressions, que le véritable contrôle social ne s'exerce pas sur des institutions mais uniquement sur des pratiques individuelles.

Dans le même esprit et pour concourir à leur indépendance, à partir du moment où les experts sont intégrés en permanence au service de santé au travail il serait approprié que leur activité technique personnelle soit contrôlée socialement dans des formes semblables

Ainsi c'est en particulier dans le cadre des CHSCT et, de façon plus formalisée, dans le plan annuel d'activité en milieu de travail, que le médecin, s'appuyant sur des observations faisant appel soit à une clinique particulière, soit à des premières investigations en milieu de travail, va éclairer les débats sur les questions de santé au travail en apportant son témoignage et proposer des démarches d'investigation complémentaire.

La nature de la coordination qu'il pourrait exercer dans le cadre des coopérations avec d'autres spécialistes du champ de la santé au travail doit être précisée.

Les principes fondateurs d'une coordination efficace sont aux antipodes d'une mise sous subordination technique. L'article 68 du Code de déontologie médicale impose à tout médecin de respecter l'indépendance professionnelle des membres des professions de santé. N'est-il pas directement transposable à cette situation ?

Devant le contrôle social le médecin du travail aura donc la responsabilité de la proposition des actions coopératives et de leur coordination lorsqu'elles ont pour sujet un groupe de salariés appartenant à son secteur. Il répond en outre personnellement de son activité de médecin du travail.

Intervention sur une population située : le recours aux spécialistes extérieurs

Le recours à des spécialistes extérieurs ne met pas à l'abri des difficultés. La coopération avec des spécialistes extérieurs peut-elle reposer entièrement sur eux en se fiant, par exemple, à leur réputation scientifique ?

Cela peut conduire à prendre un double risque :

- celui d'un défaut d'éthique de leur interlocuteur qui peut être circonvenu par un employeur abusif (amiante) ou se conformer aux désirs du bailleur de fonds ;
- celui d'une démarche « scientifique » qui s'éloigne de l'attitude professionnelle privilégiant le point de vue de la santé des salariés.

La méconnaissance, l'incompréhension, voire les préjugés vis-à-vis des rapports sociaux peuvent inciter, parfois, à intervenir du seul point de vue qui fournisse une référence directe, celui de la « Science ».

Le choix par le médecin de l'organisme et des spécialistes ne met que partiellement à l'abri du déficit de compétence scientifique mais ne confère aucune autre garantie, en particulier sur le versant de la professionnalité. Le conventionnement s'impose alors dans son intégralité.

INTERVENTION SUR UNE POPULATION NON-SITUÉE : LE RÉSEAU DE SANTÉ PUBLIQUE

La situation est encore plus complexe pour une pluridisciplinarité s'exerçant sur une population non située précisément (par exemple, étude dans le cadre d'un réseau de santé publique) car en fait cette population est la résultante de groupes de salariés identifiés.

Le médecin du travail ne peut donc répondre devant le contrôle social dont il relève que de sa responsabilité personnelle par rapport à la collectivité de travail et celle des études sur la santé au travail qu'il coordonne. Il ne peut répondre de la totalité de l'étude. Il y a ici un déficit de contrôle social.

C'est pourquoi, dans l'esprit de l'article 13 du décret n° 88-1198 du 28 septembre 1988(2) le conventionnement de l'étude par son coordonnateur scientifique dans le cadre du contrôle social de chaque groupe identifié de salariés paraît être indispensable.

Si cette étude se déroulait dans un cadre dépassant une seule entreprise, il serait souhaitable que soit défini une participation des salariés ou de leur représentants au contrôle de l'étude. On peut imaginer que ce contrôle soit confié dans le cas d'une étude régionale ou nationale à des structures du type des Commissions régionales de médecine du travail ou du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels.

POSER LA QUESTION DU FINANCEMENT

La question du financement et de sa gestion devient, à ce stade, incontournable.

Celui qui finance, de nombreux exemples sont disponibles en médecine du travail, prétend, en général avoir un droit de propriété sur les conclusions de l'étude. Il peut par ce biais l'interrompre, l'entraver, en séquestrer ou en transformer la publication. L'affaire récente du devenir de l'enquête INRS sur l'aluminium a défrayé il y a peu la chronique. Accepter que le financement par les employeurs du système de prévention lui confère un droit de gestion exclusif des services de médecine du travail et à travers eux, sur les coopérations qui s'y développent, le place en situation d'être juge et partie. C'est introduire le loup dans la bergerie. Le Comité permanent amiante nous montre que même des syndicalistes peuvent se laisser prendre au piège.

La question de la gestion du financement des coopérations et des réseaux constitue donc une question préalable à toute démarche.

L'avenir de la prévention de la santé au travail est conditionné par l'impérieuse nécessité pour les médecins du travail de travailler en coopération entre eux et avec d'autres spécialistes. La constitution de réseaux et le travail d'élaboration qu'ils permettent sont devenus des passages obligés pour entreprendre un travail coopératif.

Ce travail n'est pas limité à l'abord collectif des questions de santé au travail mais se déroule aussi dans le cadre des pratiques cliniques.

Nous avons exploré ici les conditions pratiques des coopérations avec d'autres spécialistes et la place incontournable du contrôle social dans leur déroulement.

Les avancées dans ce domaine se sont produites à l'initiative des médecins du travail, sans moyen, sans temps, confrontés à l'hostilité de certains employeurs et à l'état de faiblesse entretenu du contrôle social.

Privilégier le travail coopératif naissant de réseaux, entre médecins du travail et spécialistes de ce champ est une urgence. Pour cela des dispositions réglementaires doivent être promulguées. Elles doivent permettre de :

- fournir aux médecins du travail les moyens techniques en particulier en temps pour constituer les réseaux et travailler en coopération,
- leur assurer les moyens de leur indépendance en particulier au plan du financement et de la gestion des services de médecine du travail.
- assurer les conditions réglementaires et pratiques d'un contrôle social recentré sur la représentation des salariés.

Si les déclarations de principe n'étaient pas suivies de décisions qui aillent dans ce sens, il faudrait en conclure qu'aucune volonté politique réelle n'était présente. En cas d'aggravation des indicateurs, les victimes pourraient alors mettre légitimement en cause la responsabilité de la représentation nationale.

Alain Carré



2 - « À titre expérimental et en vue de développer les actions que le médecin du travail conduit sur le milieu de travail dans les domaines mentionnés aux articles R. 241-41 (1°, 2°, 3°) et R. 241-58 du Code du travail, des conventions peuvent prévoir le recours, sous le contrôle du médecin du travail, à des personnes ou des organismes, publics ou privés, spécialement qualifiés en matière de prévention des risques professionnels, de sécurité ou de conditions de travail.

Ces conventions sont passées, après consultation, selon les cas, du comité d'entreprise ou de l'organisme de contrôle mentionné à l'article R. 241-14, entre d'une part, l'employeur ou le président du service médical du travail interentreprises et, d'autre part, les organismes ou personnes mentionnés à l'alinéa qui précède. Le ou les médecins du travail concernés ou, le cas échéant, le ou les délégués des médecins du travail mentionnés à l'article R. 241-27 sont associés à la préparation de la convention.

Les modalités selon lesquelles la convention peut recevoir application dans une entreprise adhérente sont précisées par le document prévu à l'article R. 241-25 du Code du travail ».