



**HAL**  
open science

# Les coopérations des professionnels de santé en matière de santé au travail

Stéphane Brissy

► **To cite this version:**

Stéphane Brissy. Les coopérations des professionnels de santé en matière de santé au travail. Droit.  
Nantes Université, 2024. tel-04828418

**HAL Id: tel-04828418**

**<https://nantes-universite.hal.science/tel-04828418v1>**

Submitted on 10 Dec 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# HABILITATION A DIRIGER DES RECHERCHES HDR

NANTES UNIVERSITE

Spécialité : Droit privé et sciences criminelles

Par

**Stéphane BRISSY**

## **Les coopérations des professionnels de santé en matière de santé au travail**

**Travaux présentés et soutenus à Nantes le 4 avril 2024**

**Unité de recherche : Droit et changement social UMR CNRS 6297**

### **Rapporteurs avant soutenance :**

Sophie FANTONI-QUINTON Professeure de médecine du travail, Praticien hospitalier, Université de Lille

Loïc LEROUGE Directeur de recherches CNRS, Porteur de la Chaire internationale d'études comparées de la santé au travail, Université de Bordeaux

Pierre-Yves VERKINDT Professeur émérite, Université de Paris 1 Panthéon Sorbonne

### **Composition du Jury :**

Maryse BADEL Professeure, Université de Bordeaux

Marion DEL SOL Professeure, Université de Rennes

Sophie FANTONI-QUINTON Professeure de médecine du travail, Praticien hospitalier, Université de Lille

Franck HÉAS Professeur, Nantes Université

Loïc LEROUGE Directeur de recherches CNRS, Porteur de la Chaire internationale d'études comparées de la santé au travail, Université de Bordeaux

Pierre-Yves VERKINDT Professeur émérite, Université de Paris 1 Panthéon Sorbonne

**Titre : Les coopérations des professionnels de santé en matière de santé au travail**

**Mots clés :** professions de santé, coopération, protocole, compétences, prévention, risques

Le travail en santé est appelé à devenir plus coopératif, bien que son organisation juridique favorise initialement des activités professionnelles segmentées. Les professionnels de santé au travail, et intervenants n'ayant pas la qualité de professionnels de santé, sont eux aussi visés par des frontières de compétence parfois très strictes. Des dispositifs de coopération entre professionnels peuvent néanmoins modifier les répartitions de compétences en vue d'améliorer la santé des personnes, notamment des travailleurs. Dans les services de prévention et de santé au travail, la prévention primaire des risques et la promotion de la santé, ainsi que les pénuries d'effectifs, peuvent être mises en relation avec l'essor de la pluridisciplinarité et des délégations d'activité. Ces évolutions juridiques s'inscrivent même dans un mouvement plus large vers un travail collaboratif en santé prenant appui sur différents outils, tels que les protocoles de coopération. Il peut en résulter une reconnaissance accrue de certaines professions, les infirmiers notamment, en faisant évoluer leur autonomie et leur parcours professionnel. Une certaine unité du droit des professions de santé peut également en ressortir. Le droit de la santé au travail peut être l'un des révélateurs de ce mouvement. Les perspectives de coopération doivent toutefois rester indissociables de l'objectif d'amélioration de la santé, lequel suppose de préserver les spécificités et principes essentiels du droit de la santé au travail.

---

**Title : Cooperation of health professionals in matters of occupational health**

**Keywords :** health professionals, cooperation, protocol, skills, prevention, risks

Health work is expected to become more cooperative, although its legal organization initially favors segmented professional activities. Occupational health professionals, and those who are not qualified as health professionals, are also subject to sometimes very strict boundaries of competence. Cooperation mechanisms between professionals can nevertheless modify the distribution of skills with a view to improving the health of people, particularly workers. In occupational prevention and health services, primary risk prevention and health promotion, as well as staff shortages, can be linked to the growth of multidisciplinary and delegation of activity. These legal developments are even part of a broader movement towards collaborative work in health based on different tools, such as cooperation protocols. This may result in increased recognition of certain professions, nurses in particular, by developing their autonomy and their professional career. A certain unity of health professions law can also emerge. The occupational health law at work can be one of the indicators of this movement. The prospects for cooperation must, however, remain inseparable from the objective of improving health, which presupposes preserving the specificities and essential principles of the occupational health law.

Les coopérations des professionnels de santé en matière de santé au  
travail

-

Volume de synthèse et projet de recherche en vue de la soutenance  
de l'habilitation à diriger des recherches

Stéphane BRISSY  
Maître de conférences à Nantes Université  
Droit et changement social – UMR CNRS 6297

### **Travaux présentés à l'appui de l'étude (textes figurant en annexe du document) :**

- Les échanges d'informations relatives à la santé du salarié, *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 2023, n°36, pp. 134-138.
- La délégation des missions du médecin du travail, *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 2022, n°35, pp. 160-163.
- Le devoir de confraternité des professionnels de santé, *Revue de droit sanitaire et social*, 2022, n°5, pp. 896-909.
- Amplifier l'évolution du droit des professions de santé, *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 2022, n°33, pp. 21-27.
- Les délégations de tâches et de compétences entre professionnels de santé, *La Revue des juristes de Sciences Po*, n°21, juin 2021, 12, pp. 1-6.
- L'exposition des salariés aux risques professionnels et la responsabilité de l'employeur, *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 2020, n°26, pp. 126-129.
- Les qualifications et parcours des professionnels de santé saisis par le droit, *Qualification et parcours, qualification des parcours, Céreq Échanges*, n°10, sept. 2019, pp. 189-200.
- La régulation des professions de santé en France, *Revista de Direito sanitario*, São Paulo, v. 19, n°2, 2018, pp. 156-176.
- 2006-2026 - La réorganisation des professions de santé, *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie* 2017, n°15, pp. 15-18.
- Professions de santé, dans *La loi santé. Regards sur la modernisation de notre système de santé*, A. Laude, D. Tabuteau (dir.), Presses de l'EHESP, 2016, pp. 313-354.
- Les évolutions dans l'exercice groupé des professions de santé, *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, n°4, pp. 583-590.

# Table des matières

<b>Volume de synthèse .....</b>	<b>8</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>8</b>
1- La division du travail en santé .....	9
2- La médecine et la médecine du travail.....	11
3- Les coopérations professionnelles .....	12
4- Une organisation commune en question .....	13
<b>Première partie– Les coopérations à l’épreuve des compétences des professionnels de santé .....</b>	<b>16</b>
<b>Section 1 – Les évolutions dans la répartition des compétences des professionnels de santé.....</b>	<b>16</b>
<b>I - La logique dérogatoire dans la détermination des compétences.....</b>	<b>16</b>
A – Les fondements et manifestations d’une organisation juridique .....	17
B – Une logique transposée à la santé au travail .....	19
<b>II - Les délégations d’activité .....</b>	<b>21</b>
A - L’apparition des délégations dans le domaine de la santé.....	21
B - Le recours à la délégation protocolisée .....	22
C – Une répartition des compétences modifiée.....	24
1- Un transfert de pouvoir .....	24
2- La mise en œuvre de la délégation .....	26
D – Le contrôle de l’organisation.....	27
1- Le contrôle par le délégant.....	27
2- Le contrôle par des organismes extérieurs .....	28
E - Les responsabilités .....	29
<b>III - L’organisation d’un travail collectif en santé .....</b>	<b>30</b>
A – Le développement de structures collectives.....	30
B – Un travail pluridisciplinaire.....	31
<b>Section 2 : L’évolution des positions professionnelles des professionnels de santé et de santé au travail .....</b>	<b>34</b>
<b>I – L’autonomie des professionnels de santé et de santé au travail.....</b>	<b>35</b>
A – L’autorité technique du médecin .....	35
1- Les auxiliaires médicaux .....	35
2- L’autorité du médecin du travail .....	37
<b>B – Le développement de l’autonomie de la profession infirmière. ....</b>	<b>39</b>

1- Le rôle propre .....	39
2- L'exercice en pratique avancée.....	41
3- L'accès direct à certains professionnels .....	43
<b>II – Les parcours des professionnels de santé.....</b>	<b>44</b>
A – La nécessité de la qualification professionnelle.....	45
1- L'indispensable formation.....	45
2- Le contrôle.....	47
B - L'évolution des connaissances et compétences .....	48
1- Les obligations générales .....	48
2- Une évolution facilitée vers les services de prévention et de santé au travail.....	51
<b>Deuxième partie : La santé des travailleurs comme objet du travail coopératif .....</b>	<b>55</b>
<b>Section 1 : Un travail collaboratif en phase avec les évolutions du droit de la santé au travail ...</b>	<b>55</b>
<b>I –Une conception élargie de la santé au travail propice aux coopérations.....</b>	<b>56</b>
A – La protection de la personne des travailleurs .....	56
B – La recherche d'une charge de travail raisonnable .....	60
C – La place de l'exposition aux risques professionnels dans le droit de la santé au travail ....	63
1- Une prise en compte du travail réel.....	63
2- L'exposition aux risques professionnels et la responsabilité de l'employeur .....	66
<b>II – L'association entre prévention et coopération dans les missions des services de prévention et de santé au travail .....</b>	<b>68</b>
A – Une analyse du travail nécessitant un champ d'action étendu .....	68
B – Un champ d'action impliquant des coopérations .....	70
1- L'appel à la pluridisciplinarité.....	71
2- Le rôle accru donné aux infirmiers en santé au travail .....	73
3- La coopération par l'information .....	74
<b>Section 2 : Le rapprochement entre santé publique et santé au travail par les coopérations professionnelles.....</b>	<b>76</b>
<b>I – Les partages d'informations à l'extérieur des services de prévention et de santé au travail .....</b>	<b>76</b>
A – La faculté d'accéder aux informations .....	77
1- La pertinence de la circulation d'informations .....	77
2- Une règle générale limitant le partage d'informations.....	78
3- Le partage entre professionnels de santé au travail et professionnels de santé.....	79
B – Le respect du secret .....	80
<b>II – La participation à des actions communes.....</b>	<b>82</b>
A – Des actions de santé publique aux actions de coopération spécifiques.....	83

1-	Les ambiguïtés du rapprochement entre santé publique et santé au travail .....	83
2-	Les hypothèses de coopération prévues par la loi .....	86
3-	La prévention de la désinsertion professionnelle .....	87
B –	Les ressources du devoir de confraternité .....	89
1-	Un devoir commun à tous les professionnels de santé .....	89
2-	Le recours au professionnel compétent.....	90
3-	L’absence d’entrave à l’action d’un autre professionnel .....	91
<b>Projet de recherche : Les perspectives de régulation des professions de santé au regard de leurs missions .....</b>		<b>94</b>
I –	Les missions des professionnels de santé comme critère de leur définition .....	95
A -	Les références existantes aux missions.....	95
B –	Des évolutions à envisager .....	96
II –	De nouvelles professions de santé ? .....	97
III –	Les usages des domaines de compétence par leurs acteurs .....	99



# Volume de synthèse

## Introduction

**1.Travail individuel et collectif.** Le « colloque singulier » entre médecin et patient a été conçu et perçu comme un principe structurant de la médecine libérale. On ne peut pour autant en déduire que le travail en santé est organisé autour d'une dichotomie entre un exercice libéral exclusivement individuel et un exercice collectif cantonné au travail en établissement. Non pas que l'exercice individuel ait disparu ou qu'il ne puisse en réalité être synonyme d'isolement. Mais sous des formes diverses, y compris pour un professionnel exerçant seul en cabinet, le travail coopératif est fréquemment mis en avant, dans des rapports<sup>1</sup> ou des textes conventionnels<sup>2</sup> notamment, comme une évolution en cours, pertinente voire nécessaire pour le système de santé. La régulation des professions de santé se transforme depuis quelques années dans ce sens.

L'adoption de la charte de la médecine libérale en 1927 consacre, par refus d'intégration à la protection sociale, le caractère strictement individuel de la pratique médicale<sup>3</sup>. Mais bien que les libertés professionnelles des médecins soient toujours affirmées par l'article L 162-2 du code de la sécurité sociale<sup>4</sup>, les transformations du système de santé restent possibles.

---

<sup>1</sup> Y. Berland, *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*, Rapport remis au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, oct. 2003 ; C. Evin, *Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques*, Rapport du groupe de travail pour la HAS, oct. 2007 ; HAS-ONDPS, *Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?*, Recommandation, avr. 2008 ; L. Henart, Y. Berland, D. Cadet, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, rapport au Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, à la Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et à la Secrétaire d'Etat chargée de la santé, janv. 2011 ; C. Génisson, A. Milon, *Coopération entre professionnels de santé*, Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales du Sénat, 28 janv. 2014.

<sup>2</sup> V. l'accord cadre interprofessionnel UNPS-UNCAM du 10 avril 2018 (JORF 7 avr. 2019) et l'accord conventionnel interprofessionnel entre UNCAM, organisations syndicales et organismes gestionnaires de centres de santé, en faveur du déploiement des Communautés territoriales professionnelles de santé du 20 juin 2019 (JORF 24 août 2019).

<sup>3</sup> P. Hassenteufel, *Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire*, *Les Tribunes de la santé* 2008/1 (n° 18), pp. 21-28.

<sup>4</sup>« Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 ».

Exercice coordonné, coopérations, travail en commun, collaborations, le champ sémantique est vaste pour exprimer des volontés similaires de différents acteurs : améliorer l'articulation entre les intervenants dans le système de santé pour que la prise en charge des patients s'améliore. Des maladies chroniques en développement, des effectifs professionnels et un accès aux soins déclinants, des revendications de reconnaissance professionnelle persistantes expliquent à cet égard l'attention portée aux coopérations en santé. Une logique de parcours permettant une prise en charge globale des personnes à différents moments et par différents intervenants implique que ceux-ci se coordonnent.

Pourtant la division du travail en santé peut s'opposer à une conception des coopérations orientée sur un partage de tâches médicales, alliant travail en commun et reconnaissance professionnelle.

#### 1- La division du travail en santé

**2. Le monopole médical.** Cette division opérée autour du monopole médical, et ayant longtemps relégué les autres métiers à des fonctions d'assistance, se retrouve dans les lignes directrices du droit des professions de santé. L'organisation juridique du travail en santé met en effet en place une segmentation entre professionnels, laquelle ne facilite pas le développement de prises en charge globales coordonnées.

La division du travail en santé apparaît sur plusieurs plans. La division originelle concerne les médecins et les non-médecins. Les textes du code de la santé publique, et du code de la sécurité sociale ont créé un « *glacis juridique* »<sup>5</sup> entre la profession médicale et les autres professions de santé, reprenant ainsi une division du travail médical ancrée culturellement. Aux médecins est attribué le monopole des soins, les métiers paramédicaux ayant quant à eux pour rôle d'assister le médecin<sup>6</sup>. Les professionnels de santé n'étant pas médecins interviennent ainsi par dérogation à ce monopole. Par contagion, cette logique dérogatoire construit des frontières entre les professions de santé dont le travail est segmenté de manière générale, et pas uniquement dans leurs rapports avec les médecins.

**3. Professionnels de santé et travailleurs en santé.** La traduction juridique de la division du travail se retrouve également dans la distinction entre les professionnels de santé et les autres travailleurs de la santé. Ces derniers, les ostéopathes ou chiropracteurs par exemple, interviennent sur la santé des personnes mais ne sont pas inclus dans la catégorie des professions de santé visées par le code de la santé publique. Les professionnels de la santé sont parfois appréhendés de manière large, au-delà des catégories du code de la santé publique<sup>7</sup>. Mais nous retiendrons ici sous la dénomination de professionnels de santé les personnes exerçant une profession de santé reconnue comme telle en droit français, à la fois par souci de clarté terminologique et en raison des distinctions opérées par les textes

---

<sup>5</sup> D. Tabuteau, Pouvoirs publics et professions de santé, *Les Tribunes de la santé* 2010/1 (n°26), p. 110.

<sup>6</sup> E. Freidson, *La profession médicale*, Payot, 1984, p. 58.

<sup>7</sup> M. L. Moquet-Anger, Professions et professionnels de santé, *RDSS* 2022, p. 99.

législatifs et réglementaires entre les professionnels de santé et les autres personnels de santé.

Le champ des professions de santé en droit français ne vise pas tous les travailleurs en santé. Ne sont, en droit français, des professions de santé que celles qui sont visées dans la quatrième partie du Code de la santé publique<sup>8</sup>, lequel code ne donne par ailleurs aucune définition des professions de santé. Cette qualification est parfois perçue comme restrictive au regard du concours apporté par certaines professions à la santé humaine et de l'importance prise par l'encadrement de leur qualification et les règles éthiques et déontologiques<sup>9</sup>.

Il est ainsi difficile d'établir une notion juridique de profession de santé, et plus encore d'en retenir une définition unitaire au niveau international<sup>10</sup>. Plusieurs caractéristiques communes à différents États européens peuvent cependant être dégagées : la qualification rendant apte le professionnel à exercer son métier ; les actes ou domaines d'action de la profession ; les missions de la profession dans le système de santé<sup>11</sup>. L'Allemagne est un exemple de système donnant à la qualification professionnelle une importance prédominante dans la définition d'une profession, laquelle dépend ainsi du titre, des formations complémentaires, de validations et certifications diverses. Le droit français accorde une importance essentielle aux critères de la qualification et des actes, certaines professions voyant leur domaine d'action précisément encadré dans une liste d'actes. D'autres États tels que le Royaume-Uni et l'Espagne font davantage le lien entre la qualification professionnelle et les missions des professionnels de santé, définies plus largement que par référence à des actes précis.

De manière générale, une profession de santé est « *caractérisée par l'obtention de titres sanctionnant une formation obligatoire réglementée, qui autorise son titulaire à accomplir des tâches ou à exercer dans un domaine d'activité, en relation plus ou moins explicite avec les missions du système de santé*<sup>12</sup> ». Les développements qui vont suivre seront principalement axés sur les professionnels de santé, leur organisation juridique étant au cœur de la réflexion. D'autres travailleurs de la santé seront néanmoins intégrés à cette étude dans la mesure où les coopérations peuvent amener à les impliquer.

**4. La segmentation intra-professionnelle.** La segmentation du travail en santé prospère enfin au sein même d'une profession de santé puisque ces professions se spécialisent, et parfois même se divisent dans leur culture et leurs revendications. La profession médicale par exemple n'est pas une et indivisible mais plutôt fragmentée en plusieurs spécialités dont les domaines d'action sont différenciés. Le code de la santé publique va même jusqu'à autoriser

---

<sup>8</sup> Les professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes), les pharmaciens, les auxiliaires médicaux.

<sup>9</sup> M. L. Moquet-Anger, *op. cit.* ; F. Violla, La déontologie des professions de santé, *RDSS* 2018, p. 37.

<sup>10</sup> C. Roynier, *Les professionnels de santé en Europe : contribution à une définition unitaire*, *Les Tribunes de la santé* n°48, 2015, p. 33 ; A. Laude, C. Roynier et D. Tabuteau, *Les professionnels de santé en Europe. La notion de profession de santé*, e-book Institut Droit et Santé, Université Paris Cité :

<https://institutdroitsante.fr/publications/publications-ids/ebook/les-professionnels-de-sante/>

<sup>11</sup> *Ibid.*

<sup>12</sup> C. Roynier, *op. cit.*, p. 37.

un professionnel de santé ressortissant d'un État membre de l'Union Européenne à exercer partiellement une profession de santé en France<sup>13</sup>. Appelé à se prononcer sur la compatibilité de ces dispositions avec le droit constitutionnel à la protection de la santé, le Conseil d'État a souligné que cet exercice partiel est juridiquement possible notamment parce que les professions de santé ne forment pas nécessairement des ensembles indivisibles<sup>14</sup>. Cette fragmentation professionnelle rejoint notamment la distinction entre médecine et médecine du travail, extensible aux rapports entre santé au travail et santé publique.

2- La médecine et la médecine du travail

**5. L'autonomie et l'évolution de la médecine du travail.** Des pratiques diverses cohabitent souvent au sein d'une seule et même profession<sup>15</sup>. Certaines séparations intra-professionnelles sont parfois très nettes, comme l'illustre la situation de la médecine du travail au sein de la médecine dans son ensemble. Médecine uniquement préventive, la médecine du travail est distincte de la médecine curative dont elle reste marginalisée.

L'État ne s'est pas toujours préoccupé de la médecine du travail<sup>16</sup> et les risques professionnels ont longtemps été déconsidérés par une partie importante du corps médical voyant dans les problèmes de santé des ouvriers avant tout les conséquences d'une hygiène de vie<sup>17</sup>. L'émergence d'une médecine sociale au cours du dix-neuvième siècle, accentuée au début du vingtième, a mis en évidence les liens entre médecine et travail, développant une branche spéciale de la médecine<sup>18</sup>. Des textes spécifiques à la médecine du travail ont ainsi été adoptés, le texte fondateur étant la loi du 11 octobre 1946<sup>19</sup> sur l'organisation des services médicaux du travail, suivie par un décret du 26 novembre 1946<sup>20</sup>. Généralisant et imposant les services médicaux du travail, ces textes reprennent la finalité exclusivement préventive de la médecine du travail et la spécialisation du médecin du travail, interdit de pratiquer la médecine de clientèle courante. Aujourd'hui la question de la place de la médecine du travail est toujours soulevée, en partie dans les relations entre professionnels de santé. Dans la lignée de la convention de l'organisation Internationale du Travail (OIT) n°155<sup>21</sup>, la convention OIT n°161 du 25 juin 1985 sur les services de santé au travail dispose que la charge de conseiller l'employeur sur les questions d'adaptation du travail aux capacités des travailleurs doit être confiée aux services de santé au travail. L'obligation de mettre en place un service dédié à la protection de la santé et à la prévention des risques professionnels apparaît également dans

---

<sup>13</sup> CSP art. L 4002-3 et s.

<sup>14</sup> CE, 25 oct. 2018, n°417011.

<sup>15</sup> F. Champy, *La sociologie des professions*, Puf, 2<sup>e</sup> éd., 2012, pp. 95-142.

<sup>16</sup> S. Buzzi, J. C. Devinck, P. A. Rosental, *La santé au travail. 1880-2006*, La Découverte, coll. Repères, pp. 62-63.

<sup>17</sup> P. Davezies, Tensions et orientations du système français de santé au travail, *Santé, Société et Solidarité*, n°2, 2006, Santé et travail, pp. 23-32.

<sup>18</sup> F. Lekéal, Entre médecine sociale et médecine du travail, *RDSS* 2014, pp. 239-250.

<sup>19</sup> Loi n°46-2195, JORF 12 oct. 1946, p. 8638.

<sup>20</sup> D. n°46-2729, JORF 30 nov. 1946, p. 10191.

<sup>21</sup> Convention OIT sur la santé et la sécurité des travailleurs, 26 juin 1981.

la directive cadre du 12 juin 1989<sup>22</sup>, transposée ensuite dans la loi française. Plusieurs rapports<sup>23</sup> ont toutefois souligné les difficultés de la médecine du travail à faire face aux besoins de santé, à l'objectif d'une prévention collective des risques et à la pénurie d'effectifs. Les réformes ne sont plus rares dans ce domaine. La loi du 17 janvier 2002<sup>24</sup> réaffirmant le rôle de la médecine du travail dans la prévention des risques y apporte quelques modifications et renomme les services en services de santé au travail. Le service médical du travail n'est plus la dénomination adéquate car l'équipe de santé au travail n'est pas composée uniquement de médecins. Complétant cette idée, le décret n° 2003-546 du 24 juin 2003<sup>25</sup> a introduit l'obligation de faire appel à des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP). On retrouve cette idée quelques années plus tard lorsque l'équipe assurant les missions du service interentreprises est qualifiée d'équipe pluridisciplinaire de santé au travail. Ces termes sont bien insuffisants à eux seuls pour développer les coopérations entre membres de l'équipe mais le régime juridique évolue. La loi du 8 août 2016<sup>26</sup> puis surtout la loi du 2 août 2021<sup>27</sup>, et ses décrets d'application, ont apporté de nouvelles modifications en la matière. De nombreuses questions demeurent et les coopérations entre professionnels peuvent en constituer un angle d'analyse.

### 3- Les coopérations professionnelles

**6. Coopérer.** La coopération désigne une « *action de participer (avec une ou plusieurs personnes) à une œuvre ou à une action commune* »<sup>28</sup>. Plusieurs déclinaisons peuvent être données à cette définition générale selon le domaine envisagé, mais les caractéristiques d'échanges, de discussions, de but commun, voire de loyauté constituent l'essence d'une action coopérative.

La volonté d'en faire ici un objet d'étude appliqué aux relations entre professions de santé en matière de santé au travail vient d'un constat récurrent de séparation parfois excessive entre professions, ainsi qu'entre santé au travail et santé publique, parfois en contradiction avec des besoins de coopération exprimés eux aussi fréquemment.

**7. Des évolutions pour l'ensemble des professions de santé.** Le domaine de la santé au travail, souvent circonscrit à l'entreprise, amène généralement à la dissocier de la santé publique, malgré des liens très nets. Plusieurs mécanismes et principes essentiels sont propres à la santé

---

<sup>22</sup> Dir. 89/391 CE, JOCE L183, 29 juin 1989.

<sup>23</sup> C. Aubin et al., *Le bilan de réforme de la médecine du travail*, IGAENR-IGAS, oct. 2007 ; C. Dellacherie, P. Frimat, G. Leclercq, *La santé au travail : visions nouvelles et professions d'avenir*, Rapport remis aux Ministre du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Ministre de la Santé et des Sports, avr. 2010 ; M. Issindou et al., *Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail »*, mai 2015.

<sup>24</sup> Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, JORF 8 janv. 2002.

<sup>25</sup> JORF 26 juin 2003.

<sup>26</sup> Loi n°2016-1088, JORF 9 août 2016.

<sup>27</sup> Loi n°2021-1018, JORF 3 août 2021.

<sup>28</sup> Selon la lexicographie du Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL).

au travail, tels celui d'adaptation du travail à l'homme et les nombreuses formes que prend l'obligation générale de prévention de l'employeur. Le système de santé et le système de santé au travail ne sont cependant pas en totale disharmonie<sup>29</sup> et des principes communs dans la régulation des professions de santé apparaissent. Le choix d'étudier les coopérations des professionnels de santé sous le prisme de la santé au travail vise à alimenter la réflexion sur cet équilibre entre unité et spécificités des professions de santé, ainsi que sur leur place dans le droit de la santé au travail.

Les professionnels de santé et de santé au travail se rejoignent non seulement par cet objet de travail qu'est la santé mais aussi par des questionnements juridiques communs. Faisant parfois l'objet de préconisations précises<sup>30</sup>, des évolutions juridiques effectives ou potentielles y sont à l'œuvre. Les évolutions du droit des professions de santé relèvent cependant bien souvent d'un droit souple mettant l'accent sur une régulation par l'incitation et ne modifiant pas les principes structurants du droit des professions de santé<sup>31</sup>. Les évolutions juridiques visent ainsi surtout à répondre à des difficultés d'effectifs ou de gestion de crise sans transformer le droit en profondeur<sup>32</sup>. L'organisation des services de prévention et de santé au travail subit elle aussi ces tiraillements entre changements correctifs et recherches de transformations profondes. Certaines réformes, notamment la loi du 2 août 2021, procèdent à des modifications importantes des textes. Mais l'organisation juridique des professions de santé au travail ne dépend pas uniquement des retouches apportées au code du travail.

#### 4- Une organisation commune en question

**8. Une structure commune.** Les prérogatives et modes de fonctionnement des acteurs de la santé au travail sont imprégnés de l'objectif de prévention des risques professionnels, pendant que la santé publique intègre à la fois la prévention et le soin. Mais les différences qui caractérisent santé au travail et santé publique doivent-elles conduire à envisager de manière indépendante la régulation des professionnels de santé qui y sont intéressés, au point peut-être même d'y voir des principes de fonctionnement différents ? La question mérite d'être posée car si ces deux périmètres de la santé semblent parfois constituer des champs disciplinaires bien distincts, ils restent indissociables tant la santé du salarié reste bien, elle, une et indivisible. Sur un plan juridique, la perspective d'un travail collaboratif entre professionnels de santé permet de dégager des points de convergence et même une matrice commune aux règles encadrant l'activité des professionnels de santé.

---

<sup>29</sup> M. Caron, Le système de santé au travail : vers la fin d'une exception, *RDSS* 2014, p. 275.

<sup>30</sup> N. Bohic, A. Josselin, A.C. Sandeau-Gruber, H. Siahmed, *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé*, IGAS, nov. 2021 ; C. Isaac-Sybille, *L'organisation des professions de santé : quelle vision dans 10 ans et comment y parvenir ?*, Rapport d'information pour la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, 7 juill. 2021.

<sup>31</sup> HCAAM (A. S. Ginon, M. Del Sol, J. Houldsworth (dir.)), *Les dispositifs juridiques d'organisation des professions de santé et leur évolution (hors cadre hospitalier)*, févr. 2023, 92 p.

<sup>32</sup> *Ibid.*, pp. 7 et 10.

**9. Des évolutions et interrogations similaires.** Les récents changements législatifs et réglementaires qu'a connus le droit de la santé au travail par la loi du 2 août 2021<sup>33</sup> et ses décrets d'application, textes faisant eux-mêmes suite à l'accord national interprofessionnel pour une prévention renforcée et une offre renouvelée en matière de santé au travail et de conditions de travail du 9 décembre 2020, ont de nouveau mis l'accent sur la nécessité d'accentuer la démarche de prévention des risques professionnels et de privilégier la prévention primaire, le plus en amont possible des risques. La mobilisation de plusieurs acteurs de qualifications différentes souvent désignée sous le terme de pluridisciplinarité est une voie explorée depuis plusieurs années et toujours d'actualité. La couverture des besoins de santé, en général comme en santé au travail, par les professionnels de santé est percutée par les problèmes de démographie des professionnels de santé et par les lacunes d'un exercice individuel, médico-centré et très segmenté des activités professionnelles en santé. Tout comme le code du travail a vu apparaître les termes d'équipe pluridisciplinaire en santé au travail<sup>34</sup>, le code de la santé publique contient plusieurs dispositions relatives à des services collectifs de santé tels des réseaux de santé<sup>35</sup>, des centres de santé<sup>36</sup>, des maisons de santé pluriprofessionnelles<sup>37</sup> et plus récemment des équipes de soins<sup>38</sup> et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)<sup>39</sup>. L'organisation des compétences reste très centrée sur le monopole médical autour duquel gravitent des compétences dérogatoires mais tend à évoluer vers un travail plus collaboratif. Les voies du travail en commun se développent, mais posent inévitablement des questions relatives au domaine d'action des uns et des autres, à l'articulation de leurs interventions et à leur autonomie dans l'exercice de leur activité, ainsi qu'à leurs devoirs déontologiques.

Une réflexion sur ce sujet nécessite également de s'interroger sur la définition même des professions de santé. Certains travailleurs de la santé ne sont pas juridiquement considérés comme professionnels de santé, tout en étant amenés à intervenir sur la santé des personnes. Ils ne seront pas ignorés dans cette étude bien qu'ils ne soient pas nécessairement inclus dans certains principes communs applicables aux professions de santé.

Malgré ses particularités, le droit de la santé au travail s'insère dans un système de santé qui repose sur des principes juridiques applicables à des champs de la santé envisagée aussi bien individuellement que collectivement. Les qualifications et domaines d'intervention des professionnels de santé spécialisés en santé au travail conservent toute leur pertinence sans pour autant faire barrage à des collaborations avec d'autres professionnels et travailleurs de

---

<sup>33</sup> Loi n°2021-1018, JORF 3 août 2021.

<sup>34</sup> V. c. trav. Art. L 4624-1 et s., au sein d'un chapitre intitulé Actions et moyens des membres des équipes pluridisciplinaires de santé au travail.

<sup>35</sup> CSP Art. L 6321-1 et 2.

<sup>36</sup> CSP Art. L 6323-1 et s.

<sup>37</sup> CSP Art. L 6323-3.

<sup>38</sup> CSP Art. L 1411-11-1 et s.

<sup>39</sup> CSP Art. L 1434-12 et s.

la santé. Tout au contraire, l'étude juridique de la régulation des professions de santé sous le prisme de la santé au travail peut faire ressortir l'importance actuelle et à venir du travail en commun dans le système de santé publique et mettre en évidence les principes directeurs d'un droit des professions de santé.

L'activité des professionnels de santé est notamment dépendante d'une logique de répartition des compétences qui intègre partiellement la perspective d'un travail collaboratif (1). Le domaine de la santé au travail obéit en principe aux mêmes règles de répartition du travail entre professionnels mais permet en même temps de faire ressortir toute l'utilité que peut et pourrait avoir une conception de la santé, facilitant aussi bien l'adaptation du travail à l'homme que l'édification d'un régime juridique cohérent propice à un travail collaboratif en santé (2). Des évolutions sur les missions des professionnels de santé restent à explorer, laissant ouvertes plusieurs perspectives de recherche.



## **Première partie– Les coopérations à l'épreuve des compétences des professionnels de santé**

Le droit des professions de santé s'est construit autour d'une défense des libertés professionnelles et de la protection du monopole médical peu compatibles avec un travail en commun. Mais des instruments se sont développés pour y remédier en partie et les nouvelles formes de coopération entre professionnels interrogent les modalités de celles-ci et la capacité du droit à en assurer l'utilité.

L'organisation du travail en santé n'a pas changé de principes directeurs mais plusieurs réformes ont souligné la volonté des pouvoirs publics et des partenaires sociaux de développer des instruments de coopération. Cette tendance est commune à l'ensemble des professions de santé dont celles spécialisées en santé au travail (section 1). Une évolution de leurs positions professionnelles est alors à envisager, pour que le travail en commun ne se limite pas à des fonctions d'assistance (section 2).

### **Section 1 – Les évolutions dans la répartition des compétences des professionnels de santé.**

**10. Une répartition en transformation.** Les cloisons érigées entre les activités que les professionnels de santé sont autorisés à pratiquer sont fréquemment ciblées comme responsables en partie de l'insuffisance de l'offre de prestations de santé et les partages de compétences considérés dès lors comme un moyen d'y remédier. L'étude de ces frontières de compétences permet de s'interroger sur les origines et les limites de la segmentation du travail en santé et sur les différents modèles juridiques de délimitation des compétences des professionnels de santé. Bien qu'elle souffre parfois d'une certaine marginalisation par rapport à la santé publique, la santé au travail est elle aussi concernée par les définitions des champs de compétences des professionnels et leurs limites. La logique qui gouverne les activités de soins se retrouve dans l'organisation de la santé au travail, à la fois dans la centralité donnée à l'intervention du médecin du travail, dans la séparation entre spécialités et dans les évolutions en cours. Plusieurs mécanismes aménagent toutefois cette organisation pour tendre à une répartition des compétences différente.

#### **I - La logique dérogatoire dans la détermination des compétences**

La formation de la profession médicale explique une division du travail axée sur un monopole médical. Ces fondations historiques se répercutent sur l'organisation juridique des professions de santé, y compris dans le domaine de la santé au travail.

**11. Le monopole médical.** L'ordonnement des relations entre professionnels de santé a été construit et fonctionne toujours sur le fondement d'un monopole médical de dispense des soins. La construction d'un pouvoir médical autour de ce monopole a été analysée comme le résultat d'une combinaison entre le savoir médical et l'autonomie des médecins dans l'exercice de leur profession<sup>40</sup>. La reconnaissance de ce pouvoir par un monopole sur la faculté d'accomplir des actes de diagnostic et de soins a eu pour conséquence de concevoir les domaines d'intervention des autres professionnels comme des dérogations au monopole médical. La consécration du monopole médical par la loi Chevandier du 30 novembre 1892<sup>41</sup> n'a par ailleurs pas suffi à enrayer un « isolationnisme identitaire » développé dans le corps médical par le sentiment de concurrence déloyale qu'a inspiré la présence des officiers de santé. La logique du « tout médecin » et l'opposition à l'État sont alors devenus de plus en plus présents<sup>42</sup>.

**12. La logique dérogatoire.** L'organisation des compétences des professionnels de santé prend notamment appui sur la définition de l'exercice illégal de la médecine donnée à l'article L 4161-1 du Code de la santé publique. Ce texte réserve aux « *titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre exigé pour l'exercice de la profession de médecin [...] l'établissement d'un diagnostic ou le traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées* » ainsi que la faculté de pratiquer « *l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine* », et qui se trouve dans un arrêté du 6 janvier 1962<sup>43</sup>. Des dérogations sont toutefois accordées aux professionnels autorisés expressément à pratiquer certains actes par décret. Tel est le système dit des « décrets d'actes ». Les compétences des professionnels non médecins sont ainsi définies de manière dérogatoire par rapport à la compétence générale des médecins limitée par un champ plus souple<sup>44</sup>. Seuls les médecins sont habilités à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement à condition que le domaine concerné n'excède pas leurs connaissances, leur expérience et les moyens dont ils disposent<sup>45</sup>. Les missions des autres professionnels de santé sont définies soit, par des activités de manière circonscrite soit, par une liste d'actes précisément identifiés. Certes, les exceptions à l'interdiction de l'exercice illégal de la médecine s'accroissent régulièrement<sup>46</sup> mais les

---

<sup>40</sup> P. Hassenteufel, *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Presses de Sciences Po, 1997, 348 p.

<sup>41</sup> JO 1<sup>er</sup> déc. 1892, p. 5749 ; B. Hoerni, La loi du 30 novembre 1892, *Histoire des sciences médicales*, t. XXII, n°1, 1998, pp. 63-67.

<sup>42</sup> D. Tabuteau, L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary, *Dr. soc.* 2009, pp. 383-392.

<sup>43</sup> Arrêté du 6 janvier 1962 fixant liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins, JORF 1<sup>er</sup> févr. 1962, p. 1111.

<sup>44</sup> J. Moret-Bailly, Les modes de définition des professions de santé : présent et avenir, *RDSS* 2008, p. 508.

<sup>45</sup> CSP Art. R 4127-70.

<sup>46</sup> CSP art. L 4161-1 dernier alinéa.

dérogations restent d'interprétation stricte et enferment l'action de nombreux professionnels dans des listes d'actes limitatives. La différenciation entre professionnels de santé, ainsi qu'entre les professionnels de santé et les autres, répond ainsi à la fois à une logique formelle de définition des professions par le diplôme et à une logique matérielle de définition par les actes<sup>47</sup>.

**13. Un modèle insatisfaisant.** D'après Patrick Hassenteufel, « *Le caractère scientifique du savoir médical a conféré aux médecins la place dominante dans la division du travail de soins*<sup>48</sup> ». La qualification octroyée par le diplôme permet de légitimer et de sécuriser l'atteinte au corps humain que constitue l'acte de soins et la définition stricte des domaines d'intervention des professionnels non médecins peut donner l'apparence d'une certaine sécurité juridique par la définition précise de ce qu'ils peuvent et ne peuvent pas faire.

Mais la segmentation à laquelle aboutit un tel système, y compris entre les médecins eux-mêmes<sup>49</sup> et au sein de plusieurs autres professions de santé, a aussi ses excès. La sécurité juridique peut être remise en cause lorsque des professionnels accomplissent des actes qui leur sont en principe refusés mais qui sont perçus comme nécessaires et faisables. Ce sont aussi plus largement des difficultés d'accès aux soins et de qualité ou de pertinence des soins qui peuvent se présenter<sup>50</sup>. La compétence effective des professionnels peut être ignorée, au détriment parfois de la qualité de la prise en charge des patients. La régulation stricte des compétences des professionnels non médicaux, spécialement ceux qui sont désignés sous l'appellation d'«auxiliaires médicaux» par le code de la santé publique<sup>51</sup>, est le fruit d'une dualité entre les professions médicales et non médicales. La dépendance et le caractère dérogatoire et accessoire de l'activité qu'induit le terme d'«auxiliaire» ne reflètent cependant pas toujours la réalité des pratiques.

L'inertie en la matière n'est ni une fatalité ni le signe d'une vérité absolue. Un récent rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur les nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé rappelle que les évolutions législatives dans le partage des compétences entre professionnels de santé, depuis le rapport Berland de 2003<sup>52</sup>, ont emprunté trois voies<sup>53</sup> : les dérogations limitées à des domaines spécifiques sans modification des compétences socles (protocoles de coopération, mesures d'urgence) ; la

---

<sup>47</sup> J. Moret-Bailly, *op. cit.*

<sup>48</sup> P. Hassenteufel, *op. cit.*, p. 22.

<sup>49</sup> P. Hassenteufel, *op. cit.*, p. 120 et s.

<sup>50</sup> B. Lasserre, *Les professions de santé demain*, Les entretiens du Conseil d'État en droit social, Paris, 7 févr. 2020, p. 4 : <https://www.conseil-etat.fr/publications-colloques/discours-et-interventions/les-professions-de-sante-demain-discours-de-bruno-lasserre-vice-president-du-conseil-d-etat>

<sup>51</sup> M. Guiganti, *La notion d'«auxiliaire médical» et la mutation de la profession infirmière*, RDSS 2017, p. 708. L'appellation d'auxiliaire médical apparaît dès un arrêté du 31 décembre 1947 concernant les actes médicaux qui peuvent être exécutés par un auxiliaire médical qualifié : JORF 9 janv. 1948, p. 274.

<sup>52</sup> Y. Berland, *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*, Rapport remis au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, oct. 2003.

<sup>53</sup> N. Bohic, A. Josselin, A.C. Sandeau-Gruber, H. Siahmed, *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé*, IGAS, nov. 2021, p. 29.

création d'un nouveau niveau d'exercice par la reconnaissance de la pratique avancée ; la révision des décrets de compétence. Mais les auteurs du rapport soulignent également sur de nombreux points les insuffisances de ces évolutions. Et même s'ils n'évoquent pas la santé au travail, les principes directeurs conduisent aux mêmes questions.

*B – Une logique transposée à la santé au travail*

**14. Des limites de compétences communes.** L'organisation des professions de la santé au travail suit une logique similaire à celle des professions de santé. Le Code du travail la rejoint explicitement lorsqu'il affirme en son article L 4622-8 alinéa 2 que « *pour les professions dont les conditions d'exercice relèvent du code de la santé publique, lesdites missions sont exercées dans la limite des compétences des professionnels de santé prévues par ce même code* ». Au-delà d'un simple renvoi textuel, cette disposition indique d'emblée que comme pour tout professionnel de santé, l'activité des professionnels de santé au travail est organisée suivant une logique de dérogation à un monopole médical, monopole dont on peut observer deux dimensions dans les services de prévention et de santé au travail.

**15. Le rôle encadré du médecin du travail.** La première tient à l'intervention limitée de la médecine du travail par rapport à la médecine de soins, le médecin du travail ne pouvant pratiquer la médecine de clientèle courante<sup>54</sup> compte tenu de son rôle exclusivement préventif<sup>55</sup>. Cette exclusivité de l'activité préventive, qui est aussi la fonction principale des infirmiers de santé au travail<sup>56</sup>, est depuis longtemps perçue comme une forme de marginalisation de la médecine du travail dans un système de santé construit autour d'une médecine curative<sup>57</sup>. Pour Jean Savatier cela signifiait « *que le médecin du travail, par opposition au médecin traitant, a pour fonction de proscrire plutôt que de prescrire*<sup>58</sup>. » Simple feu de paille ou véritable brèche, l'avenir nous éclairera sur la portée réelle de l'expérimentation introduite par la loi du 2 août 2021 qui prévoit qu'à titre expérimental et pour une durée de cinq ans, l'Etat peut autoriser dans trois régions volontaires les médecins du travail à prescrire et renouveler un arrêt de travail, 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. Le médecin du travail doit pour cela être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires ou avoir validé une formation spécialisée transversale en addictologie, en allergologie, en médecine du sport, en nutrition ou dans le domaine de la

---

<sup>54</sup> C. trav. art. L 4623-3.

<sup>55</sup> C. trav. art. L 4622-3. La stricte séparation entre la médecine préventive et la fonction curative se retrouve également à l'article R 4127-99 du Code de la santé publique applicable aux médecins assurant un service de médecine préventive pour le compte d'une collectivité.

<sup>56</sup> C. trav. art. R 4623-36. La fonction préventive n'est cependant pas explicitement dite exclusive.

<sup>57</sup> J. Savatier, La médecine du travail dans le système de protection de la santé, *Dr. soc.* 1980, S7.

<sup>58</sup> J. Savatier, *op. cit.*, S9.

douleur. Bien que le champ de l'expérimentation soit très limité<sup>59</sup>, elle pourrait représenter une avancée conceptuelle dans un mouvement plus large de rapprochement entre la santé publique et la santé au travail.

**16. Une logique appliquée à tous les professionnels de santé au travail.** Le deuxième reflet en santé au travail de la logique dérogatoire, caractéristique de la régulation des professions de santé, apparaît dans les relations entre le médecin du travail et les autres professions de santé au travail. Nombreuses sont les prérogatives des services de prévention et de santé au travail attribuées expressément au médecin du travail, qu'il s'agisse par exemple de l'examen médical d'aptitude pour les travailleurs affectés à un poste présentant des risques particuliers<sup>60</sup>, de la visite postérieure à l'exposition à des risques particuliers ou préalable au départ en retraite<sup>61</sup>, de la visite médicale de mi-carrière ou des 45 ans<sup>62</sup>, de la proposition de mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou d'aménagement du temps de travail<sup>63</sup>, de la visite de reprise après certaines suspensions du contrat de travail<sup>64</sup>, de l'examen de pré-reprise<sup>65</sup>, de la déclaration d'inaptitude du salarié à son poste de travail, ou de l'étude du poste de travail<sup>66</sup>.

**17. La possibilité du partage.** Certaines de ces prérogatives peuvent néanmoins être exercées par d'autres professionnels de santé au travail, l'heure étant au partage des compétences. Un partage avec d'autres médecins est tout d'abord possible. L'exercice de la médecine du travail peut être en partie autorisé à des internes de la spécialité exerçant sous l'autorité d'un médecin du travail expérimenté et après délivrance d'une licence de remplacement et autorisation temporaire du conseil départemental de l'ordre<sup>67</sup>, au profit d'un collaborateur médecin non spécialiste mais engagé dans une formation en vue de le devenir<sup>68</sup>. D'autres actions peuvent également être accomplies par des infirmiers de santé au travail. Plusieurs missions sont ainsi partagées entre le médecin du travail et d'autres professionnels mais agissant sous l'autorité du médecin du travail. Tel est le cas notamment du suivi individuel des salariés auquel peuvent participer le collaborateur médecin, l'interne en médecine du travail et l'infirmier<sup>69</sup>. Chacun de ces professionnels peut ainsi effectuer la visite d'information et de prévention effectuée après l'embauche, recourir à des pratiques

---

<sup>59</sup> J. M. Soulat, Une loi de plus...pour préparer la prochaine ?, *Dr. soc.* 2021, p. 889 ; M. Badel, Médecin du travail et médecin de ville. La personne du travailleur au croisement des médecines, *Dr. soc.* 2021, p. 892.

<sup>60</sup> C. trav. Art. L 4624-2, II.

<sup>61</sup> C. trav. Art. L 4624-2-1.

<sup>62</sup> C. trav. Art. L 4624-2-2.

<sup>63</sup> C. trav. Art. L 4624-2-2, II. et L 4624-3.

<sup>64</sup> C. trav. Art. L 4624-2-3.

<sup>65</sup> C. trav. Art. L 4624-2-4.

<sup>66</sup> C. trav. Art. L 4624-4.

<sup>67</sup> C. trav. art. L 4623-1, al. 2, art. R 4623-25-3, R 4623-27 et 28 : uniquement pour remplacer un médecin du travail temporairement absent ou dans l'attente de la prise de fonction d'un médecin du travail.

<sup>68</sup> C. trav. art. L 4623-1, al. 3, art. R 4623-25.

<sup>69</sup> C. trav. art. L 4624-1.

médicales ou de soins à distance<sup>70</sup> ou constituer le dossier médical en santé au travail<sup>71</sup>. Dans certains cas néanmoins, le professionnel ayant effectué la visite d'information et de prévention peut, voire doit orienter le salarié vers le médecin du travail, notamment lorsqu'il s'agit d'un travailleur handicapé<sup>72</sup> ou d'un travailleur de nuit<sup>73</sup>.

Le médecin du travail reste incontestablement l'animateur et le coordonnateur de l'équipe de santé au travail<sup>74</sup> et les possibilités pour d'autres professionnels d'exercer certaines de ses prérogatives sont accordées par des textes d'interprétation stricte comme autant de dérogations à son monopole initial. La tendance au partage de compétences est néanmoins très nette, tout comme dans l'ensemble du système de santé, par la voie de la délégation.

## II - Les délégations d'activité

Les différentes annonces du pouvoir exécutif national appelant à, voire promettant, une redéfinition dans le partage des tâches entre les professionnels de santé ont remis en lumière la délégation d'activités. Ce mécanisme est présent depuis longtemps en droit civil, droit public et droit du travail. La délégation peut transmettre une obligation en droit civil<sup>75</sup>, organiser le transfert d'un service public d'une collectivité locale vers un acteur privé<sup>76</sup> ou transférer une partie des pouvoirs de l'employeur vers un salarié<sup>77</sup>.

Une logique similaire de transfert de pouvoirs et de responsabilités se retrouve dans la délégation, telle qu'elle est apparue récemment en droit de la santé et dans le fonctionnement des équipes de santé au travail. Le degré du transfert est toutefois très variable selon le fondement de la délégation.

### *A - L'apparition des délégations dans le domaine de la santé*

**18. Un mécanisme récent.** Le point de départ de la promotion des délégations d'activités réside souvent dans le constat d'un risque croissant de décalage entre la démographie des professions de santé et les besoins de santé. La nécessité de développer les coopérations entre professionnels a été mise en avant pour faire face plus efficacement aux pathologies chroniques et de longue durée, pour permettre aux médecins de consacrer davantage de temps aux activités purement médicales et offrir à tous les professionnels de santé une perspective d'évolution de leur rôle<sup>78</sup>. Le rapport du Professeur Yvon Berland remis au

---

<sup>70</sup> C. trav. art. L 4624-1, II, art. R 4624-41-1. .

<sup>71</sup> C. trav. Art. L 4624-8, art. R 4625-17.

<sup>72</sup> C. trav. art. L 4624-1, I, al. 5.

<sup>73</sup> C. trav. art. L 4624-1, I, al. 7.

<sup>74</sup> C. trav. art. L 4622-8.

<sup>75</sup> C. civ. art. 1336 et s.

<sup>76</sup> C. gén. coll. terr., art. L 1411-1 et s.

<sup>77</sup> A. Coeuret, E. Fortis, F. Duquesne, *Droit pénal du travail*, LexisNexis, 6<sup>e</sup> éd. 2016, n° 366 et s.

<sup>78</sup> Y. Berland, *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*, Rapport au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, oct. 2003 ; C. Génisson, A. Milon, *Coopération entre*

Ministre de la santé en 2003 sur les coopérations entre professionnels de santé avait été suivi d'expérimentations nationales puis d'une concrétisation législative en 2009<sup>79</sup> par la création des protocoles de coopération<sup>80</sup>. Aux côtés de protocoles dits organisationnels permettant de déléguer certaines tâches précisément identifiées par des textes réglementaires, les protocoles de coopération ont ouvert aux professionnels eux-mêmes la faculté de définir plus largement des transferts d'activités ou d'actes de soins<sup>81</sup>. Les frontières entre les compétences des professionnels de santé peuvent en être ponctuellement modifiées, l'article L 4011-1 du Code de la santé publique reconnaissant la faculté, par des protocoles de coopération, de déroger aux textes sanctionnant l'exercice illégal des professions de santé. L'un des plus connus est certainement le protocole ASALEE (Action de santé libérale en équipe) qui délègue aux infirmiers des missions d'éducation et de prévention au moyen de consultations d'éducation thérapeutique notamment<sup>82</sup>.

#### *B - Le recours à la délégation protocolisée*

**19. Des formes diverses.** Les protocoles peuvent être nationaux et dans ce cas mis en œuvre par des équipes pluridisciplinaires dont le protocole, suite à un appel à manifestation d'intérêt, a été retenu par arrêté ministériel après avis de la Haute Autorité de Santé<sup>83</sup>. Les protocoles expérimentaux locaux peuvent quant à eux être élaborés et mis en œuvre par des professionnels de santé exerçant en établissement de santé public ou privé, au sein d'un groupement hospitalier de territoire sur décision du directeur de l'établissement<sup>84</sup>, au sein d'une équipe de soins primaires ou d'une communauté professionnelle territoriale de santé signataires d'un accord conventionnel interprofessionnel avec l'assurance maladie<sup>85</sup>, au sein de services ou d'établissements médico-sociaux<sup>86</sup>, ou dans un ou plusieurs établissements réunis dans un groupement hospitalier de territoire<sup>87</sup>. À la différence des protocoles nationaux, les protocoles locaux ne sont valables qu'au sein de l'entité qui en est à l'initiative mais pourront être déployés ensuite nationalement.

**20. Un outil appliqué à la santé au travail.** La délégation de tâches existe également en droit de la santé au travail. Elle est permise au médecin du travail, par l'intermédiaire d'un

---

*professionnels de santé*, Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales du Sénat, 28 janv. 2014.

<sup>79</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : JORF 22 juill. 2009.

<sup>80</sup> CSP art. L 4011-1 s.

<sup>81</sup> Le Conseil d'État en a déduit une distinction entre ces deux types de protocole : CE, 21 déc. 2018, n°410187.

<sup>82</sup> Pour un recensement des protocoles nationaux de coopération entre professionnels de santé, v. HCAAM (A. S. Ginon, M. Del Sol, J. Houldsworth (dir.)), *Les dispositifs juridiques d'organisation des professions de santé et leur évolution (hors cadre hospitalier)*, févr. 2023, pp. 89 s.

<sup>83</sup> CSP art. L 4011-3, I et III ; art. D 4011-3.

<sup>84</sup> CSP Art. L 4011-4, I, al. 1.

<sup>85</sup> CSP Art. L 4011-4-1.

<sup>86</sup> CSP Art. L 4011-4-2.

<sup>87</sup> CSP Art. L 4011-4-3.

protocole, vers d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail. L'article L 4622-8 alinéa 2 du Code du travail affirme désormais expressément que « *le médecin du travail peut déléguer, sous sa responsabilité et dans le respect du projet de service pluriannuel, certaines missions [...] aux membres de l'équipe pluridisciplinaire disposant de la qualification nécessaire* ». Un décret du 26 avril 2022<sup>88</sup> est venu préciser les modalités d'application de ce texte modifié par la loi du 2 août 2021 sur le renforcement de la prévention en santé au travail. Par des protocoles écrits, le médecin du travail peut déléguer certaines de ses missions, le champ des missions ouvert à la délégation étant différent selon les professionnels délégués<sup>89</sup>.

**21. L'initiative des professionnels.** L'aspect très réglementé du champ de la délégation de missions est toutefois combiné avec une part de liberté d'initiative laissée aux professionnels et particulièrement aux médecins du travail. A ce sujet également les protocoles de coopération se différencient des protocoles des équipes de santé au travail par un aspect contractuel plus marqué dans les premiers. Les protocoles de coopération sont rédigés par les professionnels eux-mêmes<sup>90</sup> et leur mise en œuvre n'est possible qu'après un dépôt auprès de l'Agence régionale de santé d'un accord d'engagement dans le protocole de chaque membre des équipes faisant partie du protocole<sup>91</sup>. Cette recherche d'adhésion individuelle n'est pas aussi étendue dans les protocoles des SPST où ce sont surtout la volonté et l'appréciation personnelle du médecin du travail qui font l'objet de l'attention du législateur. Les fonctions d'animation et de coordination du service, et particulièrement de l'équipe de santé au travail par le médecin du travail s'illustrent d'abord dans la faculté de recourir ou non à la délégation par protocole. Comme l'a précisé le Conseil d'État dans une ordonnance de référé du 18 juillet 2022, les textes législatifs et réglementaires ne contraignent pas le médecin du travail à recourir à la délégation, son principe, son étendue et son contrôle étant placés sous leur responsabilité<sup>92</sup>. Bien que le contenu soit en partie contraint par les textes et par le projet de service pluriannuel, l'initiative du protocole mettant en place les délégations appartient aux seuls médecins du travail. Ceux-ci ne sont par ailleurs pas tenus de mettre en œuvre les délégations que permet le protocole dans chacune de leurs actions entrant dans le champ du protocole.

L'éventuelle augmentation du recours à la délégation des médecins envers les infirmiers de santé au travail fait parfois craindre un glissement des compétences des premiers vers les seconds<sup>93</sup>, comme en atteste le recours exercé par le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) visant à suspendre l'exécution du décret du 26 avril 2022 relatif aux délégations de missions par les médecins du travail. Mais pour justifier, dans l'ordonnance de référé précitée,

---

<sup>88</sup> D. n°2022-679, JORF 27 avr. 2022.

<sup>89</sup> C. trav. Art. R 4623-14.

<sup>90</sup> CSP art. L 4011-2.

<sup>91</sup> CSP art. D 4011-4.

<sup>92</sup> CE, 18 juill. 2022, n°465316, §6, *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, n°35, 2022, p. 159, note S. Brissy.

<sup>93</sup> P. Adam, La médecine du travail sans...médecins du travail ? De temps en temps. A propos du décret « délégation » du 26 avril 2022, *Semaine sociale Lamy*, n°2008, 11 juill. 2022.



le rejet du recours du CNOM le Conseil d'État fait notamment référence à la liberté d'initiative du médecin du travail et à la centralité de son rôle dans l'organisation de ces délégations. Bien loin par ailleurs de remettre en cause sa légitimité, cette faculté de délégation dont il reste maître entérine la reconnaissance de son pouvoir d'organisation de l'équipe de santé au travail<sup>94</sup>.

Les autres membres de l'équipe de santé au travail n'ont en revanche pas la même marge de manœuvre puisqu'ils doivent se conformer à l'organisation du service et de l'équipe. Leur adhésion au protocole n'est ainsi pas requise pour la mise en œuvre des délégations qu'il contient et dont seul le médecin du travail apprécie l'opportunité et la faisabilité. Le manque de compétences pour accomplir une tâche pourrait certes permettre aux professionnels de s'opposer à l'accomplissement d'une tâche qui leur serait déléguée mais leur volonté et leur capacité d'appréciation individuelles ne sont pas systématiquement recherchées par les textes.

La mise en place des délégations d'activité peut ainsi être bien différente selon qu'elle passe par un protocole de coopération entre professionnels de santé ou qu'elle s'opère au sein d'un service de prévention et de santé au travail. Le mécanisme de la délégation implique dans tous les cas le transfert d'un pouvoir d'agir qui peut faire bouger les habituelles frontières de compétences, mais seulement de manière très ciblée et non sans un certain contrôle.

### *C – Une répartition des compétences modifiée*

#### 1- Un transfert de pouvoir

**22. Elargir les compétences.** Les protocoles de coopération permettent à un professionnel de santé de transférer à d'autres professionnels de santé précisément identifiés des compétences qui leur sont en principe refusées. L'élargissement des compétences instauré par les protocoles, au niveau national ou local, reste toutefois restreint puisqu'il ne peut prospérer que dans un cadre strictement délimité par le protocole. Le Conseil d'État a précisé que les protocoles de coopération n'instituent pas une nouvelle forme d'exercice d'une profession de santé et ne réduisent pas les compétences des professionnels qui délèguent une partie de leurs activités<sup>95</sup>. Dans le champ déterminé par le protocole et selon la volonté des professionnels qui y adhèrent, cet outil vise malgré tout à permettre un élargissement des compétences de certains professionnels et une activité exercée de manière collective. C'est ce que permet la délégation d'activité indissociable du protocole, mécanisme qui se retrouve aussi en santé au travail.

---

<sup>94</sup> P. Y. Verkindt, Le médecin du travail : recentrage ou décentrage, recentrement ou décentrement ?, *Dr. soc.* 2021, pp. 885-888.

<sup>95</sup> CE, 20 mars 2013, n°337577, cons. n°8 et 9.

**23. Un élargissement encadré en santé au travail.** Après avoir envisagé largement la faculté de déléguer du médecin du travail, le code du travail précise ce qui peut entrer dans le champ de la délégation. Les collaborateurs médecins et les internes en médecine du travail peuvent recevoir la faculté d'effectuer les visites et examens relevant du suivi individuel des travailleurs. Les infirmiers de santé au travail peuvent quant à eux se voir confier certains de ces examens et visites à l'exclusion de l'examen médical d'aptitude et de son renouvellement pour les travailleurs travaillant sur des postes à risque et bénéficiant d'un suivi individuel renforcé. Enfin d'autres missions que ces examens individuels peuvent être déléguées à des membres de l'équipe de santé au travail, même s'ils ne sont pas professionnels de santé, c'est-à-dire des intervenants en prévention des risques professionnels et des assistants des SPST. Tout membre de l'équipe pluridisciplinaire peut ainsi procéder, sur décision du médecin du travail, à l'étude de poste préalable à un avis d'inaptitude rendu par le médecin du travail<sup>96</sup>. Les possibilités de délégation d'activité en santé au travail ouvertes par les textes sont plus restreintes que celles permises dans le cadre des protocoles de coopération du Code de la santé publique. En cela les protocoles des équipes de santé au travail rejoignent davantage les protocoles organisationnels. Les protocoles des équipes de santé au travail ne peuvent s'affranchir des frontières de compétences fixées par le Code de la santé publique. Tous les auxiliaires médicaux concernés sont tenus de respecter les limites que ces textes leur imposent, même dans le cadre d'une délégation des missions du médecin du travail<sup>97</sup>. Il est toutefois étonnant que le médecin du travail puisse aller jusqu'à déléguer sa mission d'animation et de coordination de l'équipe de santé au travail<sup>98</sup>. Son statut protecteur, dont il est le seul à bénéficier, assure une certaine indépendance dans le fonctionnement de l'équipe, bien que celle-ci soit soumise aux décisions du directeur du service<sup>99</sup>. Une délégation de cette mission a pu être vue par ailleurs comme un risque de décrédibiliser le médecin du travail, réduit à un rôle technique et perdant sa compétence générale sur la protection de la santé des travailleurs<sup>100</sup>. La formation spécifique du médecin du travail n'est-elle pas en effet garante de sa compétence dans ce domaine, laquelle inclut aussi une faculté de répartir au mieux les rôles ? Certes l'initiative et la responsabilité de cette délégation lui reviennent mais qu'en sera-t-il une fois qu'il aura délégué cette mission qui constitue justement le fondement de son pouvoir de déléguer ? Il peut sembler qu'une telle délégation risque d'amener le professionnel délégué dans un champ de compétences qui ne lui appartient pas. Il est par ailleurs singulier que seule cette mission ne soit pas incluse dans les textes réglementaires précisant le champ de la délégation, et les professionnels pouvant la recevoir.

---

<sup>96</sup> C. trav. art. L 4624-4.

<sup>97</sup> C. trav. Art. L 4622-8, L 4623-9 et R 4623-14, IV, 3°.

<sup>98</sup> C. trav. Art. L 4622-8 : « *Les médecins du travail assurent ou délèguent, sous leur responsabilité, l'animation et la coordination de l'équipe pluridisciplinaire* ».

<sup>99</sup> C. trav. art. L 4622-16.

<sup>100</sup> M. Véricel, La protection de la santé des travailleurs demeure en question, *Mélanges en l'honneur de Pierre-Yves Verkindt*, LGDJ 2022, p. 469.

**24. Un objet à préciser.** Pour le cas des protocoles de coopération, il est nécessaire de prévoir précisément quand la délégation opère, c'est-à-dire dans quelles situations une réorientation du patient vers le professionnel délégant peut se justifier<sup>101</sup>. Le protocole doit également indiquer quelles sont les conditions de disponibilité du ou des délégants à l'égard du ou des délégués<sup>102</sup>, ce dernier n'étant donc pas seul dans l'accomplissement des tâches qui lui sont déléguées. La délégation ne signifie pas substitution et prise en mains totale des compétences du délégant par le délégué.

La même limite générale à la délégation se retrouve dans les protocoles qui peuvent être mis en place dans les services de prévention et de santé au travail. Non seulement les textes législatifs et réglementaires visent les missions que le médecin du travail peut déléguer, ce que ne fait pas le code de la santé publique pour les protocoles de coopération. Mais il est nécessaire également que ce protocole indique précisément selon quel processus la délégation est décidée et mise en œuvre pour que les missions du SPST soient correctement exécutées, et le médecin du travail en reste le principal garant lorsque c'est l'organisation de l'équipe qui est en cause.

À la différence d'un exercice en pratique avancée, les protocoles permettant la délégation d'activités, en santé publique comme en santé au travail, n'instituent pas une nouvelle forme d'exercice d'une profession de santé. Le Conseil d'État l'a affirmé clairement au sujet des protocoles de coopération, ceux-ci ne pouvant dès lors conférer une délégation générale de compétences et devant de ce fait préciser l'objet et la nature des coopérations ainsi mises en place<sup>103</sup>. Ces protocoles ne conduisent pas non plus à réduire les compétences générales d'une profession<sup>104</sup>.

**25. Une organisation à repenser.** La délégation d'activités n'est donc pas synonyme en soi de substitution d'une catégorie de professionnels à une autre mais nécessite de repenser l'organisation du travail entre ces professionnels.

Le protocole de coopération doit ainsi préciser les dispositions spécifiques d'organisation auxquelles est subordonnée sa mise en œuvre<sup>105</sup>. Dans les exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles de coopération doivent ainsi figurer des « *arbres de décisions associant une action à chaque situation identifiée, sans que les professionnels délégués puissent effectuer un diagnostic ou un choix thérapeutique non prévus dans le protocole* <sup>106</sup> ». Dans un service de prévention et de santé au travail interentreprises, cette organisation est en principe entre les mains du médecin du travail qui anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire. La rédaction du protocole doit éviter toute ambiguïté.

---

<sup>101</sup>CSP Art. R 4011-1, 4°, c).

<sup>102</sup> CSP Art. R 4011-1, 6°, a).

<sup>103</sup> CE, 20 mars 2013, n°337577, cons. n°8.

<sup>104</sup> *Ibid.*, cons. n°9.

<sup>105</sup> CSP Art. L 4011-2.

<sup>106</sup> CSP art. R 4011-1, 4°.

Se pose alors la question du contrôle des nouvelles modalités d'organisation, et des risques qu'elles pourraient présenter pour la protection de la santé.

#### *D – Le contrôle de l'organisation*

Les délégations d'activité ne doivent pas constituer une mesure de gestion de pénurie remettant en cause la protection de la santé. Leurs modalités doivent dès lors être contrôlées, en interne et en externe, pour que la qualité des prestations puisse être assurée.

##### 1- Le contrôle par le délégant

**26. La vérification des compétences.** Quel que soit le type de protocole, il est nécessaire, pour que la délégation puisse opérer pleinement, que le délégant s'assure au préalable et en cours d'exécution que le professionnel délégué dispose des capacités professionnelles suffisantes pour accomplir les tâches qui lui sont confiées. Les textes relatifs aux protocoles de coopération sont précis et porteurs d'une logique transposable à la délégation dans les SPST. Les articles R 4011-1 et suivants du Code de la santé publique déterminent les exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles de coopération. Parmi celles-ci figurent notamment la définition de la qualification professionnelle et, le cas échéant, la spécialité du ou des délégants et du ou des délégués<sup>107</sup> ainsi que les conditions d'expérience professionnelle et de formation complémentaire théorique et pratique requises des professionnels délégués pour accomplir les actes et activités délégués<sup>108</sup>.

**27. Une adaptation à la formation en santé au travail.** Le délégant doit être vigilant sur les capacités professionnelles du délégué, de même que le médecin du travail doit l'être sur celles des membres du SPST auxquels il délègue des activités.

La santé des travailleurs ne doit bien entendu pas pâtir de cet outil qui décharge certes le médecin du travail de certaines missions mais qui renforce aussi son rôle et ses responsabilités d'animateur et de coordonnateur de l'équipe de santé au travail.

Dans les SPST, les professionnels auxquels des tâches sont déléguées par le médecin du travail doivent disposer de la qualification nécessaire à l'accomplissement de ces missions<sup>109</sup>. La nécessaire correspondance entre les capacités professionnelles et les missions déléguées ressort également de l'article R 4623-14 du Code du travail qui impose que les missions déléguées soient adaptées à la formation et aux compétences des professionnels auxquels elles sont confiées<sup>110</sup>. L'organisation de la formation spécifique des infirmiers de santé au travail a été mise en place par un décret du 27 décembre 2022<sup>111</sup> dont les dispositions sont

---

<sup>107</sup> CSP Art. R 4011-1, 2°, c).

<sup>108</sup> CSP Art. R 4011-1, 3°.

<sup>109</sup> C. trav. Art. L 4622-8.

<sup>110</sup> C. trav. Art. R 4623-14.

<sup>111</sup> D. n°2022-1664, JORF 28 déc. 2022. Le nombre d'heures minimum de la formation ainsi que les compétences qu'elle doit permettre d'acquérir sont indiqués aux articles R 4623-31-1 et suivants du code du travail.

entrées en vigueur le 31 mars 2023. L'article 34-IV de la loi du 2 août 2021 ajoute que, pendant trois ans à compter de l'entrée en vigueur du décret, des obligations de formation seront réputées satisfaites si l'infirmier de santé au travail est inscrit à une formation remplissant les conditions fixées par ce même décret. Pendant cette période transitoire, il revient au médecin du travail de définir les formations adaptées aux missions qui peuvent être déléguées aux infirmiers de santé au travail. Celui-ci doit apprécier au cas par cas la compatibilité entre la formation et l'expérience d'un infirmier en santé au travail et les tâches déléguées. Cette responsabilité du médecin du travail persistera au-delà de la période transitoire. Le médecin du travail doit à la fois tenir compte des limites imposées par les textes dans sa décision de recourir à la délégation et aussi évaluer les compétences des délégataires. Il peut être par ailleurs nécessaire de fixer dans le protocole les conditions en termes de formation, notamment pour l'intervention de médecins non spécialistes<sup>112</sup>.

Les délégations par protocoles pourraient conduire progressivement à un glissement des compétences des médecins du travail vers les infirmiers de santé au travail. Cela n'est pas sans créer quelques craintes similaires à celles exprimées par le Conseil national de l'ordre des médecins dans un recours devant le Conseil d'État. L'ordre y soutenait que la diminution continue et sans doute à venir du nombre de médecins du travail pourrait contraindre ceux qui restent à déléguer leurs tâches dans des conditions ne permettant plus de garantir la santé des personnes soumises aux examens de reprise et de pré-reprise du travail. Le caractère trop éventuel de ce risque n'a pas permis de convaincre le Conseil d'État qui, sans dénier la nécessité de la formation, affirme le rôle du médecin du travail dans l'appréciation des compétences<sup>113</sup>.

Des organismes extérieurs peuvent également intervenir.

## 2- Le contrôle par des organismes extérieurs

**28. Les protocoles de coopération.** - Concernant les protocoles de coopération, des modalités d'autorisation et de contrôle ont été précisées. S'il est national, le protocole de coopération doit être autorisé par arrêté ministériel après avis de la Haute Autorité de Santé (HAS) et s'il est local, le protocole est mis en œuvre par le directeur de l'établissement et transmis à l'ARS. Les mêmes exigences sont applicables à ces protocoles et, dans tous les cas, une décision réglementaire est nécessaire à leur mise en œuvre. Si ces exigences viennent à se révéler insuffisantes, soit le protocole n'est pas autorisé, soit il est suspendu ou il y est mis fin. Soit enfin c'est la validité juridique de l'acte réglementaire l'ayant autorisé qui peut être contestée devant le juge dans ce cas.

**29. Un contrôle global dans les SPST.** Un tel processus n'est pas totalement applicable aux protocoles organisant l'activité d'un SPST. Les protocoles par lesquels les médecins du travail

---

<sup>112</sup> C. trav. art. L 4625-2.

<sup>113</sup> CE, 18 juill. 2022, n°465316.

prévoient la possibilité de déléguer certaines de leurs missions ne nécessitent pas en eux-mêmes d'autorisation d'un organisme extérieur. Cependant, le Directeur régional du travail de l'économie de l'emploi du travail et des solidarités (DREETS) peut enjoindre au président du SPST interentreprises de remédier à tout dysfonctionnement grave<sup>114</sup>, lequel pourrait résulter d'une mauvaise organisation de la répartition des compétences. Le cahier des charges devant être rempli par le SPST pour obtenir l'agrément du DREETS mentionne en outre expressément, au titre de la pluridisciplinarité, le respect des conditions légales et réglementaires de mise en œuvre des délégations de missions des médecins du travail aux personnels concourant au service de prévention et de santé au travail et aux membres de l'équipe pluridisciplinaire. Enfin le SPSTI doit satisfaire à une procédure de certification par un organisme indépendant, au regard notamment de l'organisation et de la continuité du service<sup>115</sup> dont les délégations d'activité peuvent constituer un élément.

#### *E - Les responsabilités*

**30. La modification des responsabilités.** Les compétences impliquent aussi des responsabilités que les délégations d'activité peuvent faire évoluer. La première des responsabilités revient au délégant, le médecin du travail dans une équipe de santé au travail, qui doit veiller à évaluer avec justesse la capacité du professionnel à effectuer certains actes. La moindre erreur du professionnel délégué ne pourrait cependant pas lui être imputée. Le professionnel délégué récupère nécessairement une part de responsabilité personnelle sur les actes qu'il est autorisé à accomplir par le protocole. Il est en outre tenu de respecter les termes de ce protocole dans les tâches qu'il lui est permis de faire et de ne pas faire.

Le protocole ne modifie pas les règles de répartition des responsabilités mais plutôt les actes potentiellement fautifs qui pourraient être reprochés aux intervenants selon le champ d'action précisé par les termes du protocole. Concernant les professionnels salariés d'une structure privée ou publique, le protocole de coopération est mis en œuvre sous la responsabilité de la structure<sup>116</sup>. Le code de la santé publique confirme la règle de répartition des responsabilités selon laquelle un professionnel salarié n'est pas directement responsable envers la victime des dommages causés dans l'exercice de ses fonctions. Pour le service de prévention et de santé au travail, les professionnels membres de l'équipe étant salariés, la responsabilité civile envers les salariés suivis revient à l'employeur des professionnels c'est-à-dire le SPST ou l'entreprise s'il s'agit d'un service autonome, sauf si le professionnel agit en dehors des missions qui lui sont confiées et dans un but étranger à celles-ci.

Une responsabilité pénale reste possible pour le professionnel individuellement si une infraction est caractérisée.

Le professionnel ayant commis une faute dans l'exercice de ses fonctions peut être responsable disciplinairement, aussi bien vis-à-vis de l'ordre lorsque sa faute constitue un

---

<sup>114</sup> C. trav. Art. L 4622-9-2 ; D 4622-51.

<sup>115</sup> C. trav. Art. L 4622-9-3.

<sup>116</sup> CSP Art. L 4011-3, IV.

manquement à un devoir déontologique qu'à l'égard de son employeur si la qualification de faute de service dans un établissement public ou de faute disciplinaire au sens du droit du travail peut être retenue. La faute disciplinaire ou l'insuffisance professionnelle dans la mise en œuvre d'un protocole dépend des fonctions qui sont confiées aux membres de l'équipe par celui-ci. La première des responsabilités tient dans tous les cas dans la nécessité de respecter les termes de ce protocole.

**31. Le protocole, outil central.** En santé publique comme en santé au travail, le protocole est l'instrument central de la délégation entre professionnels de santé. Compte tenu de l'importance des termes dans lesquels il est rédigé, ce protocole est nécessaire pour clarifier les modalités de la prise en charge et du suivi aussi bien vis-à-vis des professionnels eux-mêmes que vis-à-vis des patients, des salariés et des autorités qui en contrôlent le contenu. Il peut surtout constituer un instrument essentiel au sein d'un projet plus vaste d'organisation collective du travail en santé.

### III - L'organisation d'un travail collectif en santé

Les délégations d'activité ne suffisent pas à organiser un travail coopératif. Elles peuvent en effet être utilisées comme un moyen de pallier la pénurie de certains professionnels en transmettant leurs fonctions à d'autres. Mais sans échanges, coordination et but commun, la coopération risque d'être absente. La mise en place d'une organisation collective pour un exercice coordonné peut alors être utile.

#### *A – Le développement de structures collectives*

**32. La pertinence d'une organisation collective.** Les délégations d'activités protocolisées ne suppriment pas la fonction pivot du médecin mais elles nuancent son monopole et surtout le modèle de l'exercice individuel des professions médicales et non médicales. La délégation doit s'accompagner d'une coopération dont l'organisation est en partie déterminée par les textes. Le seul encadrement des protocoles comme support des délégations peut être insuffisant pour développer un travail collaboratif permettant de produire les effets attendus sur les prises en charge, le temps médical et la reconnaissance professionnelle. Le rapprochement physique et institutionnel de professionnels participant de concert à des prises en charge globales au sein d'une même institution constitue dès lors une perspective d'évolution du travail en santé. Sous réserve d'être inscrites dans un projet de santé commun et organisées par voie de protocoles, les activités de travail peuvent prendre un sens et remplir des fonctions que ne leur permettent pas toujours les définitions de compétences très segmentées.

**33. L'extension des cadres.** Dans un service de prévention et de santé au travail, le travail est nécessairement effectué dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire de santé au travail. De manière générale, la promotion d'un exercice coordonné axé sur la coopération entre

professionnels de santé ressort de nombreux textes adoptés ces dernières années. Le concept de médecine de parcours développé depuis quelques années suppose l'intervention coordonnée de différents professionnels et s'est accompagné d'une « *profusion organisationnelle*<sup>117</sup> ». Au titre des normes conventionnelles tout d'abord, les conventions d'exercice professionnel applicables aux professionnels libéraux en font de plus en plus mention et l'accord conventionnel interprofessionnel du 20 juin 2019 en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé fait de ces communautés le cadre privilégié des coopérations entre professionnels. Au sein des textes législatifs, différentes structures sont apparues pour coordonner l'activité des professionnels en dehors de l'hôpital, qu'il s'agisse des réseaux de santé<sup>118</sup>, des centres de santé<sup>119</sup>, des maisons de santé pluriprofessionnelles<sup>120</sup> et plus récemment des équipes de soins<sup>121</sup> et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)<sup>122</sup>. Chacun de ces collectifs fonctionne sur la base du projet de santé élaboré par les professionnels et vise à structurer les parcours de santé en définissant les rôles de chacun des professionnels impliqués, au besoin en déléguant des tâches et compétences. Ces structures mettent en évidence un lien entre la coopération entre professionnels de santé, l'organisation des parcours de santé et la territorialisation des politiques de santé. Leur développement souligne surtout les attentes à l'égard d'un travail en santé pluriprofessionnel ou pluridisciplinaire.

#### *B – Un travail pluridisciplinaire*

**34. Les équipes pluridisciplinaires de santé au travail.** La pluridisciplinarité est présentée par les textes comme le modèle de fonctionnement des services de prévention et de santé au travail, tout au moins les services interentreprises. Le médecin du travail est par définition amené à faire appel à des champs disciplinaires variés, en raison du caractère collectif de la médecine du travail<sup>123</sup>. Apparue dans la loi dite de modernisation sociale du 17 janvier 2002<sup>124</sup> et étendue par celle du 20 juillet 2011<sup>125</sup> relative à l'organisation de la médecine du travail, la pluridisciplinarité a peu à peu pris place dans les textes relatifs aux services de santé au travail, désormais services de prévention et de santé au travail. L'équipe pluridisciplinaire de santé au travail est mentionnée à de nombreuses reprises par le Code du travail et en premier lieu par l'article L 4622-8 qui dispose que « *les missions des services de prévention et de santé au travail*

---

<sup>117</sup> P. Castel, Politiques de la coordination : enjeux organisationnels et professionnels, in C. Fournier, L. Girard, A. Luneau (dir.), *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, IRDES 2022, p. 345.

<sup>118</sup> CSP Art. L 6321-1 et 2.

<sup>119</sup> CSP Art. L 6323-1 et s.

<sup>120</sup> CSP Art. L 6323-3.

<sup>121</sup> CSP Art. L 1411-11-1 et s.

<sup>122</sup> CSP Art. L 1434-12 et s.

<sup>123</sup> J. Savatier, La médecine du travail dans le système de protection de la santé, *Dr. soc.* 1980, S11. L'auteur parlait alors de « techniques extra-médicales ».

<sup>124</sup> Loi n°2002-73, JORF 18 janv. 2002.

<sup>125</sup> Loi n°2011-867, JORF 24 juill. 2011.



[interentreprises] sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail ». La pluridisciplinarité fait également partie des critères d'agrément du SPSTI par le DREETS<sup>126</sup>. La composition de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail ne comprend plus seulement des médecins du travail, des collaborateurs médecins, des internes en médecine du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers, des assistants et des professionnels recrutés après avis du médecin du travail ; elle peut aussi être complétée par des auxiliaires médicaux disposant de compétences en santé au travail depuis la loi du 2 août 2021. Cette dernière a également renforcé la « dynamique pluridisciplinaire » en créant une cellule pluridisciplinaire de prévention de la désinsertion professionnelle. La pluridisciplinarité peut contribuer à la fois à réorganiser l'activité des SPST, valoriser les professionnels qui y travaillent et répondre à des risques plus diversifiés<sup>127</sup>. Elle modifie le fonctionnement d'ensemble du service et le rôle du médecin du travail jusqu'à être vue parfois comme une dérive du rôle médical surtout réclamée par les organisations patronales<sup>128</sup>. La mission d'animation et de coordination de l'équipe pluridisciplinaire dévolue au médecin du travail, comprise dans les cent-cinquante demi-journées de travail effectif annuelles consacrées aux missions en milieu de travail<sup>129</sup> enlève la référence à l'autorité qu'il détenait sur le service pour en faire davantage l'animateur d'un collectif. Mais le pouvoir de délégation peut aussi être vu comme un renforcement du rôle du médecin du travail<sup>130</sup>, malgré les réserves exprimées sur l'éventuelle inclusion de la mission d'animation et de coordination dans cette délégation.

**35. Le socle des coopérations.** Les décisions de prévention des risques professionnels prises par les entreprises ne dépendent pas seulement de facteurs économiques mais aussi d'une construction collective des risques issue de l'intervention d'acteurs multiples<sup>131</sup>. Comme l'a souligné un rapport sur la question publié en 2007, la pluridisciplinarité suppose une mise en commun d'actions de plusieurs spécialistes de différentes disciplines tendant vers un même objectif<sup>132</sup>. Cette définition peut recouvrir cependant deux types de pluridisciplinarités : l'une consistant en des activités exercées de manière parallèle sans véritable rencontre entre elles ; l'autre qui consiste en une collaboration des acteurs agissant de manière intégrée et mettant ainsi en commun leurs méthodologies, leurs objectifs ou leurs ressources. Cette seconde acception semble plus appropriée à une prévention collective des risques professionnels car

---

<sup>126</sup> C. trav. art. D 4622-49-1, I, 4°.

<sup>127</sup> P. Y. Verkindt, Les professionnels de santé dans la loi « Santé au travail », *JCP S* 2022, 1082, n°2 et 11.

<sup>128</sup> F. Guillon, La médecine du travail est-elle menacée ?, *RDT* 2011, p. 86 ; P. Marichalar, La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010), *Politix*, 2010/3 n°91, p. 27-52.

<sup>129</sup> C. trav. art. R 4624-4, al. 2.

<sup>130</sup> P. Y. Verkindt, Le médecin du travail : recentrage ou décentrage, recentrement ou décentrement ?, *Dr. soc.* 2021, pp. 885-888.

<sup>131</sup> T. Amossé, S. Célérier, A. Fretel, *Pratiques de prévention des risques professionnels*, Centre d'études de l'emploi, janv. 2011, not. p. 11 et pp. 68-69.

<sup>132</sup> Direction générale du travail, *Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels*, Rapport pour la Direction générale du travail, déc. 2007, p. 5.

si la pluridisciplinarité implique un développement des expertises individuelles<sup>133</sup>, elle ne peut produire pleinement les effets attendus sans coordination et intégration des différentes logiques professionnelles.

**36. La centralité du médecin du travail.** La pluridisciplinarité permet peut-être de recentrer le médecin du travail sur des activités médicales mais elle ne doit pas non plus l'amener à faire prévaloir une culture médicale dans ses fonctions d'animation et de coordination, au risque de déployer « *une pluridisciplinarité en silo, centrée sur les priorités de chaque médecin plutôt que sur le projet de service de santé au travail* <sup>134</sup> ». Une récente étude consacrée aux ergonomes dans les services de santé au travail<sup>135</sup> a par exemple fait ressortir la conception souvent restreinte que les médecins du travail pouvaient avoir de leur rôle, conception participant ainsi d'une représentation technique et individualisante éloignée de leur « cœur de métier ».

Mais la pluridisciplinarité pourrait aussi remodeler une division du travail laissant au médecin du travail une position dominante tout en étant davantage portée sur un partage de savoirs<sup>136</sup>, conservant au médecin du travail le rôle de pilier central mais autrement<sup>137</sup>. La collaboration entre des professionnels porteurs de savoirs non exclusivement médicaux pourrait contribuer à l'enrichissement de la prévention à condition de se traduire par une combinaison de connaissances et d'actions pratiques, dimensions indissociables d'une pluridisciplinarité remplissant son objectif préventif<sup>138</sup>. Le rôle central du médecin du travail ne doit en effet pas être un obstacle à une pluridisciplinarité dépassant la simple juxtaposition de compétences, faute de quoi celle-ci s'éloigne d'une construction collective de la prévention des risques<sup>139</sup>. L'organisation du travail en commun par un projet collectif assorti d'obligations ne dilue par ailleurs pas l'importance du médecin dans un foisonnement d'intervenants. La faculté de déléguer contribue au contraire à affirmer qu'il détient des compétences et un pouvoir d'agir dont il peut confier l'exercice suivant son initiative et à son appréciation. Cette légitimité dans l'organisation est reconnue à tout médecin déléguant, y compris au médecin du travail. Le médecin devient ainsi un « médecin organisateur » qui n'amène cependant pas

---

<sup>133</sup> L'expert a pu être considéré comme un acteur essentiel de la pluridisciplinarité : N. Dedessus-Le-Moustier, La pluridisciplinarité en santé au travail : analyse juridique, *Travail et Emploi*, 2005, p. 72.

<sup>134</sup> S. Fantoni-Quinton, P. Y. Verkindt, La place de la médecine du travail ne peut se mesurer exclusivement au seul nombre de médecins du travail..., *Dr. soc.* 2021, p. 539.

<sup>135</sup> J. Laussu, Les ergonomes en service de santé au travail face aux contraintes gestionnaires de la prévention, *Connaissance de l'emploi* n°184, Ceet, sept. 2022.

<sup>136</sup> G. Lecomte-Ménahés, Les médecins du travail indispensables à la division du travail de prévention, in C. Fournier, L. Girard, A. Luneau (dir.), *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, IRDES 2022, p. 59 s.

<sup>137</sup> P. Adam, La médecine du travail sans...médecins du travail ? De temps en temps. A propos du décret « délégation » du 26 avril 2022, *Semaine sociale Lamy*, n°2008, 11 juill. 2022.

<sup>138</sup> P. Y. Verkindt, Prévenir les atteintes à la santé mentale des travailleurs : l'exigence de pluridisciplinarité, F. Héas (dir.), *Santé mentale et organisation du travail. Approche juridique et regards croisés*, Dalloz, coll. Thèmes et commentaires, 2022, pp. 243-251.

<sup>139</sup> S. Fantoni-Quinton, Le rôle des services de prévention et de santé au travail dans la prévention des risques psychosociaux : leitmotiv ou innovation ?, F. Héas (dir.), *Santé mentale et organisation du travail. Approche juridique et regards croisés*, Dalloz, coll. Thèmes et commentaires, 2022, p. 223 s.

nécessairement à considérer les médecins comme des managers mais plutôt à relier leur fonction organisatrice à leurs activités cliniques et scientifiques<sup>140</sup>.

Les « initiatives organisationnelles » que constituent les différentes formes d'organisation collective du travail en santé sont parfois vues comme des tentatives de réguler des activités rendues complexes par la multiplicité d'intervenants et dans lesquelles peuvent se manifester des relations d'interdépendance souvent défavorables à certains professionnels<sup>141</sup>. Si l'intervention de professions différentes contribue déjà à les légitimer, l'organisation du travail collectif peut asseoir davantage leur reconnaissance et leur indépendance. Elle pourrait ainsi faire évoluer leurs positions professionnelles. Il semble même que celles-ci doivent être reconsidérées pour que l'organisation juridique des professions de santé puisse intégrer pleinement un fonctionnement coopératif.

## Section 2 : L'évolution des positions professionnelles des professionnels de santé et de santé au travail

**37. Coopération et autonomie.** Les coopérations « *se fondent sur les capacités de partage, de prise de distance et de reconnaissance mutuelle, ainsi que sur une équilibration dynamique en termes de satisfaction mutuelle. La coopération est une relation de réciprocité équitable entre les partenaires d'un échange, dans une perspective de coévolution* <sup>142</sup> ». Le sens donné au mot coopération intègre généralement une autonomie des intervenants, qui rejoint celle envisagée pour les paramédicaux dans un travail coopératif en santé. Cette autonomie, non dénuée de nuances toutefois, doit permettre de corréler les coopérations professionnelles à une division du travail plus horizontale partant des attentes du patient et accordant davantage de reconnaissance aux professionnels<sup>143</sup>. Cette reconnaissance implique de dépasser les fonctions d'assistance pour affirmer l'identité professionnelle des travailleurs en santé, toujours source de forts enjeux<sup>144</sup>. Il convient alors de s'intéresser au niveau d'autonomie dont peuvent disposer les professionnels de santé dans leur travail en commun (1). Le développement de l'autonomie et de la reconnaissance professionnelle peut également passer par un renouveau des parcours professionnels (2).

---

<sup>140</sup> P. Castel, Politiques de la coordination : enjeux organisationnels et professionnels, in C. Fournier, L. Girard, A. Luneau (dir.), *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, IRDES 2022, p. 348.

<sup>141</sup> P. Castel, *op. cit.*, p. 347.

<sup>142</sup> C. Vanderborght, « Coopération », in Agnès Vandeveldde-Rougale éd., *Dictionnaire de sociologie clinique*. Toulouse, Érès, « Sociologie clinique », 2019, p. 160-161.

<sup>143</sup> M. L. Moquet-Anger, Professions et professionnels de santé, *RDSS* 2022, p. 100.

<sup>144</sup> P. Caillaud, Déclin ou renouveau des professions ? Une notion sous les feux de l'actualité, *Dr. soc.* 2016, p. 103.

## I – L'autonomie des professionnels de santé et de santé au travail.

Les relations entre médecins et professionnels paramédicaux sont historiquement marquées par une dimension hiérarchique certes variable mais presque inévitable au regard de la logique initiale de la régulation des professions de santé. Il subsiste une autorité technique du médecin que l'on retrouve dans les services de prévention et de santé au travail (A). Elle peut néanmoins être accompagnée d'une plus grande autonomie de certains auxiliaires médicaux, spécialement les infirmiers (B). Cette combinaison entre autorité et autonomie pose alors la question du cheminement vers une reconfiguration professionnelle (C).

### A – L'autorité technique du médecin

Le pouvoir médical se manifeste par une certaine autorité conférée aux médecins dans leurs rapports avec d'autres professionnels. Cette autorité prend notamment corps dans les relations entre les médecins et les auxiliaires médicaux. Elle est parfois hiérarchique et plus largement d'ordre technique. Elle se retrouve également dans le rôle du médecin du travail.

#### 1- Les auxiliaires médicaux

**38. Une assistance aux médecins.** Certains professionnels de santé, tels que les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, ont des fonctions, initialement et encore aujourd'hui, définies en grande partie comme une assistance ou un relais des médecins. Douze professions ont été regroupées dans le livre trois de la quatrième partie du Code de la santé publique sous l'appellation d'auxiliaires médicaux<sup>145</sup>. Le médecin constituant la porte d'entrée dans le parcours de soins, les auxiliaires médicaux, et plus largement les paramédicaux si l'on inclut les pharmaciens, interviennent pour l'essentiel sur prescription médicale. Une part d'initiative leur est parfois laissée ; songeons notamment au diagnostic kinésithérapique<sup>146</sup> ou au rôle propre infirmier sur lequel nous reviendrons. Ils n'en restent pas moins dépendants des décisions médicales pour un large champ de leurs missions. A titre d'exemple, le masseur-kinésithérapeute agit « *dans le cadre de la prescription médicale* <sup>147</sup>», et l'infirmier « *donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu* <sup>148</sup>».

Certains devoirs déontologiques peuvent à ce sujet faire écho aux textes définissant les fonctions des professionnels. Et puisqu'ils feront l'objet d'une attention particulière, prenons

---

<sup>145</sup> Les auxiliaires médicaux selon le Livre 3 de la quatrième partie du Code de la santé publique sont : les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire, audioprothésiste, opticiens-lunetiers, orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées et diététiciens.

<sup>146</sup> CSP art. R 4321-2, al. 2.

<sup>147</sup> *Ibid.*

<sup>148</sup> CSP art. L 4311-1, al. 1er.

d'ores et déjà l'exemple des infirmiers.

L'article R 4312-42 du Code de la santé publique dispose que « *l'infirmier applique et respecte la prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, quantitative et qualitative, datée et signée* ». La formulation de la prescription quantitative et qualitative relève de la responsabilité du médecin. Les soins infirmiers ont en effet notamment pour objet de « *contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs* <sup>149</sup> ». L'infirmier est tenu non seulement d'agir en application d'une prescription médicale déjà formulée mais aussi de suivre scrupuleusement la prescription médicale en question. Une modification d'une ordonnance médicale par un infirmier est une faute, même si la prescription aurait pu être établie par tout infirmier au titre de son rôle propre et remboursée dans les mêmes conditions<sup>150</sup>. L'infirmier conserve certes un pouvoir d'appréciation mais il doit malgré tout s'en remettre au prescripteur. L'article 42 du code de déontologie précité ajoute ainsi que, chaque fois qu'il le juge utile, l'infirmier doit demander un complément d'information au prescripteur et vérifier la prescription auprès de son auteur ou, si c'est impossible, d'un autre membre de la profession concernée lorsqu'il a un doute sur la prescription. Seuls l'impossibilité de vérification et les risques manifestes réunis peuvent lui permettre d'agir pour tenter de préserver au mieux la santé du patient.

**39. Le respect des protocoles.** L'auxiliaire médical qu'est l'infirmier doit également respecter les protocoles établis par le médecin<sup>151</sup>. Ces protocoles, distincts des protocoles de coopération, ne transfèrent pas nécessairement des compétences du médecin vers un autre professionnel mais décrivent des soins et techniques que l'infirmier doit accomplir lorsque les critères définis par ce protocole seront réunis. Certains actes ne peuvent être accomplis que si une prescription médicale ou un protocole écrit qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin le prévoit<sup>152</sup>. Les actes concernés ne peuvent être accomplis que dans les conditions prévues par le protocole. L'infirmier peut agir sans le médecin si, en son absence, il reconnaît une situation d'urgence ou de détresse psychologique. Mais même dans ce cas, il doit mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable<sup>153</sup>. L'infirmier doit par ailleurs demander qu'un protocole soit établi lorsqu'il l'estime nécessaire<sup>154</sup>, le médecin devant en retour répondre à cette demande et élaborer le protocole adéquat si la situation l'exige effectivement. Lorsqu'il est inscrit dans le cadre d'un exercice coordonné, le protocole peut toutefois élargir les compétences d'un professionnel, comme le permet par exemple

---

<sup>149</sup> CSP art. R 4311-2.

<sup>150</sup> Ch. disciplin. nat. ordre inf., 21 févr. 2018, n°34-2017-00174.

<sup>151</sup> CSP art. R 4312-43.

<sup>152</sup> CSP art. R 4311-7. Le texte prévoit une liste de 43 actes.

<sup>153</sup> CSP art. R 4311-14.

<sup>154</sup> CSP art. R 4312-43, al. 2.

l'article L 4311-1 alinéa 5 du Code de santé publique. Celui-ci permet à l'infirmier d'adapter la posologie de certains traitements pour certaines pathologies fixées par arrêté.

Ces différents textes contribuent à la protection des compétences médicales. Ce faisant, ils apportent à l'autorité technique du médecin une assise juridique en plus de sa légitimité scientifique. Il en est de même pour le médecin du travail.

## 2- L'autorité du médecin du travail

**40. Le pouvoir décisionnaire.** Les fonctions des professionnels de santé au travail, et a fortiori des autres personnels, dans un service de prévention et de santé au travail s'inscrivent dans un même fonctionnement. Elles sont définies notamment par une dépendance plus ou moins forte aux décisions du médecin du travail. Les actions sur le milieu de travail menées par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail le sont sous la conduite du médecin du travail, selon les termes mêmes de la loi, ainsi que dans le respect du projet de service pluriannuel<sup>155</sup>. Lorsque le service est autonome, le texte n'envisage que le médecin du travail pour mener ces actions. Le détail des prérogatives des professionnels de santé au travail dissipe tout doute éventuel sur le sens à donner au rôle de conducteur des actions de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail. Agir sous la conduite du médecin du travail implique un rapport d'autorité que l'article R 4624-3 du Code du travail mentionne expressément comme condition du libre accès au lieu de travail par les professionnels de santé au travail. C'est aussi sous l'autorité du médecin du travail que le collaborateur médecin, l'interne en médecine du travail ou l'infirmier de santé au travail assurent le suivi individuel de l'état de santé du salarié.

**41. L'organisation par protocole.** L'autorité semble ici entendue dans un sens hiérarchique et non seulement technique. La protection du domaine de compétences du médecin du travail se double d'un pouvoir de direction sur l'action des membres de l'équipe. Ce pouvoir s'exprime à la fois dans l'assignation des tâches à effectuer et dans les modalités mêmes de leur accomplissement. Le médecin du travail peut dire quoi faire et comment le faire. L'instrument juridique employé à cette fin est le protocole. Le protocole organisant le fonctionnement du SPST reflète les relations de dépendance entre le médecin du travail et les membres de l'équipe de santé au travail, et par là le degré d'autonomie de ces derniers. C'est par la voie du protocole que le médecin du travail peut confier, par délégation, aux collaborateurs médecins et aux internes en médecine du travail les visites et examens relevant du suivi individuel<sup>156</sup>, ainsi qu'une partie d'entre eux aux infirmiers de santé au travail<sup>157</sup>.

Le protocole encadre également l'exercice de leurs fonctions par les membres de l'équipe de santé au travail, comme l'indiquent certains textes généraux<sup>158</sup> ou plus spécifiques sur la

---

<sup>155</sup> C. trav. art. R 4624-2, 2°.

<sup>156</sup> C. trav. art. R 4623-14, II.

<sup>157</sup> C. trav. art. R 4623-14, al. 3.

<sup>158</sup> C. trav. art. R 4623-51 à propos du collaborateur médecin.

détermination par protocole des modalités de suivi adaptées aux travailleurs dont l'état de santé, l'âge, les conditions de travail ou les risques professionnels auxquels ils sont exposés le nécessitent<sup>159</sup>. Le protocole indique aussi la périodicité et les modalités du suivi de l'état de santé d'un travailleur handicapé par un professionnel de santé au travail<sup>160</sup>. Et au-delà de catégories particulières de travailleurs, certains modèles de protocoles affichent un degré de précision très élevé dans les activités confiées aux professionnels visés, dont le domaine d'intervention est ainsi strictement délimité. Peuvent par exemple être fixés dans le protocole, entre beaucoup d'autres aspects, la durée minimale de la consultation, le nombre maximal de personnes reçues dans une journée, la description détaillée du contenu de la consultation, ou les cas précis dans lesquels l'infirmier doit réorienter le salarié vers le médecin du travail<sup>161</sup>.

Le protocole est un outil de coordination mais aussi un document qui, tout en étendant les compétences de certains professionnels, peut se révéler très prescriptif. Ce protocole peut ainsi révéler un rapport d'autorité plus qu'une collaboration<sup>162</sup>. L'autorité technique du médecin du travail a également pu être reconnue judiciairement pour limiter les exigences envers un infirmier de santé au travail dont l'insuffisance professionnelle doit être appréciée au regard de cette relation de dépendance<sup>163</sup>. La division du travail au sein des services de santé au travail semble ainsi avoir été longtemps influencée par une compréhension des professions non médicales cantonnées dans des fonctions d'exécution<sup>164</sup>. Cette autorité pourrait être relativisée dans les relations entre un médecin du travail et un médecin praticien correspondant avec lequel le SPST aurait conclu un protocole de collaboration, en application de l'article L 4623-1, IV du code du travail. Dans ce cas en effet, le texte mentionne une participation du médecin praticien correspondant au suivi des travailleurs, à l'exception du suivi individuel renforcé, en lien avec le médecin du travail mais non sous son autorité. Ce lien devra être renforcé tant que le médecin correspondant n'aura pas validé sa formation en santé au travail<sup>165</sup> mais le terme d'autorité n'est pas employé. Toutefois les termes du protocole conclu entre le médecin praticien correspondant, le ou les médecins du travail du service et le directeur du service seront essentiels pour apprécier la capacité d'action du médecin correspondant, notamment à travers les visites, examens, moyens matériels ou informations

---

<sup>159</sup> C. trav. art. R 4624-17.

<sup>160</sup> C. trav. art. R 4624-20.

<sup>161</sup> V. p. ex. l'arrêté du 22 avril 2022 du Ministère de l'agriculture et de l'alimentation fixant le modèle de protocole de coopération permettant le transfert de certaines activités des médecins du travail à des infirmiers qualifiés en santé au travail en application de l'article 2 du décret n°2021-1547 du 29 novembre 2021 relatif aux modalités de mise en œuvre au sein de la mutualité sociale agricole de cette expérimentation : JORF 3 mai 2022, texte n°62.

<sup>162</sup> C. Higounenc, J. M. Lattes, Les relations médecin-infirmiers dans la loi du 20 juillet 2011, incertitudes et ambiguïtés, *Dr. soc.* 2014, pp. 661-667.

<sup>163</sup> CA Amiens, 30 mars 2016, *Dr. ouvr.* 2016, n°817, p. 526, note N. Ferré.

<sup>164</sup> P. Davezies, Intérêt et difficultés de l'insertion des infirmières dans les services inter-entreprises de santé au travail, *Journal des professionnels de santé au travail*, n°5, mai 2010, pp. 14-16.

<sup>165</sup> C. trav. art. R 4623-41.

qui lui seront confiés<sup>166</sup>. L'effectivité du recours à ces médecins praticiens correspondants risque cependant d'être limitée par des difficultés démographiques chez les médecins de ville également.

Quelle que soit la légitimité des médecins, au regard de la qualification professionnelle, à occuper une fonction pivot dans la prise en charge des patients, elle peut aboutir à limiter certains professionnels à un rôle accessoire dénué d'autonomie et occultant parfois leurs compétences réelles.

Mais les demandes d'autonomie et de reconnaissance professionnelle persistent, au point qu'elles trouvent peu à peu leur place dans le droit des professions de santé. Toujours avec ses particularités, le droit de la santé au travail est aussi dans une phase d'évolution vers une légitimité et une autonomie des infirmiers de santé au travail.

### *B – Le développement de l'autonomie de la profession infirmière.*

Si l'attention est portée particulièrement sur les infirmiers c'est à la fois parce qu'ils sont un relais fréquent des médecins dans le suivi des patients et que la demande d'autonomie et de reconnaissance y est très forte<sup>167</sup>. Celle-ci s'est traduite par quelques évolutions juridiques qui pourraient encore être accentuées.

#### 1- Le rôle propre

**42. Une capacité d'initiative limitée.** Nombreuses sont les manifestations ou les prises de parole lors desquelles sont évoquées les tâches effectuées par les infirmiers en lieu et place des médecins, souvent avec leur accord mais en dehors du domaine de compétences infirmier. Un récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) fait à nouveau ce constat de glissements de tâches reconnus par les infirmiers et médecins auditionnés par la mission<sup>168</sup>. La porosité concrète des frontières de compétence interroge la pertinence d'une autonomie accrue des infirmiers dans leur ensemble. L'apparition dans les textes du rôle propre en 1978<sup>169</sup> n'y aurait ainsi pas suffi. Ce rôle propre laisse bien une capacité d'initiative aux infirmiers pour « *les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes* <sup>170</sup> ». Ils peuvent notamment, dans ces domaines, prendre des initiatives et accomplir des actes de soins, poser un diagnostic infirmier, élaborer des

---

<sup>166</sup> Le décret n°2023-1302 du 27 décembre 2023 définit le contenu minimal du protocole de collaboration à l'article R 4623-43 du code du travail. Un modèle devra être défini par arrêté ministériel.

<sup>167</sup> F. Acker, Les infirmières : une profession en crise ?, in J. de Kervasdoué (dir.), *La crise des professions de santé*, Dunod, 2003, pp. 282-306 ; C. Maillard, « Ras la seringue », le premier conflit infirmier, *Les Tribunes de la santé* 2015/1, n°46, pp. 43-48.

<sup>168</sup> V. Fournier et al., *Évolution de la profession et de la formation infirmières*, Rapport IGAS et IGESR, oct. 2022, §168, p. 52.

<sup>169</sup> Loi n°78-615 du 31 mai 1978, JORF 1<sup>er</sup> juin 1978, p. 2235.

<sup>170</sup> CSP art. R 4311-3.



protocoles de soins infirmiers de leur propre initiative<sup>171</sup>. Les limites de leur rôle propre sont toutefois elles aussi fixées par un décret d'actes et les dispositions reconnaissant aux infirmiers un rôle propre ne leur permettent pas d'empiéter sur le champ de compétences d'autres professions en dehors des cas qu'elles déterminent<sup>172</sup>. Le code de la santé publique attribue aux infirmiers le pouvoir, et l'obligation, d'accomplir certains actes, soit sur prescription médicale, soit de leur propre initiative mais dans tous les cas dans les limites des actes énumérés par décret à l'article R 4311-5 du code de la santé publique.

**43. La pertinence en santé au travail.** La capacité d'initiative issue du rôle propre existe aussi pour les infirmiers de santé au travail dans la mise en œuvre des actions de prévention. L'article R 4623-30 du code du travail distingue entre les missions propres de l'infirmier de santé au travail et les missions qui lui sont déléguées par le médecin du travail. Il fait ainsi écho à la dualité rôle propre et tâches prescrites qui définit le champ d'action de l'infirmier. Bien qu'encadrés par les protocoles, les entretiens infirmiers ressemblent à une consultation au cours de laquelle les infirmiers peuvent approfondir la connaissance des expositions aux risques, de l'usure professionnelle, de la pénibilité.<sup>173</sup> Pour que ces entretiens puissent être utiles, une véritable collaboration est nécessaire entre infirmier de santé au travail et médecin du travail<sup>174</sup>, ce qui implique une faculté de proposition octroyée à l'infirmier.

Certains besoins fondamentaux d'un patient considérés comme pouvant être satisfaits par l'infirmier dans son rôle propre ont pu être reliés au champ de la santé au travail<sup>175</sup>. C'est le cas par exemple du besoin de se mouvoir, de maintenir une bonne posture, de se reposer, d'éviter les dangers, de communiquer avec ses semblables, d'agir selon ses valeurs ou d'apprendre. Il n'en reste pas moins nécessaire de travailler à une véritable collaboration pour que la capacité d'initiative de l'infirmier de santé au travail soit réelle et que le suivi puisse déboucher sur des mesures de prévention individuelles et collectives.

Les infirmiers en santé au travail n'ont toutefois pas le statut protecteur des médecins du travail. La montée en compétences pourrait pourtant aller de pair avec un renforcement de l'indépendance professionnelle. Certes celle-ci est affirmée par le code de déontologie infirmier<sup>176</sup> mais dans un rapport salarial elle peut être utilement complétée par un contrôle sur le licenciement. De plus le rôle propre reste cantonné dans les frontières de compétence générales et n'a pas suffi à libérer l'activité infirmière. L'exercice en pratique avancée pourrait alors utilement permettre de développer les compétences et l'autonomie des auxiliaires médicaux, en particulier des infirmiers.

---

<sup>171</sup> CSP art. R 4311-3 al. 2.

<sup>172</sup> CE, 3 oct. 2003, n°244948.

<sup>173</sup> N. Ferré, Les infirmières et infirmiers de santé au travail : une réforme inachevée, *Dr. ouvr.* 2015, n°798, pp. 7-13.

<sup>174</sup> N. Ferré, *op. cit.*, p. 11.

<sup>175</sup> P. Davezies, *op. cit.*

<sup>176</sup> CSP art. R 4312-6.

2- L'exercice en pratique avancée.

**44. Un nouveau mode d'exercice.** L'extension de l'autonomie infirmière et du travail collaboratif ont franchi un pas législatif important avec l'apparition de l'exercice en pratique avancée dans le Code de la santé publique, même si les effets des textes sont pour l'instant en deçà des attentes<sup>177</sup>. C'est la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé<sup>178</sup> qui a affirmé la faculté pour les auxiliaires médicaux d'exercer « en pratique avancée ». Cette faculté doit permettre de mettre en pratique des compétences professionnelles dépassant celles initialement attachées à leur profession par une expertise, une capacité de prise de décision dans des situations complexes et la réalisation d'activités cliniques. Ce type d'exercice professionnel peut comprendre « *des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale* »<sup>179</sup>. Il peut se faire dans une équipe coordonnée par un médecin, ou en assistance d'un médecin spécialiste<sup>180</sup>. L'exercice en pratique avancée n'a pour l'instant été mis en œuvre que pour les infirmiers, bien que les textes législatifs l'instaurant s'appliquent aux auxiliaires médicaux. Les textes réglementaires applicables aux infirmiers déterminent les domaines d'intervention ouverts à l'exercice infirmier en pratique avancée<sup>181</sup>.

**45. Une source de coopération.** Cet exercice en pratique avancée implique en principe autonomie et collaboration. Il peut se faire dans le cadre d'une équipe de soins, soit en établissement de santé, soit dans le secteur ambulatoire. L'utilité du cadre de l'équipe tient non seulement à la présence de plusieurs professionnels de spécialités diverses mais aussi à la mise en place d'un projet de santé commun. Rappelons aussi que l'équipe de soins peut être une personne morale prenant la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé<sup>182</sup>. Le cadre doit être pluriprofessionnel et dépasser l'aspect purement individuel des protocoles de coopération. Dans sa philosophie, la pratique avancée semble indissociable de la coopération<sup>183</sup>. Mais le dispositif actuel de pratique avancée peine pour l'instant à améliorer la reconnaissance professionnelle des infirmiers et la qualité des prises en charge. Un rapport relatif à la concertation sur la pratique avancée recommande de modifier la rédaction de l'article L 4301-1 du code de la santé publique pour que les trois spécialités infirmières (puériculture, infirmiers anesthésistes et infirmiers de bloc opératoire) soient reconnues

---

<sup>177</sup> P. Blemont, J. Debeaupuis, *Concertation sur la pratique avancée infirmière*, Rapport IGAS-IGESR, août 2022, 62 p.

<sup>178</sup> Loi n° 2016-41, JORF 27 janv. 2016.

<sup>179</sup> CSP Art. L 4301-1, 1°.

<sup>180</sup> CSP Art. L 4301-1.

<sup>181</sup> CSP art. R 4301-2 : 1° Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires ; 2° Oncologie et hématologie ; 3° Maladie rénale chronique, dialyse ; transplantation rénale ; 4° Psychiatrie et santé mentale ; 5° Urgences.

<sup>182</sup> CSP art. L 1411-11-1

<sup>183</sup> S. Divay, L. Jovic, *Infirmière en pratique avancée : une voie pour sortir de l'auxiliariat et aller vers la coopération ?*, C. Fournier, L. Girard, A. Luneau (dir.), *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, IRDES 2022, pp. 221-236.

comme de la pratique avancée dans la mesure où les formations préparent aux responsabilités qui y correspondent et à condition que l'autonomie et les formations y soient adaptées<sup>184</sup>.

**46. Une autonomie limitée.** Les infirmiers de santé au travail doivent eux aussi accéder à la pratique avancée, l'existence de cette spécialité étant prévue par la loi. L'article L 4301-1 du Code de la santé publique inclut dans les modalités possibles de l'exercice en pratique avancée, l'assistance d'un médecin du travail au sein d'un service de prévention et de santé au travail. Il est par ailleurs prévu que la visite médicale de mi-carrière puisse être réalisée par un infirmier de santé au travail exerçant en pratique avancée<sup>185</sup>. La loi ne dispose pas sur ce cas précis que l'infirmier agit sur délégation. Mais l'organisation de l'équipe de santé au travail reste confiée au médecin du travail et le Code de la santé publique désigne toujours la pratique avancée en santé au travail comme une activité accomplie en assistance d'un médecin du travail.

Ce constat peut rejoindre les principales critiques adressées aux règles relatives à la pratique avancée et tenant à l'insuffisante autonomie des professionnels, ainsi qu'à leur faible valorisation économique. La pratique avancée permet une autonomie limitée puisque l'infirmier agit uniquement si le médecin lui confie le suivi du patient. C'est le médecin qui détermine, après concertation avec le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée, les patients auxquels un suivi par un infirmier exerçant en pratique avancée est proposé. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont également définis par ce médecin. L'infirmier agit toujours dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant<sup>186</sup> et doit adresser immédiatement le patient au médecin lorsqu'il constate qu'une intervention nécessaire excède son champ de compétences<sup>187</sup>. L'exercice en pratique avancée nécessite en outre l'établissement entre le ou les médecins et le ou les infirmiers concernés d'un protocole d'organisation précisant notamment le ou les domaines d'intervention et les modalités de prise en charge des patients par le ou les infirmiers<sup>188</sup>. Certes la création d'une 5<sup>e</sup> mention « urgences » en octobre 2021 permet une entorse à la règle du « patient confié » sous certaines conditions pour certaines situations présentant un degré moindre de gravité dès lors qu'un médecin intervient lors de la prise en charge<sup>189</sup>. Mais le champ de cette faculté reste très limité. L'IGAS recommande ainsi de supprimer cette notion de « patient confié » à l'infirmier en pratique avancée par le médecin<sup>190</sup> pour faciliter

---

<sup>184</sup> P. Blemont, J. Debeaupuis, *Concertation sur la pratique avancée infirmière*, *op. cit.*, recommandations n°1, 2 et 3, pp. 28-29

<sup>185</sup> C. trav. art. L 4624-2-2, II.

<sup>186</sup> CSP art. R 4301-1 al. 2 et 3

<sup>187</sup> CSP art. R4301-7.

<sup>188</sup> CSP art. R 4301-4.

<sup>189</sup> Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences, JORF 26 oct. 2021.

<sup>190</sup> N. Bohic et al., *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé*, Rapport IGAS, nov. 2021, p. 80, recommandation n°14.

l'accès direct du patient à ces infirmiers hautement qualifiés et plus globalement permettre, de manière cadrée, l'intervention de professionnels paramédicaux en amont du médecin<sup>191</sup>.

**47. Le développement d'un savoir infirmier.** Il semble également nécessaire, pour que la pratique avancée prenne tout son sens, que les conditions soient réunies pour qu'elle soit fondée sur un savoir infirmier approfondi et non sur de simples fonctions déléguées<sup>192</sup>. L'article R 4301-7 du Code de la santé publique impose à cet effet à l'infirmier exerçant en pratique avancée de contribuer à « *l'analyse et à l'évaluation des pratiques professionnelles infirmières et à leur amélioration ainsi qu'à la diffusion de données probantes et à leur appropriation [...], à la production de connaissances en participant aux travaux de recherche relatifs à l'exercice infirmier* ». L'IGAS préconise par ailleurs d'assouplir les droits de prescription des infirmiers en pratique avancée<sup>193</sup>.

Plusieurs pistes peuvent ainsi être explorées pour que la profession infirmière poursuive sa mue. L'évolution des compétences infirmières est souvent considérée comme possible du fait de la capacité des infirmiers à appréhender la personne de façon holistique, à la fois dans ses composantes somatique et psychique, approche renforcée par le développement de la clinique infirmière. L'infirmier peut avoir une approche globale de la personne, notamment lorsque cette personne est un salarié<sup>194</sup>. La reconnaissance de ces capacités professionnelles pourrait se traduire par de nouvelles évolutions, notamment la possibilité pour les patients de s'adresser directement à certains professionnels.

### 3- L'accès direct à certains professionnels

**48. Un exercice sans prescription médicale.** La loi n°2023-379 du 19 mai 2023<sup>195</sup> portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé prévoit la possibilité pour trois catégories de professionnels de santé de « pratiquer leur art sans prescription médicale ». Les professionnels concernés sont les infirmiers en pratique avancée<sup>196</sup>, les masseurs-kinésithérapeutes<sup>197</sup> et les orthophonistes<sup>198</sup>. Il faut à chaque fois que ceux-ci exercent dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné, plus exactement dans un établissement de santé, un établissement et service médico-social, une équipe de soins primaires, un centre de santé ou une maison de santé pluriprofessionnelle. Pour les communautés professionnelles territoriales de santé, cette possibilité n'est ouverte qu'à titre

<sup>191</sup> *Ibid.*, recommandation n°34, p. 135.

<sup>192</sup> D. Morin, A. S. Ramelet, M. Shaha, Vision suisse-romande de la pratique infirmière avancée, *Recherche en soins infirmiers*, 2013/4, n°115, pp. 49-58.

<sup>193</sup> N. Bohic et al., *op. cit.*, recommandation n°13, p. 78.

<sup>194</sup> V. Fournier et al., *op. cit.*, §164, p. 51.

<sup>195</sup> JORF 20 mai 2023.

<sup>196</sup> CSP art. L 4301-2-I.

<sup>197</sup> CSP art. L 4321-1, al. 10 : accès direct possible dans la limite de huit séances.

<sup>198</sup> CSP art. L 4341-1, al. 6.

expérimental. On peut tout d'abord observer que les masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes sont visés sans que soit mentionné un exercice en pratique avancée, à la différence des infirmiers. Si cette mention ne pourrait exister pour les deux premières professions, faute pour elles que l'exercice en pratique avancée leur soit légalement reconnu, il n'en reste pas moins que cela crée une ouverture vers le recours direct en apparence plus large qu'aux infirmiers. Le texte ne distingue pas selon les actes concernés. Il dispose que la pratique sans prescription médicale est une faculté, ce qui signifie qu'une prescription médicale préalable ou contraire reste possible. Mais qu'en serait-il dans ce deuxième cas ? Le médecin pourrait-il contredire l'infirmier ayant agi au préalable et inversement ? Et surtout quelle décision doit prévaloir dans ce cas ? Sans doute la volonté du patient serait-elle le principal critère de décision. Un compte rendu des soins dispensés est systématiquement adressé au médecin traitant du patient et reporté dans le dossier médical partagé de celui-ci.

En matière de santé au travail, l'idée d'un accès direct supposerait d'écarter la nécessité de la délégation du médecin du travail pour accomplir certains examens ou visites ou des actions sur le milieu de travail. L'aspect prescriptif du protocole pourrait également être limité par les textes pour garantir une utilité minimale à l'infirmier de santé au travail. Le protocole conserverait toute son utilité en fixant les modalités de coordination entre membres de l'équipe de santé au travail. La réorientation vers le médecin du travail resterait à envisager. La pratique avancée en santé au travail, nécessaire pour un accès direct aux infirmiers généralisé, reste cependant à construire, dans la pratique comme dans les textes puisque les modalités réglementaires de sa mise en œuvre n'ont pas encore été précisées.

**49. Développer une posture réflexive.** La reconnaissance d'un rôle propre et désormais de l'exercice en pratique avancée doivent permettre le développement d'une « posture réflexive » des infirmiers, brouillant ainsi la distinction entre professions médicales et paramédicales, et remettant en cause la notion même d'auxiliaire médical<sup>199</sup>. Mais affirmer, de diverses manières, l'autonomie dans les textes législatifs et réglementaires n'en garantit pas l'effectivité. Il faut que les professionnels puissent y accéder concrètement et qu'elle puisse se traduire par des possibilités de coopération.

Cette évolution se rapporte en partie aux parcours des professionnels de santé. L'accès à de nouvelles positions professionnelles et à un champ de compétences renouvelé nécessite en effet des possibilités, et des obligations, de formation. Un parcours évolutif peut de la sorte permettre une montée en compétences et se révéler favorable à un travail coopératif.

## II – Les parcours des professionnels de santé

L'accès à une qualification professionnelle est un sésame impératif pour entrer dans une profession de santé et la formation adéquate est nécessaire pour accéder à une autonomie

---

<sup>199</sup> M. Guiganti, La notion d'« auxiliaire médical » et la mutation de la profession infirmière, *RDSS* 2017, p. 708.

source de collaborations accrues (A). De la sorte la qualification initiale ne fige pas les perspectives des professionnels et les modalités de leur exercice. (B).

#### *A – La nécessité de la qualification professionnelle*

La qualification professionnelle nécessaire à l'exercice d'une profession de santé repose sur une exigence de formation et un contrôle tout au long de l'exercice professionnel.

##### 1- L'indispensable formation

**50. Une formation spécifique en santé au travail.** La transformation du travail en santé par le développement des coopérations suppose à la fois formalisation (les protocoles) et formation<sup>200</sup>. La protection du domaine de compétence des professionnels de santé au travail nécessite d'en établir les contours ainsi que les exigences de qualification. C'est le cas pour les fonctions de médecin du travail qui ne peuvent être exercées que pour les personnes remplissant l'une des conditions suivantes<sup>201</sup> :

1° Etre qualifié en médecine du travail ; 2° Avoir été autorisé, à titre exceptionnel, à poursuivre son exercice en tant que médecin du travail en application de l'article 28 de la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 ou de l'article 189 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ; 3° Etre titulaire d'une capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels. Le diplôme d'études spécialisées en médecine du travail est la voie initiale pour exercer les fonctions de médecin du travail mais il est aussi possible d'y accéder par des formations complémentaires.

L'augmentation des capacités de formation des infirmiers de santé au travail semble également nécessaire depuis plusieurs années<sup>202</sup>. Les infirmiers de santé au travail ayant potentiellement un rôle plus important au regard de l'évolution de leur cadre juridique, ce dernier devait inclure un dispositif de formation adapté. Les infirmiers de santé au travail doivent ainsi être non seulement diplômés d'État ou disposer de l'autorisation d'exercer sans limitation dans les conditions prévues par le Code de la santé publique mais aussi disposer d'une formation spécifique<sup>203</sup>. Celle-ci est organisée dans son volume et son contenu par un décret du 27 décembre 2022<sup>204</sup> codifié aux articles R 4623-30 et suivants du Code du travail. La perspective d'une coopération dépassant l'auxiliarat ne peut se passer de cette formation spécifique. Le bon fonctionnement même des délégations de tâches envisagées par le Code

---

<sup>200</sup>P. Davezies, Intérêt et difficultés de l'insertion des infirmières dans les services inter-entreprises de santé au travail, *Journal des professionnels de santé au travail*, n°5, mai 2010, p. 16.

<sup>201</sup> C. trav. art. R 4623-2.

<sup>202</sup> P. Blemont, X. Chestel, H. Siahmed, *Attractivité et formation des professions de santé au travail*, Rapport IGAS-IGAENR, août 2017, p. 23, recommandation n°3.

<sup>203</sup> C. trav. Art. L 4623-10 al. 1 et 2.

<sup>204</sup> D. 2022-1664 relatif à la formation spécifique des infirmiers de santé au travail, JORF 28 déc. 2022.

du travail, du médecin du travail vers l'infirmier de santé au travail, n'est possible qu'en prenant en compte les qualifications complémentaires de l'infirmier de santé au travail<sup>205</sup>. L'employeur doit favoriser la formation continue des infirmiers en santé au travail et les inscrire à une formation en santé au travail dans les douze mois de leur recrutement s'ils n'en ont pas suivi une au préalable<sup>206</sup>.

La formation spécifique des infirmiers de santé au travail inclut différentes dimensions relatives aux risques et pathologies professionnels, à la connaissance du monde du travail et de l'entreprise, aux actions sur le milieu de travail, au suivi individuel des salariés et à la prévention de la désinsertion professionnelle<sup>207</sup>. L'étendue de ce contenu est de nature à laisser ouvertes des possibilités pour les infirmiers d'évoluer dans leurs missions. Surtout l'infirmier de santé au travail ne peut ignorer le caractère pluridisciplinaire de l'équipe dans laquelle il exerce puisque le dernier aspect obligatoire de sa formation spécifique vise l'exercice infirmier dans le cadre des équipes pluridisciplinaires des SPST et la collaboration avec les intervenants en prévention des risques professionnels et les services de prévention des caisses de la Sécurité sociale<sup>208</sup>.

Surtout, la formation est nécessaire pour favoriser une montée en compétences des infirmiers et une meilleure reconnaissance de celles-ci, et permettre ainsi l'essor d'une véritable pluridisciplinarité<sup>209</sup>. C'est de cette manière que pourra aboutir une conception dynamique des compétences entendues à la fois comme capacités professionnelles et comme habilitation à agir. Les frontières persistent donc mais la montée en compétences des professionnels peut contribuer à remodeler une division du travail laissant au médecin du travail une position dominante tout en étant davantage portée sur la pluridisciplinarité<sup>210</sup>.

**51. Une exigence générale de formation.** Au-delà de la santé au travail, les textes prévoient parfois expressément que les évolutions de compétences dans un cadre collaboratif prévues par protocole doivent s'accompagner d'une formation complémentaire. C'est ainsi que pour mettre en œuvre les protocoles permettant une adaptation de posologie par l'infirmier, « *les infirmiers suivent une formation complémentaire, qui comprend un volet théorique, dont les protocoles mentionnés au I définissent les objectifs et la durée, et un volet pratique, consistant en la supervision de la prise en charge d'un nombre minimum de patients, déterminé par lesdits protocoles, par un médecin exerçant au sein des équipes et structures mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3<sup>211</sup>* ».

---

<sup>205</sup> C. trav. Art. L 4623-10, al. 5.

<sup>206</sup> C. trav. art. R 4623-29.

<sup>207</sup> C. trav. Art. R 4623-31-2.

<sup>208</sup> C. trav. Art. R 4623-31-2, 6°.

<sup>209</sup> S. Fantoni-Quinton, *op. cit.*, p. 229.

<sup>210</sup> G. Lecomte-Ménahés, Les médecins du travail indispensables à la division du travail de prévention, C. Fournier, L. Girard, A. Luneau (dir.), *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, IRDES 2022, p. 59 s.

<sup>211</sup> CSP art. D 4311-15-2. Les équipes et structures visées sont les équipes de soins, les communautés territoriales professionnelles de santé, les centres de santé et les maisons de santé.

La qualification professionnelle ainsi obtenue confère un accès à un domaine de compétences que la seule expérience professionnelle ne permettrait pas. Une qualification initiale puis une formation complémentaire sont nécessaires, ce qui confirme l'importance de la qualification professionnelle dans la définition du champ d'action professionnel. Celle-ci est un élément central dans la construction et la définition des professions de santé, en France comme en Europe<sup>212</sup>. Elle est dès lors essentielle à tout développement des coopérations, de même que l'est un contrôle de cette qualification.

## 2- Le contrôle

**52. La multiplicité des normes en santé.** Le parcours d'un professionnel de santé est indissociable d'une recherche permanente d'adaptation de ses compétences. Le devoir de donner des soins conformes aux données acquises de la science est complété par le droit pour toute personne de recevoir « *les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées* »<sup>213</sup>. La particularité du travail en santé vient surtout des nombreuses normes ou « quasi normes »<sup>214</sup> qui constituent des référentiels pour le professionnel dans l'exercice de son activité. Les nouvelles formes normatives que constituent les guidelines, les recommandations de bonnes pratiques, les référentiels ont d'autant plus de force dans le domaine de la santé que se sont accrues les exigences de qualité et de sécurité du système de santé, et désormais de pertinence des soins<sup>215</sup>. Rien d'étonnant alors à ce que certaines d'entre elles se soient vues reconnaître une force obligatoire, comme c'est le cas des recommandations de bonne pratique émises par la Haute autorité de santé (HAS). Ces recommandations peuvent ainsi être opposées aux professionnels lorsque leurs pratiques professionnelles ne s'y conforment pas<sup>216</sup>. La Haute Autorité de Santé a établi plusieurs recommandations de bonne pratique en santé au travail, vingt-deux à l'heure actuelle, sur des thèmes divers tels que la prévention de l'usage des substances psychoactives en milieu professionnel (juin 2022), la prévention de la désinsertion professionnelle (février 2019), la dernière portant sur les catégories d'informations susceptibles d'être intégrées dans le volet santé au travail du dossier médical partagé (mars 2023).

**53. Un contrôle tout au long du parcours.** Les coopérations en santé ne peuvent reposer sur la seule volonté des parties et impliquent une part de contrôle des professionnels pour

---

<sup>212</sup> A. Laude, C. Roynier et D. Tabuteau, *Les professionnels de santé en Europe. La notion de profession de santé*, e-book Institut Droit et Santé, Université Paris Cité : <https://institutdroitsante.fr/publications/publications-ids/ebook/les-professionnels-de-sante/>

<sup>213</sup> CSP Art. L 1110-5.

<sup>214</sup> D. Tabuteau (2015), Référentiels, bonnes pratiques et recommandations : nouvelles normes ou « quasi normes » en santé, *Journal du droit de la santé et de l'assurance maladie*, n°3, pp. 7-16.

<sup>215</sup> A. S. Ginon, La pertinence des soins, nouvelle valeur du système de santé ?, *RDSS*, 2018, pp. 428-436.

<sup>216</sup> CE, 27 avril 2011, n°334396.



s'assurer que le travail accompli corresponde toujours à la qualification exigée. Le contrôle du contenu des protocoles organisant la coopération en est une étape mais l'activité individuelle des professionnels est aussi concernée. Pour les professions pourvues d'un Ordre, la compétence des professionnels doit être vérifiée au moment de l'inscription au tableau de l'Ordre, notamment en cas de réorientation professionnelle. Il appartient aux instances compétentes de l'Ordre d'apprécier notamment la pratique professionnelle du praticien ainsi que les efforts accomplis pour assurer la mise à jour de ses connaissances<sup>217</sup>. L'Ordre doit pour cela vérifier le parcours déjà accompli par le professionnel et peut tenir compte, par exemple, de graves reproches de ses supérieurs et d'une procédure de licenciement pour des erreurs et négligences<sup>218</sup>. Le défaut significatif de pratique, s'il fait courir un risque aux patients, peut justifier une obligation de formation<sup>219</sup> ou une décision de suspension<sup>220</sup>. La préservation de la santé publique et la sauvegarde des intérêts des patients peuvent justifier, même en l'absence de poursuites disciplinaires, qu'un praticien soit invité à compléter et actualiser ses connaissances et à approfondir sa pratique professionnelle, avant de pouvoir reprendre le cours normal de ses activités<sup>221</sup>. Lorsque le professionnel de santé est salarié, le champ de sa qualification professionnelle peut aussi influencer le parcours si l'employeur décide d'adapter le travail d'un ou plusieurs salariés aux besoins de son organisation.

Dans le domaine de la santé au travail, le rôle du médecin du travail est essentiel pour s'assurer que les compétences des autres membres de l'équipe de santé au travail sont congruentes avec leurs fonctions. Il doit y être particulièrement attentif lorsqu'il procède à des délégations de tâches. Mais le contrôle peut être en dernier lieu du ressort de l'Ordre et du SPST en tant qu'employeur. Cette articulation des contrôles se retrouve dans l'évolution des connaissances et des compétences.

## *B - L'évolution des connaissances et compétences*

### 1- Les obligations générales

**54. Le suivi de formations.** Les objectifs de qualité des soins et de sécurité du patient rejoignent le devoir légal et déontologique d'actualiser et de perfectionner ses compétences. L'actualisation des connaissances et des compétences est d'abord une obligation générale. Lorsqu'elle fait défaut au point d'aboutir à une insuffisance professionnelle rendant dangereux l'exercice de la profession, la formation disciplinaire de l'Ordre peut prononcer une suspension temporaire, totale ou partielle, du droit d'exercer<sup>222</sup>. Le praticien qui a fait l'objet

---

<sup>217</sup> CE 17 oct. 2016, n°394468.

<sup>218</sup> CE 20 déc. 2018, n°413576.

<sup>219</sup> CE 13 févr. 2019, n°414252.

<sup>220</sup> CE 6 oct. 2017, n°414253.

<sup>221</sup> CE 26 oct. 2016, n°403566.

<sup>222</sup> CSP art. R 4124-3-5.

d'une telle mesure ne peut ensuite reprendre son activité s'il n'a pas suivi l'obligation de formation imposée par le conseil l'ayant suspendu<sup>223</sup>.

**55. Le développement professionnel continu.** Plus spécialement, tout professionnel de santé doit justifier avoir accompli des actions de formation éligibles au titre du développement professionnel continu. Le développement professionnel continu (DPC) s'inscrit dans des orientations pluriannuelles prioritaires définies par arrêté ministériel. Le professionnel doit justifier de l'accomplissement des actions de DPC tous les trois ans. Ces actions sont choisies par le professionnel parmi trois catégories d'actions que sont la formation continue, l'analyse, l'évaluation et l'amélioration des pratiques et enfin la gestion des risques. Il peut, pour se faire, soit se conformer à un enchaînement d'actions défini par le Conseil national professionnel (CNP) compétent, soit justifier d'une démarche d'accréditation ou d'un ensemble d'actions choisies par lui. Pour les médecins du travail, le CNP compétent est le Conseil national professionnel de médecine du travail. Pour les professionnels salariés, comme les professionnels de santé au travail, le choix des actions de DPC par le professionnel doit s'effectuer « *en lien avec l'employeur*<sup>224</sup>».

Le DPC est avant tout centré sur l'adaptation à l'évolution du poste et des qualifications propres à une profession ou une spécialité. La définition des orientations pluriannuelles prioritaires du DPC par arrêté ministériel en est un premier indice puisqu'elle comporte des orientations définies par profession ou par spécialité sur la base des propositions des conseils nationaux professionnels<sup>225</sup>, ou, en l'absence de conseils nationaux professionnels, des représentants de la profession ou de la spécialité. S'y ajoutent des orientations s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé et des orientations issues du dialogue conventionnel propre aux conventions d'exercice libéral<sup>226</sup>. Ces orientations sont actuellement issues d'un arrêté du 7 septembre 2022 pour les années 2023 à 2025<sup>227</sup>. L'exercice coordonné n'y apparaît pas directement. Le lien entre santé et travail fait l'objet d'une orientation possible pour les médecins spécialisés en médecine générale (orientation 98).

**56. La certification périodique.** L'arrivée de la certification professionnelle périodique dans le droit des professions de santé pourrait-elle contribuer à relier le contrôle sur la formation et le développement des coopérations entre professionnels de santé ? Elle a en tous cas été perçue comme un moyen pour la profession infirmière de valider les expertises acquises au fil du temps et de pratiquer des actes supplémentaires dans le cadre de missions globalement

---

<sup>223</sup> CSP art. R 4124-3-6.

<sup>224</sup> CSP art. L 4021-3, al. 1er.

<sup>225</sup> V. D. n°2019-17, 9 janv. 2019, JORF 11 janv. 2019.

<sup>226</sup> Art. L 4021-2 CSP.

<sup>227</sup> JORF 9 sept. 2022.

définies<sup>228</sup>. Insérée dans le code de la santé publique par une ordonnance du 19 juillet 2021<sup>229</sup>, et applicable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023, la certification périodique impose aux professionnels de santé concernés<sup>230</sup> d'établir que sur une période de six ans ils ont suivi un programme minimal d'actions, pouvant inclure les actions de DPC et visant à<sup>231</sup> :

- 1° Actualiser leurs connaissances et leurs compétences ;
- 2° Renforcer la qualité de leurs pratiques professionnelles ;
- 3° Améliorer la relation avec leurs patients ;
- 4° Mieux prendre en compte leur santé personnelle.

Ces actions sont retracées dans un compte individuel et le respect de l'obligation de certification est vérifié par l'ordre professionnel compétent<sup>232</sup>.

Les différences entre la certification périodique et le DPC tiendraient notamment à une meilleure valorisation des activités diverses des professionnels, à une plus grande autonomie du professionnel et à une plus grande attention portée à l'exercice quotidien et effectif<sup>233</sup>. La certification viserait à refléter davantage la vie et le parcours professionnel sans qu'elle soit assimilée à un exercice de contrôle. Il semble difficile toutefois de n'y voir qu'un dispositif d'accompagnement dans la mesure où elle a été aussi conçue comme un moyen d'identifier les professionnels compétents et les non-compétents, notamment par la présence d'éventuels « signaux négatifs<sup>234</sup> ». Le caractère contraint reste donc fort présent dans le dispositif de certification. Celle-ci pourrait-elle être perçue comme un moyen pour les professionnels de faire évoluer leur position professionnelle ?

**57. Des perspectives à développer.** Sur ce point l'accès à la pratique avancée semble plus approprié. Elle représente à la fois une reconnaissance du parcours accompli, une durée minimale d'activité de trois ans équivalent temps plein de la profession d'infirmier étant requise, et une perspective de changement pour la pratique professionnelle à venir. L'expérience ne suffit cependant pas et l'obtention d'une qualification professionnelle matérialisée par un diplôme d'Etat de niveau master délivré par l'université est nécessaire<sup>235</sup>. Les obligations liées à l'actualisation des connaissances et compétences s'appliquent à tous les professionnels de santé au travail. La question de la possibilité, par ces règles, d'évoluer

---

<sup>228</sup> V. Fournier et al., *Évolution de la profession et de la formation infirmières*, Rapport IGAS et IGESR, oct. 2022, pp. 60-62, recommandation n°16.

<sup>229</sup> Ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé, JORF 21 juill. 2021.

<sup>230</sup> CSP art. L 4022-3 : « Sont soumis à une obligation de certification périodique les professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien, d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue ».

<sup>231</sup> CSP art. L 4022-2.

<sup>232</sup> CSP art. L 4022-9 et 10.

<sup>233</sup> S. Uzan, *Mission de recertification des médecins. Exercer une médecine de qualité grâce à des connaissances et des compétences entretenues*, Rapport auprès de la Ministre des solidarités et de la santé et de la Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, nov. 2018, 57 p.

<sup>234</sup> *Ibid* p. 29.

<sup>235</sup> CSP art. D 4301-8 ; C. éduc. Art. 636-73 et s.

professionnellement se pose également. Quelques souplesses ont toutefois été prévues pour les professionnels souhaitant se spécialiser dans la santé au travail.

2- Une évolution facilitée vers les services de prévention et de santé au travail

**58. Un accès anticipé.** Sans occulter la nécessité d'une formation complétant la formation initiale, la pénurie de professionnels peut amener le législateur à accélérer l'entrée dans les nouvelles fonctions. C'est le cas pour certains médecins souhaitant se rapprocher de la spécialité de santé au travail. La loi prévoit ainsi la possibilité pour un collaborateur médecin non spécialiste en médecine du travail d'exercer les fonctions dévolues au médecin du travail, sous l'autorité de ce dernier. Elle exige pour cela que le collaborateur médecin soit engagé dans une formation qui lui permette d'obtenir la qualification de médecin du travail auprès de l'Ordre des médecins<sup>236</sup>. Le texte n'impose pas que la formation soit terminée et validée, ce que confirme l'obligation pour le collaborateur médecin recruté de s'engager à suivre une formation en vue d'obtenir la qualification de médecin du travail<sup>237</sup>. Il n'est pas nécessaire d'attendre que le diplôme sanctionnant la formation, un diplôme interuniversitaire en l'occurrence, soit obtenu pour que le collaborateur médecin puisse être recruté et commencer à exercer. Il faudra néanmoins que l'engagement de suivre la formation soit tenu et que celle-ci soit validée pour que le collaborateur médecin puisse continuer à exercer. L'autorisation d'exercer sans le diplôme adéquat est temporaire. Elle n'en montre pas moins que l'urgence d'un manque d'effectifs peut conduire le législateur à ne pas attendre qu'une formation soit arrivée à son terme pour qu'un changement de parcours professionnel soit admis. Pour garantir la qualité de la formation, une mission IGAS-IGAENR a proposé de réduire la durée de la formation à trois ans et d'instaurer une sélection à l'entrée de la formation<sup>238</sup>. Mais l'attractivité de la spécialité de médecine du travail pose question en amont auprès des étudiants en médecine et les divers palliatifs envisagés peuvent sembler très insuffisants à résoudre les manques d'effectifs tout en maintenant la qualité du contrôle médical<sup>239</sup>.

**59. Le médecin praticien correspondant.** L'arrivée dans le dispositif législatif d'un médecin praticien correspondant est également vue avec un certain scepticisme. Un médecin peut ainsi signer un protocole de collaboration avec un service de prévention et de santé au travail pour contribuer au suivi médical des salariés, en dehors du suivi renforcé<sup>240</sup>. Une telle possibilité peut également être prévue par un accord collectif de branche étendu après avis du Conseil national de l'ordre des médecins pour le suivi des salariés des particuliers employeurs, des

---

<sup>236</sup> C. trav. art. L 4623-1.

<sup>237</sup> C. trav. art. R 4623-25.

<sup>238</sup> P. Blemont, X. Chestel, H. Siahmed, *Attractivité et formation des professions de santé au travail*, Rapport IGAS-IGAENR, août 2017, p. 59.

<sup>239</sup> M. Véricel, La protection de la santé des travailleurs demeure en question, *Mélanges en l'honneur de Pierre-Yves Verkindt*, LGDJ, Lextenso, 2022, p. 467.

<sup>240</sup> C. trav. art. L 4623-1, IV.

assistants maternels et des mannequins<sup>241</sup>. Le médecin praticien correspondant doit déjà disposer d'une formation en médecine du travail et le protocole peut ajouter des garanties de formation supplémentaires. Le dispositif a certes l'avantage d'exiger une formation préalable, ou au plus tard dans l'année suivant la conclusion du protocole<sup>242</sup>, sans exclure d'éventuels compléments. Il est par ailleurs territorialisé puisque le protocole de collaboration ne peut être conclu que dans les zones sous-dotées en médecins du travail, décision prise par le directeur de l'Agence Régionale de Santé<sup>243</sup>. Mais il pourrait ne produire que peu d'effets, les médecins de ville étant eux-mêmes en nombre insuffisant et surchargés, alors qu'il serait peut-être plus opportun de créer des infirmiers en pratique avancée de santé au travail<sup>244</sup>.

**60. Les infirmiers en santé au travail.** La possibilité d'un exercice parallèle au suivi d'une formation en santé au travail est également présente dans les règles relatives aux infirmiers de santé au travail. L'infirmier doit disposer d'une formation spécifique mais s'il est recruté sans avoir suivi cette formation au préalable, l'employeur doit l'y inscrire dans les douze mois suivant son recrutement, ou avant le terme de son contrat si celui-ci est un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois<sup>245</sup>. Ici encore l'obtention de la qualification n'est pas une condition préalable au recrutement. On peut y voir l'empreinte d'une logique d'urgence visant à répondre à un manque d'effectifs. C'est aussi une certaine confiance doublée d'une exigence envers le médecin du travail qu'implique l'exercice concomitant à la formation. Selon le Conseil d'État il revient en effet au médecin du travail d'apprécier les compétences de l'infirmier de santé au travail<sup>246</sup>, qu'il ait ou non suivi une formation spécifique, même s'il n'est pas de son ressort de l'y inscrire. Le médecin du travail doit assurer un fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire cohérent et garantissant la qualité des actions de l'équipe.

**61. Des difficultés persistantes.** La recherche de remèdes à la pénurie de médecins du travail par l'ouverture à la pluridisciplinarité et par l'accès à des formations complémentaires ne saurait masquer le défaut d'attractivité de la médecine du travail. Les effectifs restent peu élevés et au 1<sup>er</sup> janvier 2022, 2715 médecins du travail sur les 4812 inscrits au répertoire partagé des professions de santé avaient 55 ans et plus<sup>247</sup>. L'enrichissement du contenu du métier et de ses aspects scientifiques et médicaux pourrait aussi en renforcer la visibilité et la légitimité<sup>248</sup>. Les coopérations entre professions et spécialités différentes ne semblent pas s'y opposer par principe.

---

<sup>241</sup> C. trav. art. L 4625-2.

<sup>242</sup> C. trav. art. R 4623-41.

<sup>243</sup> Les modalités du diagnostic territorial sont définies à l'article R 4623-42 du code du travail.

<sup>244</sup> J. M. Soulat, une loi de plus... Pour préparer la prochaine ?, *Dr soc.* 2021, p. 889.

<sup>245</sup> C. trav. art. L 4623-10, al. 3.

<sup>246</sup> CE, 18 juill. 2022, n°465316.

<sup>247</sup> ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1<sup>er</sup> janvier 2022 : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

<sup>248</sup> P. Blémont et al., *op. cit.*, p. 29.

## Conclusion de la première partie

**62. Un pouvoir d'agir à développer.** L'objectif de cette première partie était de faire ressortir une logique commune à la régulation des professions de santé tout en mettant en exergue les particularités propres aux professionnels de la santé au travail. L'hypothèse du travail coopératif peut constituer un angle d'analyse pour comprendre cet équilibre entre des principes communs et des spécificités dans le champ de la santé des travailleurs.

Le premier principe commun tient à la répartition des compétences faite en fonction de la qualification professionnelle. S'applique ensuite une logique dérogatoire consistant à accorder une compétence générale au médecin, puis des compétences plus limitées aux autres professionnels intervenant dans la prise en charge. Les rapports entre le médecin du travail et les autres professionnels de santé au travail sont juridiquement organisés de la même manière. Des délégations d'activité sont possibles entre professionnels de santé, y compris dans un service de prévention et de santé au travail. Mais pour ces derniers, les délégations sont cantonnées à des tâches prévues par la loi alors que les protocoles de coopération sont plus ouverts.

La pluridisciplinarité est affichée expressément comme une caractéristique du fonctionnement de ces services de prévention et de santé au travail mais elle ne se manifeste pas nécessairement par une réorganisation de la répartition des compétences entre professionnels de santé. Elle doit pouvoir malgré tout s'accompagner d'une certaine autonomie. Les coopérations peuvent s'accomplir dans le cadre d'une relation hiérarchique mais elles supposent tout de même des relations qui ne soient pas uniquement verticales, reconnaissant une capacité professionnelle et un pouvoir d'agir à tous ses participants. Même l'accompagnement d'un médecin du travail, qui reste animateur et coordinateur d'une équipe, peut impliquer une capacité d'initiative, mise en valeur par un fonctionnement coopératif et non uniquement exécutif.

**63. Des professions de santé à revisiter.** On peut également entrevoir une réflexion sur la place des travailleurs de la santé n'ayant pas la qualité de professionnels de santé. L'étude des coopérations met en avant une conception juridique de la pluridisciplinarité qui maintient une différence nette entre les professionnels de santé et les professionnels qui n'entrent pas dans une profession de santé, au sens du code de la santé publique. Les intervenants en prévention des risques professionnels, ergonomes ou psychologues par exemple, sont reconnus par la loi comme des acteurs des services de prévention et de santé au travail. Mais le médecin du travail ne peut leur déléguer les mêmes tâches qu'aux professionnels de santé au travail. Le prisme des coopérations rappelle l'importance de cette qualification juridique de profession de santé, incluant certes des professions aux fonctionnements divers, mais reposant sur une organisation juridique en partie commune. Les contours de cette qualification n'en sont pas moins ouverts à des modifications.

Il devient maintenant nécessaire de compléter la réflexion en s'intéressant à l'objet de l'activité de ces professionnels divers, c'est-à-dire la santé des travailleurs. Le travail collaboratif en santé au travail peut en effet être analysé au regard des évolutions dans la façon de concevoir cet objet.

## Deuxième partie : La santé des travailleurs comme objet du travail coopératif

**64. Protéger la personne.** Une conception de la santé orientée vers une logique de parcours suppose de faire intervenir à des moments divers des professionnels disposant de savoirs et de pratiques différents. Une appréhension élargie de la santé, physique et mentale, englobe en effet le soin, le suivi et la prévention et peut dès lors être reliée à la pluridisciplinarité et à la coopération qu'elle suppose. C'est ce qui peut et pourrait amener des évolutions dans la répartition des compétences entre professionnels de santé. Une telle optique peut se retrouver dans le droit de la santé au travail qui implique pour les employeurs la nécessité de construire un parcours de protection et d'amélioration de la santé des travailleurs. Certes la notion de parcours ne recouvre pas dans ce cas la même signification car n'étant pas centrée sur l'individu, mais on peut y retrouver une conception de la santé élargie à la personne dans son ensemble et à la nécessité de l'envisager sur un temps long. Cela conduit également à s'intéresser à la variété des déterminants de la santé, parfois aussi dénommés facteurs de risques, notamment dans un cadre professionnel. Bien au-delà d'un capital géré individuellement, la santé d'une personne peut être influencée par de nombreux facteurs, environnementaux, professionnels, économiques, sociaux. La variété des déterminants de la santé et des manifestations de la santé pour la personne nécessite des approches par des disciplines diverses et une collaboration entre les professionnels qui les portent.

Dans ce contexte la pertinence des domaines de compétence des professionnels intervenant dans la prise en charge peut être interrogée. Les professionnels de santé au travail ont nécessairement un rôle à y jouer, pour peu que la santé au travail soit incluse dans la protection de la santé des personnes. Nous nous limiterons ici à l'étude d'une mise en relation par le droit entre la protection de la santé du salarié et le travail coopératif en santé au travail. Les propos qui suivent visent surtout à questionner l'adéquation entre les contours de la santé du salarié au sens du droit et la régulation juridique de l'activité des professionnels de santé, ayant la santé du salarié pour objet d'intervention.

Nous verrons dans un premier temps que l'action des services de prévention et de santé au travail (SPST) peut juridiquement, dans une certaine mesure, intégrer une vision élargie de la santé au travail et y trouver une assise propice aux coopérations (section 1). Puis nous chercherons à élargir la réflexion au rapprochement entre santé publique et santé au travail, auquel pourraient contribuer les coopérations entre professionnels de santé et professionnels de santé au travail (section 2).

### Section 1 : Un travail collaboratif en phase avec les évolutions du droit de la santé au travail

En tant qu'objet du travail des personnels de santé au travail, la santé des salariés guide l'orientation de leurs missions. Les évolutions du droit de la santé des salariés (1) rejoignent



l'étendue du domaine d'action des professionnels de santé au travail en la matière (2). Les différentes manières de collaborer entre ces professionnels peuvent contribuer à une meilleure adaptation du travail à l'homme.

### I – Une conception élargie de la santé au travail propice aux coopérations

Plusieurs chemins ont été empruntés pour édifier un droit de la santé au travail, ceux des obligations de l'employeur et des prérogatives des acteurs de la santé au travail notamment. Les transformations de l'obligation de prévention de l'employeur révèlent particulièrement l'appréhension globale de la santé qui a pu influencer les domaines d'action des acteurs dont font partie les SPST (A). Ces transformations se déclinent en particulier dans l'analyse de la charge de travail (B) et de l'exposition des salariés aux risques professionnels (C).

#### A – La protection de la personne des travailleurs

**65. Le champ de la santé au travail.** L'évolution du droit de la santé au travail peut être reliée aux nécessités d'une pluralité d'acteurs, d'échanges de savoirs et de compétences, autrement dit à une idée globale de coopération. Cette dernière n'est par ailleurs pas exclusive d'un maintien d'exigences importantes envers l'employeur dont les responsabilités subsistent et n'ont pas vocation à être endossées par d'autres acteurs, professionnels de santé notamment. Le propos ambitionne plutôt de souligner l'extension du droit de la santé au travail et l'utilité accrue des coopérations dans un tel contexte.

Le droit de la santé au travail vise la santé de la personne, à savoir « l'état physiologique d'un individu, tant sur le plan mental que physique <sup>249</sup> ». L'extension du champ du droit de la santé au travail prend ainsi appui sur une définition de la santé intégrant la personne du salarié dans sa globalité. Mais c'est aussi en reconnaissant l'importance, et même la centralité de l'organisation du travail que le droit de la santé au travail a évolué <sup>250</sup>.

La protection de la santé des salariés ne s'est pas tout de suite manifestée par une obligation générale de prévention des risques professionnels. Elle est d'abord passée par une protection de l'hygiène et de la sécurité physique des salariés. Se sont alors développées petit à petit des obligations précises au champ limité portant sur des risques liés à l'utilisation de certains agents et produits ou à des situations spécifiques de travail. Ces obligations particulières constituent toujours une composante importante du droit de la santé au travail. En témoignent par exemple les risques nommés « risques d'exposition » par le code du travail (intitulé du Livre 4, 4<sup>e</sup> partie de la partie réglementaire du code du travail <sup>251</sup>) tels que, par exemple, les risques chimiques, biologiques, d'exposition au bruit ou aux vibrations

---

<sup>249</sup> F. Héas, De la sécurité à la santé, les évolutions de la prévention au travail, F. Héas (dir.), *La prévention des risques au travail. Vingt-cinq ans après la directive-cadre du 12 juin 1989*, Sem. Soc. Lamy suppl. n°1655, 2014, p. 27.

<sup>250</sup> F. Héas, La place de l'organisation du travail dans le droit de la santé au travail, RDT 2023, p. 318 ; L. Jubert, *L'organisation du travail et la prévention des risques professionnels*, thèse Paris Nanterre 2019, 658 p.

<sup>251</sup> C. trav. art. R 4411-1 et s.

mécaniques. Mais les nombreuses obligations particulières ne peuvent suffire à appréhender l'ensemble des risques professionnels. L'organisation du travail expose les salariés à de nombreux risques pouvant être notamment issus de l'intensité du travail, du manque d'autonomie, des contraintes horaires<sup>252</sup>. Le développement progressif d'une logique de prévention a alors utilement pris appui sur une obligation générale de prévention des risques professionnels contribuant à ce que la prévention en droit du travail soit parfois érigée au rang de paradigme<sup>253</sup>. Le droit de la santé au travail n'est plus seulement un droit technique de l'hygiène et de la sécurité au travail mais désormais, plus largement, « *un droit de la protection de la santé de la personne en entreprise* <sup>254</sup> ». La santé est un attribut de la personne qui doit être envisagée de manière large, dans ses composantes comme dans les facteurs de risques. Le rôle du juge a été essentiel dans cette construction reposant sur les deux piliers que sont les principes généraux de prévention et l'interdiction des discriminations fondées sur l'état de santé<sup>255</sup>.

**66. L'impératif de prévention.** Cet impératif de prévention est fondé sur plusieurs principes généraux de prévention énoncés à l'article L 4121-2 du code du travail. Parmi ceux-ci l'évaluation des risques et le principe essentiel d'adaptation du travail à l'homme<sup>256</sup> peuvent contribuer au développement du rôle des acteurs de la santé au travail sans pour autant réduire les responsabilités de l'employeur. Le principe d'adaptation du travail à l'homme dans le droit du travail et l'édification de celui-ci comme principe socle du droit de la santé au travail, vient de la convention OIT n°155 du 26 juin 1981 portant sur la sécurité et la santé des travailleurs, qui met en avant ce principe dans son article 5. Par la suite la convention OIT n°161 du 25 juin 1985 sur les services de santé au travail reprend ce principe et confie aux services de santé au travail la charge de conseiller l'employeur sur les questions d'adaptation du travail aux capacités des travailleurs et notamment à leur santé physique et mentale. Ces textes inspirent le droit communautaire et la directive cadre du 12 juin 1989<sup>257</sup>. Celle-ci sera transposée en droit français par la loi du 31 décembre 1991<sup>258</sup> prenant corps dans les articles L 230-2 et suivants, devenus L 4121-1 et suivants du code du travail.

---

<sup>252</sup> Voir les résultats de l'enquête Sumer 2017 parus en septembre 2019 sur l'évolution des expositions des salariés du secteur privé aux risques professionnels lors des 20 dernières années.

<sup>253</sup> S. Garnier, *Droit du travail et prévention. Contribution à l'étude d'un nouveau paradigme*, LGDJ, Bibl. de droit social, t. 77, 2019, 444 p.

<sup>254</sup> S. Fantoni-Quinton, F. Héas, Pour une reconfiguration des principes en santé au travail, *Dr. soc.* 2016, p. 531.

<sup>255</sup> P. Y. Verkindt, L'irrésistible ascension du droit de la santé au travail, *JCP S* 2015, 1243, n°7 et s.

<sup>256</sup> P. Lokiec, L'adaptation du travail à l'homme, *Dr. soc.* 2009, pp. 755-756 ; P. Y. Verkindt, Adapter le travail à l'homme. Centralité du travail ou centralité de l'homme au travail, *Le travail et la mer, Liber amicorum en hommage à Patrick Chaumette*, éd. A. Pédone, 2021, pp. 343-350 ; H. Lanouzière, Adapter le travail à l'homme : la portée pratique et juridique insoupçonnée d'un principe essentiel de la santé au travail, *Sem. soc. Lamy* 2019, n°1873.

<sup>257</sup> Directive n°89/391 CEE du 12 juin 1989, JOCE L. 183 du 29 juin 1989, p. 1.

<sup>258</sup> Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail, JORF 7 janv. 1992.

L'obligation pour l'employeur de mettre en place « *une organisation et des moyens adaptés* »<sup>259</sup> à la protection de la santé physique et mentale des salariés caractérise la mutation du principe d'adaptation du travail à l'homme d'un principe moral en principe juridique<sup>260</sup>.

L'arrivée dans le droit d'une obligation générale de prévention consacre ainsi une vision dynamique de la santé au travail<sup>261</sup>. L'employeur ne peut plus se contenter de respecter des règlements particuliers. Il doit faire preuve d'initiative, de pro-activité, d'imagination même pour anticiper les risques, y compris ceux qui n'ont pas été précisément identifiés par un texte réglementaire. C'est ce que manifeste l'arrivée de l'expression d'obligation de sécurité de résultat. Elle fut consacrée dans plusieurs arrêts rendus par la chambre sociale de la Cour de cassation le 28 février 2002<sup>262</sup> pour qualifier de faute inexcusable l'inaction d'un employeur face à un danger pour ses salariés dont il avait ou aurait dû avoir conscience. Née dans le contentieux de la sécurité sociale, l'obligation de sécurité de résultat va s'étendre au droit du travail et s'appliquer à d'autres types de contentieux<sup>263</sup>. L'expression perdurera pour ensuite se faire plus rare jusqu'à l'arrêt dit Air France affirmant que « *ne méconnaît pas l'obligation légale lui imposant de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, l'employeur qui justifie avoir pris toutes les mesures prévues par les articles L. 4121-1 et L. 4121-2 du code du travail* »<sup>264</sup>. L'abandon de l'expression d'obligation de sécurité de résultat doit toutefois immédiatement être nuancée car les exigences envers l'employeur n'ont en réalité pas considérablement diminué depuis l'arrêt Air France<sup>265</sup>. Le retrait de cette formulation ne pouvait en effet être vu comme le signe d'une moindre exigence judiciaire, l'importance des mesures attendues étant toujours présente dans les articles L 4121-1 et L 4121-2 du code du travail<sup>266</sup>.

La santé des salariés comporte par ailleurs de nombreux aspects auxquels l'employeur doit être attentif en faisant preuve d'initiative.

---

<sup>259</sup> C. trav. art. L4121-1, 3°.

<sup>260</sup> P. Y. Verkindt, Adapter le travail à l'homme. Centralité du travail ou centralité de l'homme au travail, *op. cit.*, p. 349.

<sup>261</sup> Sur l'importance du rôle du juge dans la construction et l'évolution d'un droit de la santé au travail, l'expansion des notions de conditions de travail et de santé au travail : P. Y. Verkindt, Pratique du juge et interprétation des normes : regards historique et contemporain sur la construction du droit de la santé au travail, in N. Chaignot-Delage, C. Dejours (dir.), *Clinique du travail et évolutions du droit*, Puf, 2017, pp. 63-82.

<sup>262</sup> Cass. soc., 28 févr. 2002, n° 00-11.793, 99-18.390, *JCP E* 2002, p. 643, note G. Strebelle ; *D.* 2002, jurispr. p. 2696, comm. X. Prétot ; *TPS* 2002, comm. 116, obs. X. Prétot ; *RJS* 2002, n° 618, 6e et 7e esp. ; *JSL* 2002, n° 98, p. 7, note M. Hautefort.

<sup>263</sup> S. Bourgeot, M. Blatman, De l'obligation de sécurité de l'employeur au droit à la santé des salariés, *Dr. soc.* 2006, pp. 653-661 ; M. Blatman, L'obligation de sécurité, *Dr. soc.* 2011, pp. 743-757 ; G. Pignarre et L.-F. Pignarre La prévention : pierre angulaire ou/et maillon faible de l'obligation de santé et sécurité au travail de l'employeur ?, *RDT* 2016, pp. 151-158 ; E. Jeansen, L'éclipse de l'obligation de sécurité ? L'éveil d'un principe ?, *Dr. soc.* 2020, p. 277.

<sup>264</sup> Cass. soc. 25 nov. 2015, n°14-24444, *JCP E* 2016, 1146, n°12, obs. A. Bugada ; M. Babin, L'obligation de sécurité de résultat, nouvelle approche, *JCP S* 2016, 1011 ; G. Loiseau, Le renouveau de l'obligation de sécurité, *JCP S* 2016, 1220 ; F. Dumont, Une nouvelle lecture de l'obligation de sécurité de « résultat », *JCP S* 2016, 1046.

<sup>265</sup> L. de Montvalon, Réflexions à propos de la redéfinition de l'obligation de sécurité en droit de la sécurité sociale, *RDT* 2021, p. 67.

<sup>266</sup> P. H. Antonmattei, Obligation de sécurité de résultat : virage jurisprudentiel sur l'aile I, *Dr. soc.* 2016, p. 457.

**67. La personne et l'organisation du travail.** De ce point de vue, l'intensité de l'obligation de sécurité constitue un aspect important de la construction de la prévention des risques, au même titre que son champ d'application. En intégrant la santé mentale et physique, l'obligation de prévention, terme plus large que celui d'obligation de sécurité, permet d'envisager la protection de la santé du salarié de façon globale, visant sa personne et non uniquement son intégrité physique<sup>267</sup>. L'obligation de prévention des risques professionnels a par ailleurs parfois été affirmée pour être distinguée d'autres moyens de protection du salarié, ce qui a pu contribuer à rappeler l'étendue de son domaine. Elle a ainsi été distinguée de l'interdiction du harcèlement moral<sup>268</sup>, autre moyen utilisé par la jurisprudence pour encadrer les risques psychosociaux<sup>269</sup>. Une conception de la santé des travailleurs visant à protéger leur personne, et non seulement leur corps, s'est développée à travers les obligations de l'employeur.

Elle s'est construite également sur une vision large des déterminants de la santé y incluant l'organisation du travail. L'utilisation que fait la jurisprudence de l'obligation générale de prévention permet d'appréhender l'organisation du travail, notion plus large que celle de conditions de travail en ce qu'elle désigne « *le cadre et l'environnement physique, matériel, structurel et personnel de l'activité professionnelle* <sup>270</sup> ». En cela l'obligation de sécurité présente une dimension collective essentielle. Non seulement les mesures de prévention doivent en priorité être collectives avant d'être individuelles<sup>271</sup>, mais les risques pris en compte doivent être envisagés au regard du fonctionnement de la collectivité de travail dans son ensemble et non pas uniquement poste par poste ou individu par individu.

**68. Une logique de parcours coopératif.** Les entreprises sont appelées à construire de véritables parcours de santé caractérisés par une intégration de la prévention aux méthodes de management. La mise en conformité aux normes techniques est certes indispensable mais ne peut suffire à préserver et améliorer la santé des salariés au regard de leur quotidien de travail. Pour cela, il est indispensable de faire monter en compétence les acteurs de l'entreprise<sup>272</sup>.

Les rôles des différents acteurs sont dépendants de l'évolution de la prévention, à la fois parce que l'employeur a besoin d'une pluralité d'intervenants pour remplir ses obligations et aussi

---

<sup>267</sup> L. Lerouge, *La reconnaissance d'un droit à la protection de la santé mentale au travail*, LGDJ, Bibl. de droit social, t. 40, 2005, 448p.

<sup>268</sup> Cass. soc. 6 déc. 2017, n°16-10885 à 16-10891.

<sup>269</sup> L. Lerouge, Des risques psychosociaux en jurisprudence du travail, F. Héas (dir.), *Santé mentale et organisation du travail. Approche juridique et regards croisés*, Dalloz, 2022, pp. 159-168.

<sup>270</sup> L. Jubert, *L'organisation du travail et la prévention des risques professionnels*, thèse Paris Nanterre 2019, 658 p. ; F. Héas, Le concept d'organisation du travail en droit du travail, in F. Héas (dir.), *Santé mentale et organisation du travail. Approche juridique et regards croisés*, Dalloz, 2022, p. 14 ; Un ANI sur la santé au travail, pour quoi faire ? *Dr. Soc.* 2021, p. 253. V. également P. Y. Verkindt, Un nouveau droit des conditions de travail, *Dr. Soc.* 2008, p. 634..

<sup>271</sup> C. trav. art. L 4121-2, 8°.

<sup>272</sup> H. Lanouzière, Prévenir les risques ou promouvoir la santé ? Comment passer d'une posture réactive à une démarche proactive ?, F. Héas (dir.), *La prévention des risques au travail. Vingt-cinq ans après la directive-cadre du 12 juin 1989*, Sem. Soc. Lamy suppl. n°1655, 2014, p. 33.

en raison des missions générales de protection de la santé assignées à certains acteurs, dont les services de prévention et de santé au travail. C'est non seulement l'étendue de leurs missions qui est ici concernée mais aussi l'organisation du service à travers les intervenants qui le composent et l'articulation de leurs interventions, la répartition de leurs compétences. La relation entre l'obligation de prévention et les acteurs de la santé au travail se retrouve notamment dans la responsabilité de l'employeur qui ne respecte pas les recommandations de mesures individuelles faites par le médecin du travail. L'employeur ne peut ainsi reprocher à un salarié sa faible productivité puis le licencier pour cette raison s'il n'a pas pris en compte les réserves exprimées par le médecin du travail et de nature à expliquer l'insuffisance des résultats<sup>273</sup>. L'employeur ne peut ignorer dans ce cas les difficultés rencontrées par le salarié et doit lui fournir un poste compatible avec les recommandations du médecin du travail<sup>274</sup>.

La complexification des problématiques de santé au travail implique en outre des collaborations plus fortes entre professionnels de spécialités différentes. C'est le cas par exemple pour les troubles musculo-squelettiques<sup>275</sup> pour lesquels les facteurs de risques sont nombreux ou les risques psychosociaux<sup>276</sup>.

Ces quelques fragments de l'évolution de l'obligation de prévention des risques professionnels peuvent trouver des illustrations dans un recours plus fréquent à la charge de travail et à l'exposition aux risques professionnels. Ces deux notions peuvent en effet contribuer à façonner plus directement et précisément les domaines d'action des acteurs de la santé au travail.

#### *B – La recherche d'une charge de travail raisonnable*

**69. Un facteur d'évolution du droit.** L'attention portée à la charge de travail par le législateur et les juges contribue aussi d'une certaine manière à faire évoluer le droit de la santé au travail<sup>277</sup>. La charge de travail permet de décrire globalement le poids du travail sur le corps et l'esprit du travailleur<sup>278</sup>. Il fallait pour cela que l'approche de la santé dépasse la dimension physique et technique des conditions de travail pour inclure les dimensions relationnelle et organisationnelle. La charge de travail peut alors être «*déterminée par la mise en concurrence des contraintes induites par le travail et des ressources à la disposition de ceux qui l'exécutent*»<sup>279</sup>. Elle révèle par là des évolutions qui peuvent à nouveau être reliées aux besoins de pluridisciplinarité.

---

<sup>273</sup> Cass. soc., 19 déc. 2007, n°06-46147, RDT 2008, p. 246, note M. Véricel.

<sup>274</sup> V. également : Cass. soc., 14 oct. 2009, n°08-42878, RDT 2010, p. 30, note M. Véricel ; D. 2010, p. 672.

<sup>275</sup> M. Bellemare, S. Caroly, D. Prud'homme, Travail collectif pluridisciplinaire dans la prévention des risques professionnels complexes : ressources et contraintes du contexte au Québec et en France, *Relations industrielles*, 2019, n°74 vol. 2, pp. 242-265.

<sup>276</sup> B. Barlet, *De la médecine du travail à la santé au travail. Les groupes professionnels à l'épreuve de la « pluridisciplinarité »*, université de Paris Nanterre, thèse de doctorat de sociologie, 2015, p. 359 et s.

<sup>277</sup> L. de Montvalon, La charge de travail. Pour une approche renouvelée du droit de la santé au travail, LGDJ, *Bibl. de droit social*, t. 79, 2021, 408 p.

<sup>278</sup> S. Fantoni-Quinton, P. Y. Verkindt, Charge de travail et qualité de vie au travail, *Dr. soc.* 2015, p. 106.

<sup>279</sup> L. de Montvalon, *op. cit.*, n°44, p. 33.

**70. La charge de travail et le forfait en jours.** A l'origine, la charge de travail des salariés en forfait jours a donné lieu à plusieurs arrêts notables de la chambre sociale de la Cour de cassation, ainsi qu'à une évolution législative. Dans un arrêt du 29 juin 2011, la chambre sociale de la Cour de cassation a décidé que « *toute convention de forfait en jours doit être prévue par un accord collectif dont les stipulations assurent la garantie du respect des durées maximales de travail ainsi que des repos, journaliers et hebdomadaires* <sup>280</sup> ». Elle a par la suite abandonné la référence aux durées maximales de travail pour exiger des durées raisonnables de travail<sup>281</sup>. L'accord collectif instituant le recours au forfait jours doit contenir des dispositions prévoyant un suivi effectif et régulier permettant à l'employeur de remédier en temps utile à une charge de travail éventuellement incompatible avec une durée raisonnable<sup>282</sup>. L'exigence d'une remise mensuelle à l'employeur d'un récapitulatif des jours travaillés, des jours de repos pris et à prendre et d'un contrôle des jours travaillés au moyen, soit d'un système automatisé, soit d'un document auto-déclaratif, ne suffit pas à instaurer un tel suivi<sup>283</sup>. La Cour de cassation prête une attention particulière aux effets du dispositif de suivi de la charge de travail, lequel doit permettre d'assurer concrètement l'objectif d'une charge de travail raisonnable<sup>284</sup>.

Quoi qu'il en soit, en se fondant sur le droit à la santé et au repos intégré aux exigences constitutionnelles et à plusieurs textes européens, notamment la directive de 2003 sur la durée du travail<sup>285</sup>, la Cour de cassation a devancé le législateur. Celui-ci a ajouté au code du travail un article L3121-60 disposant que « *l'employeur s'assure régulièrement que la charge de travail [du salarié en forfait jours] reste raisonnable et permet une bonne répartition dans le temps de son travail* ». L'accord collectif permettant de recourir au forfait jours doit déterminer les modalités de ce suivi<sup>286</sup>. Dans ce cadre, la Cour de cassation examine les accords collectifs, de branche et d'entreprise, prévoyant la possibilité de recourir au forfait en jours<sup>287</sup>, ainsi que la mise en place effective d'un suivi de la charge de travail par l'employeur<sup>288</sup>.

**71. Une exigence généralisée.** Mais les salariés en forfait jours ne sont pas les seuls concernés et le recours à l'obligation générale de prévention doit permettre de protéger tout salarié d'une charge de travail excessive. Si tel est le cas, des faits pouvant habituellement être qualifiés de faute voire de faute grave ne pourront plus l'être s'ils sont la conséquence de cette surcharge. Le juge reste libre de considérer par exemple que l'endormissement d'un salarié à son poste de travail ne constitue pas une faute grave parce qu'il est consécutif à une

---

<sup>280</sup> Cass. soc. 29 juin 2011, n°09-71107 ; Bull. civ. V, n°181 ; D. 2012, 901, obs. P. Lokiec et J. Porta ; JCP S 2011, 723, note P. Morvan.

<sup>281</sup> Cass. soc., 5 oct. 2017, n°16-23106 à 16-23211 ; JCP S 2017, 1379, note M. Morand.

<sup>282</sup> Cass. soc., 21 sept. 2022, n°21-15114 ; Cass. soc., 14 déc. 2022, n°20-20572, RDT 2023, p. 275, note M. Véricel.

<sup>283</sup> Cass. soc., 14 déc. 2022, *op. cit.*

<sup>284</sup> A. Fabre, note sous Cass. soc., 13 oct. 2021, n°19-20561, JCP S 2021, 1292.

<sup>285</sup> Dir. 2003-88 du 4 nov. 2003, JOCE n°L299, 18 nov. 2003, p. 9.

<sup>286</sup> C. trav. art. L 3121-64, II, 1°.

<sup>287</sup> V. F. Ducloz, P. Flores, La sauvegarde du forfait en jours : le juge et la combinaison des normes, *Rev. dr. trav.* 2016, p. 140.

<sup>288</sup> Cass. Soc., 19 déc. 2018, n°17-18725, JCP S 2019, 1048, note M. Morand ; Cass. soc., 6 nov. 2019, n°18-19752, JCP S 2019, 1352, note M. Morand.

fatigue excessive résultant de 72 heures de service accomplies les jours précédents<sup>289</sup>. L'employeur ne peut non plus licencier le salarié pour inaptitude ou pour absence désorganisant le fonctionnement de l'entreprise si l'absence est due à un manquement à l'obligation de sécurité, notamment à une surcharge de travail<sup>290</sup>. Globalement l'employeur manque à son obligation de prévention s'il ne prend pas les dispositions nécessaires pour garantir que l'amplitude et la charge de travail du salarié restent raisonnables et assurent une bonne répartition dans le temps du travail, et donc la protection de la sécurité et de la santé du salarié<sup>291</sup>.

Un lien entre surcharge de travail et dégradation de la santé mentale est également retenu par la jurisprudence, notamment lorsqu'elle reconnaît l'existence d'une faute inexcusable dans la crise cardiaque issue d'une situation de stress du salarié causée par une surcharge de travail, des pressions, des objectifs inatteignables<sup>292</sup>. Dans cette affaire la Cour de cassation a constaté que l'infarctus était dû à la surcharge de travail créée par l'employeur, lequel ne pouvait ignorer les risques que présentait sa politique de surcharge, de pression et d'objectifs inatteignables. Dans cet arrêt, la Cour de cassation ajoute que l'employeur ne pouvait « ignorer les données médicales afférentes au stress au travail et ses conséquences pour les salariés qui en sont victimes ». L'employeur doit donc avoir une vision plus personnalisée de la prévention des risques professionnels, prendre en compte l'impact concret que ses décisions peuvent avoir sur les salariés pris en tant que personnes.

De manière générale, « le caractère mesuré de la charge de travail est une composante du respect par l'employeur de son obligation de sécurité<sup>293</sup> ». L'attention accordée à l'intensification du travail déplace l'analyse de la charge de travail d'un aspect quantitatif lié au temps de travail vers une dimension qualitative en rapport avec l'organisation du travail<sup>294</sup>. En application de ce principe, la charge de travail ne doit non seulement pas être excessive mais en plus être compatible avec la santé des salariés et en permettre l'amélioration<sup>295</sup>.

**72. Le rôle des SPST.** La charge de travail ne peut être envisagée uniquement par les contraintes qu'elle impose mais aussi par les ressources dont disposent les travailleurs pour y faire face. Cette approche rejoint l'objectif de promotion de la santé qui suppose de ne pas attendre la découverte d'un risque pour agir en faveur de la santé des personnes<sup>296</sup>. De cette manière, peut être envisagée l'exigence d'une charge de travail raisonnable allant plus loin que la limite de la charge de travail excessive. L'employeur doit ainsi concevoir l'organisation du travail en tenant compte des ressources et contraintes qu'elle induit pour les salariés, pour remplir cet impératif d'une charge de travail raisonnable. La charge de travail réellement subie doit pour cela être analysée, non seulement en amont au moment où l'organisation du travail

---

<sup>289</sup> Cass. soc. 12 déc. 2018, n°17-17680.

<sup>290</sup> Cass. soc. 13 mars 2013, n°11-22.082, *JCP S* 2013, 1315, note F. Pelletier.

<sup>291</sup> Cass. soc. 2 mars 2022 n°20-16683, *JCP S* 2022, 1138, note F. Dumont.

<sup>292</sup> Cass. 2<sup>e</sup> civ. 8 nov. 2012, n°11-23.855, *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 2013, n°1, p. 101, note N. Desbacq.

<sup>293</sup> S. Fantoni, P. Y. Verkindt, Charge de travail et qualité de vie au travail, *Dr. soc.* 2016, p. 106.

<sup>294</sup> P. Y. Verkindt, La notion de charge de travail, clé de voûte du principe d'adaptation du travail à l'homme, *RJS* 3/20, p. 171 s.

<sup>295</sup> L. de Montvalon, *op. cit.*, p. 231 et s.

<sup>296</sup> L. de Montvalon, *op. cit.*, n°47, p. 35.

est décidée, mais aussi dans sa mise en œuvre car c'est aussi au moment de l'exécution du travail que les impacts de l'organisation du travail sur les salariés peuvent se révéler. La charge de travail doit pour cela être envisagée de manière globale en impliquant différents acteurs, parmi lesquels les services de prévention et de santé au travail, et plus encore des services faisant appel à des professionnels aux domaines de compétences variés.

Le rôle des services de prévention et de santé au travail est en effet indissociable de l'importance croissante donnée à la charge de travail. Celle-ci se rapporte aux conditions de travail du salarié et nécessite dès lors une analyse permanente du travail réel et une prise en compte de la situation du salarié dans son ensemble, aussi bien son activité professionnelle que le contexte organisationnel dans lequel il évolue<sup>297</sup>. Une identification collective des composantes objectives de la charge de travail doit permettre une démarche d'évaluation primaire efficace<sup>298</sup>, et les SPST ont une place à y prendre.

L'ergonomie a un rôle essentiel en la matière, notamment en distinguant la contrainte contenue dans la définition de la tâche à accomplir et l'astreinte, qui se réfère à l'importance de la mobilisation physique et psychique que cette tâche implique pour le salarié<sup>299</sup>. La pertinence de l'intervention des ergonomes dans l'organisation pluridisciplinaire des SPST confirme celle des coopérations mais la reconnaissance de leur rôle est parfois difficile<sup>300</sup>.

La compréhension du travail réel pour mieux prévenir les risques professionnels nécessite de connaître et analyser les expositions aux risques. Le recours à ces termes d'« exposition aux risques » est fréquent en droit pour des effets divers.

### *C – La place de l'exposition aux risques professionnels dans le droit de la santé au travail*

Connaître l'exposition aux risques est une phase nécessaire de la prévention, ce que confirment les études menées en la matière<sup>301</sup>. La seule observation des risques auxquels sont exposés les salariés peut avoir une portée juridique considérable. L'exposition n'est pas une catégorie juridique ou un principe. Son analyse est davantage apparentée à une phase de la prévention des risques en ce qu'elle est reliée à la fois à l'évaluation des risques et à la mise en place d'actions de prévention découlant de cette évaluation. Elle donne dès lors tout son sens à la démarche de prévention dont elle est une composante essentielle.

- 1- Une prise en compte du travail réel

**73. – L'évaluation des expositions.** La mise en contact des salariés avec des agents, qu'ils soient chimiques, physiques ou biologiques, dont l'utilisation peut avoir des effets néfastes, doit nécessairement orienter la politique de santé au travail d'une entreprise. Mais les

---

<sup>297</sup> S. Fantoni, P. Y. Verkindt, *op. cit.*, p. 106.

<sup>298</sup> M. Michalletz, Pour une approche objective de la charge de travail, *JCP S* 2018, 1395.

<sup>299</sup> S. Fantoni, P. Y. Verkindt, *op. cit.*, p. 107.

<sup>300</sup> B. Barlet, *op. cit.*, p. 337 et s.

<sup>301</sup> On peut notamment s'intéresser aux résultats de l'enquête Sumer 2017 parus en septembre 2019 sur l'évolution des expositions des salariés du secteur privé aux risques professionnels lors des 20 dernières années.



perceptions des risques par les salariés et les employeurs peuvent être différentes<sup>302</sup> et les connaissances en la matière doivent dès lors être les plus précises possibles. Cette précision peut reposer sur l'évaluation des risques, principe figurant parmi les principes généraux de prévention énumérés par l'article L 4121-2 du code du travail. Le droit de la santé au travail n'a en effet pas qu'un aspect prescriptif et est aussi fondé sur une étude de la réalité du travail pour que puissent être déterminées les obligations et responsabilités éventuelles. Cette jonction possible entre clinique du travail et droit<sup>303</sup> passe notamment par l'appréhension de l'exposition aux risques comme une composante à part entière de la prévention. Parce qu'elle suppose une observation attentive et une réflexion sur le travail réel, l'évaluation et la compréhension de l'exposition des salariés aux risques professionnels doit permettre d'adopter des mesures de prévention adéquates et de ce fait d'adapter le travail à l'homme.

**74. Les « risques d'exposition ».** L'analyse de l'exposition des salariés à des risques professionnels est essentielle dans les textes réglementaires relatifs à des risques nommés « risques d'exposition » par le code du travail (intitulé du Livre 4, 4<sup>e</sup> partie de la partie réglementaire du code du travail<sup>304</sup>). De manière générale les dispositions spécifiques à ces risques sont construites sur une structure articulant une description détaillée de l'évaluation des risques, la détermination de valeurs limites d'exposition, la description de mesures et moyens précis de prévention, des règles de suivi de l'état de santé des travailleurs et d'information et formation des travailleurs. L'étude du travail réel est ici le principal guide pour déterminer les mesures adaptées. Les informations nécessaires à l'évaluation peuvent être recueillies de diverses manières en faisant parfois intervenir d'autres acteurs (conseiller en radioprotection, salarié compétent en matière de prévention et de protection ou représentants du personnel<sup>305</sup>, médecin du travail et informations contenues dans le dossier médical de santé au travail,...).

**75. Des expositions multiples.** La poly-exposition aux risques professionnels n'est cependant qu'insuffisamment prise en compte par la réglementation. La définition des valeurs limites d'exposition professionnelles ainsi que les pratiques de reconnaissance des maladies professionnelles ne prennent souvent en compte que des agents isolés<sup>306</sup>. Certains textes réglementaires obligent cependant l'employeur à prendre en compte, dans l'évaluation des risques, les interactions entre différents facteurs de risques, par exemple entre le bruit et des substances toxiques pour l'ouïe d'origine professionnelle et entre le bruit et les vibrations<sup>307</sup>.

---

<sup>302</sup> A. Desjonquères, L'exposition aux risques du travail : quels écarts de perception entre les salariés et leurs employeurs ?, *Dares, Document d'études*, n°230, avril 2019.

<sup>303</sup> N. Chaignot-Delage, C. Dejours (dir.), *Clinique du travail et évolutions du droit*, Puf, 2017, 596 p.

<sup>304</sup> C. trav. Art. R 4411-1 et s.

<sup>305</sup> C. trav. Art. L 4644-1.

<sup>306</sup> M. Albert, A. Garrigou, A. Charbonneau, Les normes juridiques et techniques comme déterminants des situations d'exposition aux pesticides lors de l'utilisation des pulvérisateurs, *Dr. soc.* 2023, pp. 130-134 ; M. Nunsmann et al., Poly-exposition aux cancérogènes et reconnaissance en maladie professionnelle : le cas des patients atteints de lymphome non hodgkinien, *Dr. soc.* 2023, pp. 120-129.

<sup>307</sup> C. trav. Art. R 4433-5.

ou entre les rayonnements ionisants et les autres risques d'origine physique, chimique, biologique ou organisationnelle du poste de travail<sup>308</sup>. L'article R 4412-6 du code du travail prévoit par ailleurs que « *pour l'évaluation des risques [chimiques], l'employeur prend en compte, notamment [...] en cas d'exposition simultanée ou successive à plusieurs agents chimiques, les effets combinés de l'ensemble de ces agents* ».

Pour aller plus loin encore, l'importance de l'obligation de sécurité dans l'évolution du droit de la santé au travail permet de prendre en compte l'exposition de certains salariés à des risques organisationnels et de les joindre comme facteurs de risques à d'autres risques liés à des agents physiques. L'utilité d'insister sur une analyse étendue de l'exposition aux risques permet ainsi de développer une prévention plus complète des risques.

Apparaît ici toute la pertinence en droit du travail du concept d'exposome. L'exposome est envisagé par l'article L 1411-1 du code de la santé publique comme un moyen d'identifier les principaux déterminants de la santé des personnes, notamment ceux liés à l'éducation et aux conditions de vie et de travail. L'exposome est défini par le même texte comme « *l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine* ». Ce concept, caractérisé par « *sa dimension dynamique, évolutive et longitudinale* <sup>309</sup>», permet de reconnaître la pluralité de facteurs, environnementaux notamment, agissant sur l'état de santé<sup>310</sup>. Le terme d'exposome tend même à remplacer celui de poly-exposition dans les travaux de recherche<sup>311</sup>. A la différence de la poly-exposition, l'exposome professionnel, composante de l'exposome, intègre dans les déterminants de la santé la part subjective du travail, sa dimension organisationnelle, ses aspects économiques, sociaux, réglementaires, politiques. Le concept se révèle particulièrement utile pour la prévention en matière de santé mentale en prenant en compte le stress, les frustrations, les relations conflictuelles et autres facteurs de risques pour la santé des salariés. Un employeur ne peut ainsi rester inactif lorsqu'il constate des situations de souffrance morale qui exposent un salarié à des risques de dégradation de son état de santé<sup>312</sup>. Suivant la même logique, la Cour de cassation décide que « *manque à son obligation de sécurité l'employeur qui ne prend aucune mesure et n'ordonne pas d'enquête interne après qu'un salarié a dénoncé des agissements de harcèlement moral, que ces agissements soient établis ou non* <sup>313</sup>». L'enquête interne doit ainsi permettre de prendre connaissance des risques auxquels sont réellement exposés le ou les salariés potentiellement concernés.

---

<sup>308</sup> C. trav. Art. R 4451-14, 13°.

<sup>309</sup> H. Bastos, L'exposome : état des lieux des connaissances sur un concept aux multiples enjeux, *Dr. soc.* 2023, p. 135.

<sup>310</sup> F. Héas, Le concept d'exposome à l'aune du droit social, *Dr. Soc.* 2020, p. 524 ; S. Brimo, L'exposome : un concept scientifique à la recherche de traduction juridique, *RDSS* 2023, pp. 74-88.

<sup>311</sup> Y. Roquelaure et al., Un modèle organisationnel de l'exposome professionnel, *Médecine/sciences*, vol. 38, n°3, 2022, 288.

<sup>312</sup> Cass. soc., 22 juin 2017, n°16-15507.

<sup>313</sup> Cass. soc., 27 nov. 2019, n° 18-10551.

Une connaissance des risques divers auxquels sont exposés les salariés est ainsi nécessaire. Elle influence les missions des SPST dont l'importance est d'autant plus grande que la responsabilité de l'employeur peut elle aussi être reliée à l'exposition aux risques.

2- L'exposition aux risques professionnels et la responsabilité de l'employeur

**76. Une source de responsabilités.** Porter une attention plus systématique à l'exposition aux risques professionnels ne remet pas en cause celle dont sont l'objet les mesures de prévention et ne permet pas systématiquement d'engager la responsabilité de l'employeur. Néanmoins tenir compte davantage de cette exposition réelle dans tout type de situation de travail étend la portée de l'obligation générale de prévention et dès lors les responsabilités qui s'y attachent.

**77. L'exposition source d'anxiété.** Au civil comme au pénal, l'exposition aux risques peut influencer fortement l'engagement de la responsabilité de l'employeur. L'impact de l'exposition des salariés à un risque professionnel sur la responsabilité de l'employeur est notamment observable dans la reconnaissance par la jurisprudence d'une indemnisation du préjudice d'anxiété. L'indemnisation du préjudice d'anxiété pour les salariés bénéficiant du dispositif d'allocation de cessation anticipée d'activité pour les travailleurs de l'amiante (ACAATA)<sup>314</sup> repose sur une triple présomption<sup>315</sup> : présomption de l'exposition à l'amiante qui elle-même induit une présomption de manquement de l'employeur à son obligation de sécurité et laisse présumer un préjudice d'anxiété<sup>316</sup>. La triple présomption est irréfragable, la preuve contraire d'une absence de faute de l'employeur étant jugée inopérante<sup>317</sup>. La chambre sociale de la Cour de cassation a ensuite accepté d'étendre l'indemnisation du préjudice d'anxiété à des salariés exposés à un risque de développer une pathologie grave en raison de leur exposition à l'amiante, quelle que soit l'activité de leur établissement<sup>318</sup>. Puis l'extension a concerné les salariés exposés à des substances nocives<sup>319</sup> et plus récemment les

---

<sup>314</sup> Cass. soc., 11 mai 2010, n°09-42241, D. 2010, p. 2048, note C. Bernard, *Dr. Soc.* 2010, avis J. Duplat, D. 2012, p. 901, obs. P. Lokiec et J. Porta.

<sup>315</sup> Cass. soc., 11 sept. 2019, n°17-18330.

<sup>316</sup> A.M. Grivel, Où l'on reparle du préjudice d'anxiété, *Dr. Soc.* 2021, p. 59.

<sup>317</sup> Cass. Soc., 19 mars 2014, n°12-29339, D. 2014, p. 1312, note C. Willmann.

<sup>318</sup> Cass. soc. 5 avr. 2019, n°18-17442, *JCP G* 2019, 508, note M. Bacache ; D. Asquinazi-Bailleux, Préjudice d'anxiété des travailleurs d'établissements non classés, l'avancée jurisprudentielle, *Dr. soc.* 2019, p. 456 ; M. Keim-Bagot, Préjudice d'anxiété : la cohérence retrouvée, *Sem. Soc. Lamy* 15 avr. 2019, p. 3 ; G. Pignarre, La réparation du préjudice spécifique d'anxiété des travailleurs exposés à l'amiante, l'assemblée plénière aurait-elle remporté une victoire.... à la Pyrrhus ?, *RDT* 2019, p. 340 ; P. Jourdain, Préjudice d'anxiété des travailleurs de l'amiante : l'extension de la réparation à tous les salariés, *D.* 2019, p. 922

<sup>319</sup> Cass. soc. 11 sept. 2019, n°17-24979 à n°17-25623, n°17-18311 à n°17-18349, n°17-26879 à n°17-25883, n°17-26895, n°18-10100, n°18-50030, D. Asquinazi-Bailleux, L'anxiété des travailleurs exposés à des substances nocives ou toxiques : quel espoir de réparation ?, *JCP S* 2019, 1282 ; X. Aumeran, Le préjudice d'anxiété à l'ère de l'obligation de sécurité de l'employeur, *Dr. Soc.* 2020, p. 58 ; P. Adam, J. Bourdoiseau, Controverse : que penser de l'extension du préjudice d'anxiété ?, *RDT* 2019, p. 756. Cass. soc. 20 nov. 2019, n°18-19578, 579, 581, 642, 645 et 646, *RDT* 2020, p. 60, note G. Pignarre.

salariés d'un sous-traitant admis à agir contre l'entreprise utilisatrice<sup>320</sup>. Pour les salariés ne bénéficiant pas de l'ACAATA, seule l'absence ou l'insuffisance de prévention peut entraîner la responsabilité de l'employeur, et non la seule exposition au risque. Pour que le préjudice d'anxiété soit indemnisable, il est nécessaire d'établir que l'exposition au risque de développer une pathologie grave a été causée par un manque de prévention de l'employeur. La jurisprudence sur le préjudice d'anxiété est néanmoins significative d'une attention à l'exposition aux risques expressément formulée.

**78. La mise en danger d'autrui.** La connaissance de l'exposition aux risques peut aussi avoir des implications au plan pénal lorsqu'est retenue l'infraction de mise en danger d'autrui. L'article 223-1 du Code pénal prévoit que « *le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* ». L'infraction de mise en danger d'autrui, fondée sur la notion de risque créé, vise à inciter à la vigilance contre toute prise de risque et à agir sur les conditions de travail<sup>321</sup>. Même sans survenance d'un accident ou d'une maladie, elle peut être reconnue lorsque le salarié a été exposé à un risque professionnel.

Le risque auquel le salarié est exposé doit être grave puisque l'article 223-1 du Code pénal mentionne un « *risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente* ». La preuve d'un préjudice n'est cependant pas nécessaire, ce qui conduit parfois à évoquer au sujet de cette infraction un délit d'exposition<sup>322</sup>. Il suffit qu'une ou plusieurs personnes se soient effectivement trouvées en danger au moment de la violation de l'obligation.

Le délit de mise en danger d'autrui exige qu'une causalité directe et immédiate entre la faute et le risque créé soit établie, la recherche de la probabilité du lien causal étant essentielle. C'est par exemple le cas lorsque des salariés sont exposés à l'inhalation de fibres d'amiante puisqu'« *en l'état des données de la science disponibles, le degré de probabilité de développer un cancer du poumon ou un cancer de la plèvre dans les 30 à 40 ans de l'inhalation de poussières d'amiante est certain, sans qu'il n'y ait ni effet de seuil, en deçà duquel il n'existerait aucun risque ni traitement curatif efficace* »<sup>323</sup>. L'adjectif immédiat ne signifie pas que la mort ou les blessures doivent survenir immédiatement, ni même qu'elles doivent survenir. C'est l'exposition au risque, c'est-à-dire la probabilité d'être blessé ou de contracter une maladie, qui doit être immédiatement issue de la faute.

---

<sup>320</sup> Cass. soc., 8 févr. 2023, n° 20-23.312, *JCP S* 2023, 1060, note M.-A. Godefroy.

<sup>321</sup> V. Cohen-Donsimoni, L'entreprise face à l'émergence du délit de risques causés à autrui, *AJ Pénal* 2016, p. 356.

<sup>322</sup> *Ibid.*

<sup>323</sup> Cass. crim. 19 avr. 2017, n°16-80695, *JCP G* 2017, 610, note F. Rousseau, *Gaz. Pal.* 2017, n°27, p. 55, note E. Dreyer.

**79. Une connaissance essentielle.** D'une certaine manière, l'exposition aux risques peut orienter à la fois la prévention, la réparation des risques et la sanction. En cela sa prise en compte ne conduit pas à une responsabilité systématique de l'employeur, mais elle tend vers une meilleure adaptation du travail à l'homme et à une jonction plus nette entre prévention et réparation des risques professionnels, ainsi qu'entre la réalité du travail et le droit de la santé au travail. Elle participe ainsi d'une extension du droit de la santé au travail et de l'importance du principe d'évaluation des risques. Elle va même au-delà car accorder une attention à l'exposition aux risques professionnels, c'est aussi rappeler que la protection et la promotion de la santé se construisent tout au long du processus de travail. Cela rejoint l'idée de parcours et la multiplicité des intervenants qui la caractérise. La recherche d'une meilleure traçabilité des expositions professionnelles en est le prolongement.

Ces développements ne prétendent pas à l'exhaustivité sur les évolutions du droit de la santé au travail. Ils doivent permettre, au-delà d'un retour sur quelques travaux de recherche personnels, de mieux comprendre l'importance et l'étendue des missions des services de prévention et de santé au travail (SPST). Les professionnels de santé au travail et les intervenants extérieurs ont en effet un rôle essentiel à jouer dans la protection d'une santé envisagée globalement. La coordination et le partage des actions entre professionnels semble plus indispensable pour assurer une prévention primaire.

## II – L'association entre prévention et coopération dans les missions des services de prévention et de santé au travail

Le champ de l'obligation de prévention des risques professionnels est vaste, et le domaine d'action de ses acteurs ne doit pas l'être moins. Les missions attribuées aux services de prévention et de santé au travail supposent une capacité à comprendre la réalité du travail (A) qui justifie une démarche coopérative (B).

*A – Une analyse du travail nécessitant un champ d'action étendu*

**80. La démarche clinique.** Le travail des professionnels intervenant sur la santé des travailleurs nécessite une analyse du travail réel qui peut reposer sur une démarche clinique. A ce titre, la clinique du travail explore notamment « *les liens entre les vécus subjectifs des professionnels et les organisations du travail ; la subjectivité, la santé et la créativité ; la pensée et le langage ; ou encore le plaisir et la souffrance au travail*<sup>324</sup> ». Elle permet de penser les risques que peut faire peser l'organisation du travail sur la santé des salariés et constituer ainsi une source de compréhension et d'évolution du droit. Le travail mobilise l'intelligence du travailleur et est de ce fait central dans la construction de la personne. Cette centralité du travail dans la construction de la santé mentale de la personne, mise en avant par la

---

<sup>324</sup> L. Xavier, P. Pérez, Clinique du travail, in A. Vandeveld-Rougale éd., *Dictionnaire de sociologie clinique*. Érès, 2019, pp. 119-121.

psychodynamique du travail, justifie l'intervention du droit dont l'une des fonctions est de protéger la santé du salarié<sup>325</sup>.

Le médecin du travail fonde sa pratique clinique sur l'analyse du travail réel grâce aux données disponibles, au repérage des techniques de management dans le récit du salarié et aux convergences entre témoignages et écrits des salariés<sup>326</sup>. C'est par l'écoute et l'examen des personnes ainsi que l'étude des conditions de travail que le médecin du travail acquiert sa connaissance du travail réel, qu'il peut passer d'une situation individuelle à des problèmes collectifs d'organisation du travail et rendre ainsi ces derniers visibles<sup>327</sup>. Le réel de l'activité comprend non seulement la réalisation du but attendu mais aussi le sentiment du travail bien fait, le pouvoir de créativité. Il désigne également « *ce qui ne se fait pas, ce que l'on cherche à y faire sans y parvenir – le drame des échecs – ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense pouvoir faire ailleurs* »<sup>328</sup>. L'analyse de l'activité est dès lors complexe, complexité qui justifie l'étendue des compétences du médecin du travail en matière de santé au travail. Elle légitime également la capacité du médecin du travail à confier des missions à d'autres professionnels, dans un but coopératif. La démarche clinique permet de connaître de nombreux éléments de l'activité, notamment pour décider de l'aptitude ou de l'inaptitude d'un salarié, mais elle ne permet pas une connaissance totale de l'activité<sup>329</sup>.

**81. Des missions étendues.** Pour intégrer cette analyse élargie du travail, les professionnels de santé au travail peuvent prendre appui sur plusieurs règles de droit. La recommandation n°112 de l'OMS dispose que des services médicaux du travail doivent contribuer au maintien du bien-être physique et mental des travailleurs. La loi du 17 janvier 2002<sup>330</sup> intègre cette idée dans les missions de la médecine du travail désignée sous l'appellation de services de santé au travail. Avec la consécration de la prévention, la santé au travail a muté d'un droit de l'hygiène et sécurité vers « *un droit organisationnel de la protection de la personne au travail* », orientant les services de santé au travail vers la protection des personnes dans leur globalité<sup>331</sup>. Consécutivement, les difficultés pour rendre effectives les missions d'amélioration des conditions de travail des médecins du travail vont s'accroître. L'intensification du travail et le développement des risques psychosociaux rendent nécessaire une intégration de la psychiatrie et de la psychologie dans les compétences des professionnels de santé au travail pour favoriser une approche globale de l'homme au travail<sup>332</sup>. Les

---

<sup>325</sup> N. Chaignot-Delage, C. Dejours (dir.), *Clinique du travail et évolutions du droit*, Puf, 2017, p. 16.

<sup>326</sup> L. Barouhiel, Le médecin du travail, la clinique du travail et l'évolution du droit, in N. Chaignot-Delage, C. Dejours (dir.), *Clinique du travail et évolutions du droit*, Puf, 2017, p. 197.

<sup>327</sup> *Ibid.* p. 198 ; P. Davezies, A. Deveaux, C. Torres, Clinique médicale du travail, *Arch. Mal. Prof. Env.* 2006, pp. 119-125.

<sup>328</sup> Y. Clot, *Travail et pouvoir d'agir*, Puf, 2<sup>e</sup> éd. 2017, p. 89.

<sup>329</sup> Q. Durand-Moreau, J. D. Dewitte, Les déterminants de l'inaptitude, in M. Del Sol, F. Héas (dir.), *Variations sur et autour de l'inaptitude en santé-travail*, Octares, 2016, pp. 95-116, spéc. p. 103.

<sup>330</sup> Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, JORF 8 janv. 2002.

<sup>331</sup> F. Héas, Plaidoyer en faveur de la médecine du travail, *Le travail et la mer, Liber amicorum en hommage à Patrick Chaumette*, éd. A. Pédone, 2021, p. 361.

<sup>332</sup> L. Lerouge, L. Lerouge, *La reconnaissance d'un droit à la protection de la santé mentale au travail*, LGDJ, *Bibl. de droit social*, t. 40, 2005, n° 1184-1185, p. 321.

praticiens, dont les médecins du travail, peuvent parfois être en difficulté face à des demandes accrues de soins spécialisés pour des troubles relevant de la psychopathologie du travail<sup>333</sup>. Pour répondre à cette approche, le pouvoir d'agir du médecin du travail doit être étendu<sup>334</sup>. Les missions des services de prévention et de santé au travail ont à cet égard été progressivement élargies et incluent aujourd'hui des actions individuelles, collectives et de santé publique. La surveillance de l'état de santé des salariés doit être complétée notamment par des conseils et accompagnements aux entreprises sur l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail, sur l'impact des changements organisationnels et du télétravail sur la santé des salariés, la prévention du harcèlement moral ou sexuel, de la désinsertion professionnelle, la participation à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire<sup>335</sup>.

**82. La dimension dialogique.** Parmi les prérequis à une action efficace des SPST sur la prévention, l'importance du dialogue peut être soulignée dans une perspective clinique de compréhension de l'activité réelle de travail : « *c'est le rapport dialogique [...] qui offre les conditions favorables au développement discursif par lequel l'activité peut se retravailler, et donc se révéler* <sup>336</sup> ». Lorsque la jurisprudence sanctionne le médecin du travail parce qu'il rend un avis sur l'organisation du travail en se référant à la seule parole du salarié, la dimension dialogique de sa mission est ignorée. Le médecin du travail ne peut mentionner dans ses avis que des éléments dont il a pu lui-même faire le constat, le Conseil d'État ayant déjà affirmé que l'entretien avec le salarié est à cet égard insuffisant<sup>337</sup>. Cette position est cependant contestable dans la mesure où la consultation et la démarche clinique du médecin du travail visent justement à construire cette connaissance du milieu de travail<sup>338</sup>.

Malgré tout, le domaine de compétence conféré au médecin du travail et aux SPST dans son ensemble doit permettre de protéger la santé des travailleurs de manière large. Cet objectif peut conduire à intégrer dans ce champ d'action des actions de coopération.

*B – Un champ d'action impliquant des coopérations*

**83. Un lien entre coopération et prévention.** Les textes définissant les missions des SPST se réfèrent, pour les services interentreprises, explicitement à un travail en commun. Un lien peut y être vu entre la coopération et la prévention des risques et la promotion de la santé des travailleurs. Les coopérations peuvent être vues comme un moyen d'assurer l'effectivité

---

<sup>333</sup> C. Dejours, *Clinique du travail et évolution du droit*, in N. Chaignot-Delage, C. Dejours (dir.), *Clinique du travail et évolutions du droit*, Puf, 2017, p. 34.

<sup>334</sup> Sur l'étendue de ce pouvoir, parfois considéré comme exorbitant, mais aussi bridé : S. Fantoni-Quinton, *Les pouvoirs du médecin du travail, quels enjeux en santé au travail ?*, *Mélanges en l'honneur de Pierre-Yves Verkindt*, LGDJ 2022, pp. 163-171.

<sup>335</sup> C. trav. art. L 4622-2.

<sup>336</sup> Y. Clot, *op. cit.*, p. 118.

<sup>337</sup> CE, 6 juin 2018, n°405453.

<sup>338</sup> F. Héas, *op. cit.*, p. 365 ; S. Fantoni-Quinton, *Les pouvoirs du médecin du travail, quels enjeux en santé au travail ?*, *op. cit.*, p. 171.

du droit de la santé au travail, objectif qui peut se retrouver en filigrane dans les missions des SPST. Le rôle donné aux infirmiers en santé au travail et les échanges d'informations au sein de l'équipe de santé au travail peuvent être des moyens de développer une pluridisciplinarité axée sur la coopération.

1- L'appel à la pluridisciplinarité

**84. Des coopérations induites par les missions.** - Bien que ces missions semblent reposer essentiellement sur les épaules des médecins du travail<sup>339</sup>, l'article L 4622-2 du code du travail, dont nous venons déjà d'observer partiellement l'étendue, induit de fait des coopérations entre professionnels de disciplines différentes. Ce texte mentionne expressément une aide pluridisciplinaire apportée aux entreprises sur l'évaluation et la prévention des risques professionnels<sup>340</sup> et une préservation de la santé des salariés « *tout au long de leur parcours professionnel* »<sup>341</sup>, ce qui nécessite des partages d'informations lorsque les trajectoires professionnelles évoluent. La participation aux actions de santé publique<sup>342</sup> peut quant à elle supposer des liens avec des professionnels extérieurs au SPST. Le métier de médecin du travail couvre par conséquent différentes disciplines qui font de lui un généraliste de la santé au travail. Mais ses missions sont si vastes qu'elles peuvent nécessiter le recours à des professionnels plus spécialisés pour approfondir l'étude de certaines situations<sup>343</sup>.

**85. La prévention de la désinsertion professionnelle.** Le lien entre une santé au travail appréhendée dans ses diverses composantes et la pluridisciplinarité est à nouveau apparue avec la création législative de la cellule pluridisciplinaire de prévention de la désinsertion professionnelle<sup>344</sup>. Le maintien dans l'emploi ou en emploi peut être un déterminant de la santé d'un salarié et cet objectif peut mobiliser plusieurs moyens et acteurs<sup>345</sup>. Cette cellule pourrait constituer un moyen de développer une prévention des risques coopérative puisqu'elle remplit ses missions en collaboration avec les professionnels de santé chargés du soin, le service du contrôle médical de l'assurance maladie et d'autres acteurs agissant dans le secteur de l'emploi et du handicap<sup>346</sup>. Elle peut être animée et coordonnée par le médecin du travail mais aussi par un autre membre de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail<sup>347</sup>.

---

<sup>339</sup> C. trav. art. R 4623-1.

<sup>340</sup> C. trav. art. L 4622-2, 1°bis.

<sup>341</sup> C. trav. art. L 4622-2, 1°.

<sup>342</sup> C. trav. art. L 4622-2, 5°.

<sup>343</sup> B. Barlet, *De la médecine du travail à la santé au travail. Les groupes professionnels à l'épreuve de la « pluridisciplinarité »*, université de Paris Nanterre, thèse de doctorat de sociologie, 2015 ; B. Barlet, *Pluridisciplinarité et nouvelles collaborations au sein des services de santé au travail. Une division du travail de prévention sous contraintes*, in J. Bernard et al. (dir.), *L'interdisciplinarité au travail. Du travail interdisciplinaire à la transformation du travail*, Presses univ. Paris Nanterre, 2020, pp. 89-105.

<sup>344</sup> C. trav. art. L 4622-8-1.

<sup>345</sup> S. Fantoni-Quinton, *Le maintien en emploi au cœur des missions des services de santé au travail*, *RDT* 2016, pp. 472-476.

<sup>346</sup> C. trav. art. L 4622-8-1, al. 7.

<sup>347</sup> C. trav. art. L 4622-8-1, al. 6.



Parmi les recommandations de bonne pratique dans ce domaine, la Haute Autorité de Santé a notamment mentionné la traçabilité des échanges, la clarté des messages et la cohérence des mesures, ce qui suppose une véritable coopération<sup>348</sup>. Toutefois, la cellule pluridisciplinaire est, d'après le texte qui en prévoit l'existence, très orientée vers des actions individuelles et il ne faudrait pas que son action occulte l'importance des actions collectives sur le milieu de travail ainsi que de l'organisation du travail dans la compréhension et la protection de la santé des salariés<sup>349</sup>. Un certain scepticisme peut ainsi exister vis-à-vis de la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle. Celle-ci ne saurait par ailleurs constituer un début de délégation des obligations de l'employeur vers les SPST<sup>350</sup>.

**86. Quelle pluridisciplinarité ?** L'étendue du champ des missions des SPST n'est pas à elle seule la garantie de coopérations réelles et efficaces, leur permettant de remplir au mieux leurs missions. La pluridisciplinarité peut en outre être caractérisée de différentes manières, principalement par une distinction entre de la co-action et de la collaboration. La co-action correspond davantage à une juxtaposition de compétences faiblement intégrées dans une action commune, alors que la collaboration suppose des actions sur un même objet avec des buts communs et des méthodes communes<sup>351</sup>. Une situation de collaboration peut par exemple ressortir de la mise en place en commun d'un plan de prévention spécifique à un établissement, décliné ensuite en un référentiel partagé par les différents professionnels composant le service de santé au travail. La mise en œuvre de ce plan par le suivi d'une même formation sur des outils de dépistage de certains risques par exemple peut accentuer l'effectivité de la collaboration<sup>352</sup>. Ce plan de prévention ne peut cependant se substituer à celui qu'est tenu de mettre en place l'employeur, toujours débiteur de ses obligations.

En France, la pluridisciplinarité reste assez peu formalisée et surtout dépendante de l'action du médecin du travail et du projet de service. La consultation médicale individuelle joue également un grand rôle dans la mise en place d'actions collectives en milieu de travail. C'est surtout la démarche clinique du médecin et de l'infirmière qui peuvent conduire à ces actions. Faudrait-il dès lors un droit plus procédural pour assurer des coopérations plus développées, davantage révélatrices d'une action commune et non d'une simple co-action ? La pluridisciplinarité dans les services de santé au travail n'est pas toujours effective et se manifeste parfois par une analyse des situations et des pratiques de prévention de manière très segmentée, sans véritable partage d'informations et de pratiques. Il ne suffit cependant pas qu'un large domaine de missions soit assigné aux SPST pour que les médecins du travail qui animent les équipes aient aisément recours aux compétences pluridisciplinaires.

---

<sup>348</sup> HAS, *Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs*, févr. 2019.

<sup>349</sup> F. Héas, La désinsertion professionnelle, *Dr. soc.* 2021, p. 912.

<sup>350</sup> M. Véricel, La protection de la santé des travailleurs demeure en question, *Mélanges en l'honneur de Pierre-Yves Verkindt*, LGDJ, 2022, p. 462.

<sup>351</sup> M. Bellemare, S. Caroly, D. Prud'homme, Travail collectif pluridisciplinaire dans la prévention des risques professionnels complexes : ressources et contraintes du contexte au Québec et en France, *Relations industrielles*, 2019, n°74 vol. 2, p. 249.

<sup>352</sup> M. Bellemare, S. Caroly, D. Prud'homme, *op. cit.*, p. 255.

L'orientation du travail vers certains champs tels que les risques psychosociaux et l'appel à des professionnels spécialisés sur ces questions fait parfois l'objet de réticences si le médecin du travail estime que ceux-ci ont une approche des risques trop différente de la leur ou une légitimité plus faible à intervenir<sup>353</sup>. La capacité du médecin du travail à déléguer certaines missions pourrait-elle y remédier ? Cela pose notamment la question du rôle des infirmiers en santé au travail.

## 2- Le rôle accru donné aux infirmiers en santé au travail

**87. L'utilité de l'infirmier.** - Dans une perspective de dialogue, liée à la démarche clinique, le recours à divers professionnels, notamment aux infirmiers, peut se révéler utile. La mise en place d'entretiens infirmiers en accord avec le médecin du travail et sous sa responsabilité peut entrer dans ce cadre, de même que la participation plus globale des infirmiers aux actions en milieu de travail et d'informations collectives<sup>354</sup>. L'infirmier de santé au travail peut participer à la conception de ces actions en collaboration avec le médecin du travail dont la validation est nécessaire.

En poussant l'analyse du côté des dynamiques qui animent les individus ou qui les paralysent, le développement de la clinique médicale du travail conduit à accorder une grande attention aux besoins des salariés, ce qui présente une proximité avec la tradition infirmière<sup>355</sup>. Les entretiens infirmiers doivent ainsi contribuer à « *saisir la forme spécifique que prennent les besoins fondamentaux en situation de travail et se construire réellement comme des infirmières de santé au travail, à l'intersection de leur héritage historique et des approches cliniques de l'activité* »<sup>356</sup>.

**88. Les limites.** - Pour autant, la place des infirmiers en santé au travail ne peut être assimilée à celle des médecins du travail au regard des prérogatives de chacun. Le droit français a choisi de médicaliser l'approche en cas de contentieux sur les avis du médecin du travail<sup>357</sup>, même s'il est parfois difficile de distinguer les avis purement médicaux et les avis de nature organisationnelle ou relationnelle<sup>358</sup>. Les mesures envisagées à l'occasion des études de poste ne sont pas toujours médicales et peuvent certes justifier l'intervention d'autres disciplines. Il n'en reste pas moins que les compétences entre médecins du travail et infirmiers de santé au travail sont différentes et que les examens médicaux sont bien distincts des entretiens infirmiers. L'examen médical d'aptitude, réservé au médecin du travail, vise notamment à s'assurer de la compatibilité de l'état de santé du travailleur avec le poste de travail<sup>359</sup>,

---

<sup>353</sup> B. Barlet, thèse précitée, p. 361 et s. ; B. Barlet, Pluridisciplinarité et nouvelles collaborations au sein des services de santé au travail. Une division du travail de prévention sous contraintes, *op. cit.*, pp. 93-95.

<sup>354</sup> C. trav. art. R 4623-31.

<sup>355</sup> P. Davezies, Intérêt et difficultés de l'insertion des infirmières dans les services inter-entreprises de santé au travail, *Journal des professionnels de santé au travail*, n°5, mai 2010, pp. 14-16.

<sup>356</sup> P. Davezies, *op. cit.*

<sup>357</sup> C. trav. art. L 4624-7 ; R 4624-45.

<sup>358</sup> F. Meyer, La nature juridique des interventions du médecin du travail, *Dr. ouvr.* 2013, n°774, p. 17.

<sup>359</sup> C. trav. art. L 4624-2, R 4624-24.

pendant que la visite d'information et de prévention vise à interroger le salarié sur sa santé, l'informer sur les risques, le sensibiliser sur la prévention<sup>360</sup>. Mais les entretiens infirmiers ou la visite d'information et de prévention, lorsqu'elle n'est pas réalisée par un médecin du travail, sont aussi vus parfois comme insuffisants à établir le profil médical d'un salarié et à déceler les effets des conditions de travail sur sa santé<sup>361</sup>. L'impression d'une pluridisciplinarité utilisée avant tout comme mode de gestion de la pénurie de médecins du travail ressurgit alors. Le médecin du travail est en outre le seul membre de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail à disposer d'un statut protecteur.

Les champs de compétences et les prérogatives associées restent bien des instruments essentiels d'une pluridisciplinarité axée sur le travail en commun. Elle nécessite aussi des échanges entre professionnels, ce qui passe par le partage du savoir.

### 3- La coopération par l'information

**89. Partager des informations.** L'échange d'informations ne suffit pas davantage à créer la coopération mais il en est un aspect indispensable, bien que pouvant supporter des limites. Sera envisagé ici le partage d'informations entre les professionnels de santé au travail, avant que ne vienne l'étude des échanges avec des professionnels extérieurs. Les informations dont il est question peuvent être définies largement comme tout renseignement sur l'état de santé pouvant être transmis oralement ou par écrit, au-delà des données de santé numérisées<sup>362</sup>. Elles se rapportent de cette manière à l'importance d'un partage du savoir en matière de santé au travail<sup>363</sup>, lequel peut prendre différentes formes et notamment l'accès aux informations contenues dans le dossier médical en santé au travail.

**90. Le dossier médical en santé au travail.** Le dossier médical en santé au travail est essentiel pour suivre l'état de santé d'un salarié par une voie coopérative puisqu'il contient « *les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis ainsi que les avis et propositions du médecin du travail*<sup>364</sup> ». Au sein de ce DMST doivent notamment figurer<sup>365</sup> :

- Les données d'identité nécessaires à la coordination de la prise en charge ;
- Les informations permettant de connaître les risques actuels ou passés auxquels le travailleur est ou a été exposé ;

---

<sup>360</sup> C. trav. art. R 4624-11.

<sup>361</sup> M. Véricel, La protection de la santé des travailleurs demeure en question, *Mélanges en l'honneur de Pierre-Yves Verkindt*, LGDJ, 2022, p. 456.

<sup>362</sup> A. Guéguen, Les enjeux du partage des informations en santé au travail, F. Héas (dir.), *Santé mentale et organisation du travail. Approche juridique et regards croisés*, Dalloz, 2022, p. 233.

<sup>363</sup> M. Caron, De quelques aspects du partage du savoir en droit social, *Mélanges en l'honneur de Pierre-Yves Verkindt*, LGDJ, 2022, p. 67.

<sup>364</sup> C. trav. art. L 4624-8, al. 1er.

<sup>365</sup> C. trav. art. R 4624-45-4.

- Les informations formalisées relatives à l'état de santé du travailleur, recueillies lors des visites et examens nécessaires au suivi individuel de son état de santé ;
- Les correspondances échangées entre professionnels de santé aux fins de la coordination et de la continuité de la prise en charge du travailleur ;
- Les informations formalisées concernant les attestations, avis et propositions des professionnels de santé au travail et les informations délivrées au travailleur sur les expositions professionnelles, les risques identifiés, les moyens de protection, l'existence ou l'absence d'une pathologie en lien possible avec une exposition professionnelle, ainsi que les avis médicaux.

Le dossier médical en santé au travail peut être constitué, consulté et alimenté non seulement par le médecin du travail mais aussi par tout professionnel de santé faisant partie du service de prévention et de santé au travail, à savoir le collaborateur médecin, l'interne en médecine du travail, l'infirmier en santé au travail ou encore le médecin praticien correspondant<sup>366</sup>. Seuls les professionnels de santé au travail sont concernés par cette faculté. L'encadrement déontologique auquel sont soumis les professionnels de santé en matière de transmission d'informations, et qui sera étudié dans la section suivante, peut expliquer cette restriction. Le dossier peut tout de même être consulté et alimenté par des intervenants en prévention des risques professionnels et assistants administratifs du SPST sur délégation du médecin du travail et uniquement pour les données d'identité et médico-administratives et pour les informations sur les risques auxquels le salarié est ou a été exposé<sup>367</sup>. L'opposition du salarié reste toutefois toujours possible<sup>368</sup>. Parmi les informations versées au dossier médical en santé au travail figurent notamment les correspondances échangées dans un but de coordination et de continuité. Le texte n'a ainsi pas ignoré les coopérations entre professionnels.

**91. La transmission entre services.** Le partage d'informations doit également être étendu en dehors d'un seul et même SPST en cas de changement de trajectoire professionnelle. L'accès au dossier n'est plus réservé aux professionnels choisis par le salarié et à sa demande puisque « *lorsque le travailleur relève de plusieurs services de prévention et de santé au travail ou cesse de relever d'un de ces services, son dossier médical en santé au travail est accessible au service compétent pour assurer la continuité du suivi, sauf refus du travailleur* <sup>369</sup> ». Le refus par un médecin du travail de transmettre le dossier à un autre médecin du travail pourrait constituer une faute du médecin dépositaire du dossier, si son refus paralyse le fonctionnement du service de prévention et de santé au travail<sup>370</sup>. Les logiciels utilisés dans les différents services

---

<sup>366</sup> C. trav. art. R 4624-45-3 et R 4624-45-5.

<sup>367</sup> C. trav. art. R 4624-45-5, al. 2.

<sup>368</sup> C. trav. art. L4624-8 al. 3 et 5 et art. R 4624-45-6.

<sup>369</sup> C. trav. art. L 4624-8, al. 5 et R 4624-45-7.

<sup>370</sup> Cass. soc. 20 févr. 1986, n°83-41671, Bull. civ., V, n°30 : médecin refusant de transmettre le dossier après son licenciement.

de santé au travail ne sont pas communs et le langage ne l'est pas toujours non plus mais l'arrivée de référentiels d'interopérabilité peut y remédier<sup>371</sup>.

Cette première section visait à questionner l'adéquation entre les missions des professionnels de santé au travail et l'objet de leur travail. Il apparaît globalement que le développement d'une conception juridique de la santé au travail au champ large peut être accompagné par un domaine d'action étendu pour les professionnels de santé au travail. En santé au travail, la compréhension du travail réel est à cet égard un objectif essentiel guidant les pouvoirs et les devoirs des professionnels de santé au travail et impliquant en soi, la coopération.

La protection de la santé des travailleurs peut ainsi prendre appui sur plusieurs instruments permettant d'assurer cette coopération. La santé au travail implique des professionnels de santé certes spécialisés mais dont l'activité est encadrée à la fois par des principes directeurs communs à l'ensemble des professionnels de santé et par la logique préventive du droit de la santé au travail. Cette combinaison doit permettre d'éviter une segmentation excessive de la santé et dès lors du travail en santé, pour que se rejoignent santé publique et santé au travail.

## Section 2 : Le rapprochement entre santé publique et santé au travail par les coopérations professionnelles

La santé publique intègre prévention et soin, alors que l'action des professionnels de santé au travail se cantonne en principe (essentiellement ou exclusivement selon les textes) à une action préventive. La recherche de coopérations peut cependant amener à franchir les frontières entre santé publique et santé au travail, notamment par le partage de certaines informations entre professionnels de santé et professionnels de santé au travail (1). Dans plusieurs textes récents des possibilités d'actions communes sont envisagées sur des situations spécifiques, coopérations dont l'extension peut être questionnée (2).

### I – Les partages d'informations à l'extérieur des services de prévention et de santé au travail

La possibilité d'accéder à des informations relatives à la santé d'une personne peut contribuer à l'amélioration des prises en charge et à une meilleure traçabilité des expositions professionnelles. L'encadrement déontologique doit cependant fournir des garanties suffisantes de protection du salarié-patient.

---

<sup>371</sup> M. C. Amauger-Lattes, Prévention et traçabilité des expositions professionnelles : ambivalence et difficultés de mise en œuvre de la loi du 2 août 2021, *Dr. soc.* 2021, pp. 897-903.

## A – La faculté d'accéder aux informations

L'accès aux informations des membres d'une équipe de santé au travail est le point de départ d'un partage qui peut être favorable aux coopérations. La pertinence de ce partage d'informations ne doit pas faire oublier que les informations sur la santé sont sensibles et qu'elles doivent être protégées.

### 1- La pertinence de la circulation d'informations

**92. Une circulation large.** Les échanges d'informations entre professionnels peuvent notamment trouver un premier fondement dans la définition légale de la politique de santé qui comprend « *la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés à l'éducation et aux conditions de vie et de travail* <sup>372</sup> ». La cohérence et la qualité d'une prise en charge et plus largement des politiques de santé passe notamment par la possibilité d'accéder à des informations sur la santé. La collecte et la circulation d'informations sur la santé des salariés pourrait contribuer à des politiques cohérentes de santé au travail<sup>373</sup>. A titre d'exemple, le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (rnv3p) peut faciliter cette circulation d'informations. Ce réseau regroupe des centres de consultations des pathologies professionnelles (CCPP) et travaille en partenariat notamment avec la Société française de médecine du travail. Il vise à développer les échanges entre professionnels de santé au travail. Ce peut être également la fonction de réseaux de services de prévention et de santé au travail.

**93. Une conception élargie de la santé.** Sur un plan plus individuel, la connaissance d'éléments médicaux liés au travail peut influencer le diagnostic et les prescriptions d'un médecin de ville ou hospitalier. De son côté le médecin du travail, qui ne dispose peut-être pas de toutes les informations sur la santé d'un salarié, peut se trouver en difficulté au moment d'évaluer l'influence potentielle du travail sur celle-ci.

La circulation des informations doit alors permettre une appréhension globale de la santé des salariés et un meilleur suivi<sup>374</sup>. La pluralité des facteurs de risques pour la santé des personnes, incluant le travail, complique la connaissance des causes de l'état de santé d'une personne et le choix des moyens de prévention et de traitement. Admettre cette pluralité et l'intégrer dans les règles de droit peut atténuer ces difficultés. Le concept d'exposome, déjà évoqué précédemment, permet une prise en compte variée des risques au travail et peut s'appuyer notamment sur une connexion plus forte entre le dossier médical en santé au travail (DMST) et le dossier médical partagé (DMP). Les changements normatifs dans ce domaine visent à

---

<sup>372</sup> CSP art. L 1411-1, 1°.

<sup>373</sup> Cour des comptes, *Les politiques publiques de prévention en santé au travail dans les entreprises*, déc. 2022.

<sup>374</sup> V. Mesli, *Quelles articulations entre le dossier médical personnel et le dossier médical en santé au travail ?*, RDSS 2014, p. 266.

instaurer une coopération entre professionnels de santé par un partage de connaissances et non un simple accès aux informations<sup>375</sup>. A côté d'une règle générale limitant les échanges d'informations à quelques situations, se sont développées des règles spéciales.

2- Une règle générale limitant le partage d'informations

**94. Des règles de partage distinctes.** Entre le domaine de la santé publique et de la santé au travail, les règles de partage peuvent être différentes. Concernant la santé au travail, le partage d'informations est possible, dans certaines limites, entre les membres d'une même équipe pluridisciplinaire de santé au travail, d'un même service, entre services lorsque le salarié change d'entreprise, suivant les règles vues précédemment. Le dossier médical en santé au travail est ainsi accessible au médecin praticien correspondant et aux professionnels de santé chargés d'assurer, sous l'autorité du médecin du travail, le suivi de l'état de santé d'une personne, sauf opposition de l'intéressé<sup>376</sup>.

**95. Le principe général.** Dans le domaine de la santé de manière générale, la transmission d'informations entre professionnels ou personnels de santé répond à des règles fixées par le code de la santé publique par dérogation au principe du secret. Ce principe est fixé par l'article L 1110-4 du code de la santé publique qui dispose que « *toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code [...] a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant* ». En dehors des cas liés à une infraction ou une procédure pénale, la transmission d'informations sur la santé d'une personne est toutefois permise dans des conditions fixées par voie réglementaire<sup>377</sup>, afin de favoriser la bonne prise en charge des patients. Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L.1110-12 du code de la santé publique, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Lorsque les professionnels ne font pas partie de la même équipe de soins, le partage d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen. Le Code de la santé publique donne la liste des professionnels susceptibles d'échanger ou de partager de telles informations relatives à la

---

<sup>375</sup> F. Héas, Le concept d'exposome à l'aune du droit social, *Dr. soc.* 2020, pp. 524-532.

<sup>376</sup> C. trav. art. L 4624-8, al.3.

<sup>377</sup> CSP art. R 1110-1 et s.

même personne prise en charge<sup>378</sup>. Si les professionnels de santé au travail font bien partie des professionnels de santé, ils ne sont pas explicitement inclus comme des professionnels participant à la prise en charge d'un patient. Le partage d'informations sur la santé permis par le code de la santé publique ne l'est donc que de manière restrictive, comme l'a rappelé récemment le Conseil d'État<sup>379</sup>. L'organisation d'une appréhension globale de la santé par une meilleure communication des informations n'est possible que si est organisée cette communication entre les membres d'un SPST et d'autres professionnels de santé.

3- Le partage entre professionnels de santé au travail et professionnels de santé

**96. La transmission du DMST.** Plusieurs possibilités sont prévues légalement. Est ainsi rendue possible la transmission du dossier médical en santé au travail (DMST) par le médecin du travail au médecin inspecteur du travail en cas de risque pour la santé publique ou à la demande du médecin inspecteur du travail<sup>380</sup>. Le rapprochement entre santé publique et santé au travail apparaît clairement dans les finalités de la transmission sans qu'il soit toutefois explicitement question de coopération allant plus avant entre les deux médecins.

**97. Le partage entre médecins.** C'est peut-être surtout à l'occasion d'une transmission entre médecin de ville ou hospitalier et médecin du travail que le partage des informations peut présenter à la fois un intérêt pour la prise en charge du salarié mais aussi une menace pour la protection de sa vie privée, voire de son emploi<sup>381</sup>. Le volet santé au travail au sein du DMP peut constituer un premier lien informatif entre les médecins. Le dossier médical partagé doit être composé d'un volet santé au travail alimenté par le médecin du travail et les professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail qui y sont autorisés. Ce volet permettra au médecin traitant d'obtenir des informations sur les déterminants professionnels de la santé de la personne suivie. Outre la nécessité du consentement du salarié à ce que ces informations soient versées au DMP, ce volet accessible aux professionnels extérieurs au SPST est quelque peu limité dans son contenu. Les données d'exposition professionnelles de nature à affecter l'état de santé d'un salarié y seront reportées<sup>382</sup>. Seront transmis également dans le DMP les éléments nécessaires à la prévention ainsi qu'à la coordination, la qualité et la continuité des soins, éléments qu'a déterminés la Haute Autorité de Santé dans des recommandations de bonne pratique<sup>383</sup>. Dans ces recommandations, qui prennent appui sur des consultations auprès d'organismes institutionnels, professionnels et associations, la HAS préconise une alimentation du volet santé au travail par une grande partie

---

<sup>378</sup> CSP art. R 1110-2.

<sup>379</sup> CE, 15 nov. 2022, n°441387, *RDSS* 2023, p. 359, obs. T. Dantzer.

<sup>380</sup> C. trav. Art. L 4624-8 al. 1<sup>er</sup>.

<sup>381</sup> A. Guéguen, *op. cit.*, p. 235 et 240. .

<sup>382</sup> C. trav. art. L 4624-8.

<sup>383</sup> HAS, *Catégories d'informations susceptibles d'être intégrées dans le volet santé au travail du dossier médical partagé*. Recommandations de bonnes pratiques, au sens de l'article L 1111-15 du code de la santé publique, 16 mars 2023.



des données du DMST. Certaines catégories n’y seront toutefois versées que si l’équipe de santé au travail le juge nécessaire, lorsqu’il s’agit de documents usuels ne présentant pas de résultats anormaux tels qu’attestations de suivi ou avis d’aptitude ou d’inaptitude. Mais l’évolution peut-être la plus importante consiste dans la faculté pour le médecin du travail d’accéder au DMP, bien que cela ne soit pas sans risques<sup>384</sup>. La loi a en effet reconnu la faculté pour le médecin du travail d’accéder au dossier médical partagé d’un salarié. Depuis le 31 mars 2022, l’article L 1111-17, IV du code de la santé publique prévoit que « *Le médecin du travail chargé du suivi de l’état de santé d’une personne peut accéder à son dossier médical partagé et l’alimenter, sous réserve de son consentement exprès et de son information préalable quant aux possibilités de restreindre l’accès au contenu de son dossier* ». Le salarié peut toujours s’opposer à l’accès du médecin du travail chargé du suivi de son état de santé à son dossier médical partagé mentionné à l’article L. 1111-14 du code de la santé publique. Ce refus ne constitue pas une faute, ne peut servir de fondement à un avis d’inaptitude et n’est pas porté à la connaissance de l’employeur<sup>385</sup>. Le médecin du travail peut alors tirer certaines conséquences de ces informations sur les mesures de prévention éventuelles à mettre en œuvre.

Les professionnels de santé au travail ne sont peut-être toujours pas considérés comme étant en charge du patient<sup>386</sup>, mais un accès plus étendu aux informations de santé pourrait faire évoluer leur contribution à cette prise en charge. La reconnaissance de leur rôle en la matière peut rejoindre l’idée selon laquelle le maintien dans et en emploi, l’une des fonctions essentielles des professionnels de santé au travail, constitue un déterminant de la santé d’une personne. Mais la santé demeure une source d’informations sensibles faisant l’objet de règles multiples. C’est pourquoi, dans leurs relations professionnelles, les travailleurs de la santé au travail sont tenus au secret.

## *B – Le respect du secret*

**98. Un principe cardinal.** Le secret professionnel est une règle déontologique essentielle des professions de santé, un principe fondamental de leur organisation destiné à assurer la confiance des patients et dès lors un principe sans lequel une profession perd sa reconnaissance sociale et, par-là, son identité. Mais il est plus qu’un devoir déontologique s’imposant aux professionnels de santé. Il est aussi une règle générale qui s’impose à tout professionnel recevant une information sur la santé d’une personne, en application de l’article L 1110-4 du code de la santé publique. La règle est relayée pénalement par l’article 226-13 du code pénal qui prévoit pour la révélation d’une information à caractère secret par la personne dépositaire une amende de 15000 euros et une peine d’emprisonnement d’un an.

---

<sup>384</sup> A. Guéguen, *op. cit.*, p. 239.

<sup>385</sup> C. trav. Art. L 4624-8-1.

<sup>386</sup> V. Wester-Ouisse, Les limites juridiques s’imposant au médecin du travail en matière d’inaptitude, in M. Del Sol, F. Héas (dir.), *Variations sur et autour de l’inaptitude en santé-travail*, Octares, 2016, p. 69 s.

Concernant les professionnels de santé, la règle générale se retrouve dans les devoirs déontologiques et s'impose ainsi à tout médecin<sup>387</sup>, dont font partie les médecins du travail, et à tout infirmier ou étudiant infirmier<sup>388</sup>, dont les infirmiers en santé au travail. Le droit au secret affirmé par le Code de la santé publique bénéficie à « *toute personne prise en charge par tout organisme participant à la prévention et aux soins* », ce qui peut viser le salarié. Tout membre de l'équipe de santé au travail, professionnel de santé ou non, est concerné, ainsi que toute personne qui aurait collaboré occasionnellement avec le service. Le secret couvre tout ce qui est venu à leur connaissance dans l'exercice de leur profession, c'est-à-dire ce qui leur a été confié ainsi que ce qu'ils ont vu, entendu ou compris. Le secret couvre par ailleurs « *l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé* » ou de tout autre professionnel. Il s'agit dans ce cas des informations qui sont directement en rapport avec les missions du service de prévention et de santé au travail.

**99. La non-divulgation à l'employeur.** Les membres de l'équipe de santé au travail et toute autre personne qui en auraient eu connaissance ne peuvent ainsi divulguer à l'employeur des informations relatives à la santé d'un salarié. Il faut cependant distinguer la connaissance de l'inaptitude d'un salarié et ses motifs médicaux qui eux ne peuvent être révélés<sup>389</sup>. Une déclaration d'inaptitude est le résultat du travail d'analyse opéré par le médecin du travail consistant à faire le lien entre les informations médicales dont il dispose sur le salarié et celles relatives à son poste de travail. Le constat relatif à l'aptitude ou l'inaptitude du salarié ne fait pas état précisément de l'état de santé du salarié mais simplement de sa capacité à occuper un poste de travail déterminé. L'employeur peut avoir connaissance de cette capacité et l'obligation pour le médecin du travail de lui indiquer les éléments de fait permettant à l'employeur de proposer un poste adapté aux capacités physiques du salarié, ainsi que les éventuelles contre-indications n'est pas contraire au secret médical<sup>390</sup>. Cela ne contraint pas en effet le médecin du travail à faire état des considérations médicales qui justifient sa décision.

En revanche le dossier médical du salarié ne peut en aucun cas être communiqué à l'employeur<sup>391</sup> et l'employeur ne peut en exiger la communication<sup>392</sup>. Les textes applicables au DMST rappellent que ce dossier retrace dans le respect du secret médical les informations relatives à l'état de santé du travailleur<sup>393</sup>, le même texte ajoutant que les informations relatives aux expositions professionnelles « *sont confidentielles et ne peuvent pas être*

---

<sup>387</sup> Art. R 4127-4 CSP.

<sup>388</sup> Art. R 4312-5 CSP.

<sup>389</sup> A. Gardin, Le secret et le médecin du travail, *Dr. ouvr.* 2015, p. 404.

<sup>390</sup> CE 3 déc. 2003, n°254000. V. également Cass. crim. 6 juin 1972, n°70-90271 ; Bull. crim., n°190 : N'excède pas ses attributions le médecin du travail qui fait savoir qu'une salariée, dont les propos injurieux perturbent le fonctionnement du service, lui paraît inapte au travail.

<sup>391</sup> Cass. soc. 10 juill. 2002, n°00-40209, Bull. civ., V, n°251.

<sup>392</sup> Cass. soc., 30 juin 2015, n°13-28201 ; *JCP S* 2015, 1344, note P. Y. Verkindt.

<sup>393</sup> C. trav. art. L 4624-8 al. 1er.

*communiquées à un employeur auprès duquel le travailleur sollicite un emploi* ». Le format numérique du DMST doit en outre être sécurisé, respecter le règlement général sur la protection des données (RGPD) et suivre des référentiels d'interopérabilité et de sécurité mentionnés à l'article L. 1470-5 du code de la santé publique. Ces référentiels doivent être suivis en cas de recours à des technologies de l'information et de la communication pour le suivi individuel du travailleur. De même les informations relatives aux expositions professionnelles reportées dans le DMST sont confidentielles et ne peuvent être communiquées à un employeur auprès duquel le salarié sollicite un emploi<sup>394</sup>. Sur l'accès du médecin du travail au dossier médical partagé, quelques réserves ont été exprimées au sujet du consentement du salarié, considéré comme acquis sauf en cas de refus exprès de sa part. La formulation d'un consentement exprès a pu être vue comme nécessaire pour que soit préservée la relation de confiance entre le salarié et le médecin du travail<sup>395</sup>. Le risque de dispersion des informations, vers l'employeur notamment, est également relevé, risque accru du fait d'un accès aux données par toute l'équipe pluridisciplinaire<sup>396</sup>. Le risque existe bien du fait de la situation de subordination des personnels de santé au travail, et des risques de confusions sur leurs missions. Il faut toutefois rappeler que c'est l'ensemble du service qui est détenteur du secret, et pas seulement le médecin du travail<sup>397</sup>.

Quoi qu'il en soit, ces règles n'instaurent une coopération que par le levier de l'information, qui plus est de manière asymétrique entre le médecin du travail, qui a accès au DMP, et le médecin de ville, qui n'a accès qu'au volet santé au travail<sup>398</sup>. La coopération implique aussi d'être en relation et de participer à un travail commun. Les rapprochements opérés en droit entre les professionnels sont récents et timides mais conduisent à envisager des possibilités d'action communes qui nous semblent indispensables.

## II – La participation à des actions communes

Des mises en relation entre professionnels de spécialités ou de professions différentes sont prévues légalement dans des situations spécifiques (A). Mais il reste à permettre une diffusion large des pratiques collaboratives. Le devoir général de confraternité pourrait y contribuer (B).

---

<sup>394</sup> C. trav. art. L 4624-8.

<sup>395</sup> M. Badel, Médecin du travail et médecin de ville. La personne du travailleur au croisement des médecines, *Dr. soc.* 2021, p. 892 ; P. A. Adèle, *op. cit.*, p. 210.

<sup>396</sup> M. Badel, *op. cit.*, p. 896.

<sup>397</sup> CE, 11 févr. 1972, n°76799, Rec. Lebon.

<sup>398</sup> M. Badel, *op. cit.*

La valorisation de la médecine du travail en tant que discipline médicale et la redynamisation de la recherche, déjà mises en avant comme des nécessités, peinent à trouver des suites<sup>399</sup>. Les techniques de prévention sont pourtant étendues au-delà du seul système de santé au travail<sup>400</sup>. Une séparation nette entre santé publique et santé au travail manque dès lors de pertinence mais persiste, notamment dans les pratiques professionnelles. Un rapprochement est possible à condition de lever certaines ambiguïtés. La loi prévoit par ailleurs quelques possibilités de coopération.

1- Les ambiguïtés du rapprochement entre santé publique et santé au travail

**100. Le décloisonnement de la santé.** Le rapprochement entre santé publique et santé au travail peut passer par des actions coopératives ou de nouvelles missions. Le second aspect a été exploré par la loi du 20 juillet 2011 qui a inséré diverses actions de santé publique dans les missions des services de santé au travail, telles que la prévention de la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, la traçabilité des expositions professionnelles et la veille sanitaire. La loi du 2 août 2021 a complété le rapprochement en incluant dans les missions des services de prévention et de santé au travail la contribution « *à la réalisation d'objectifs de santé publique afin de préserver, au cours de la vie professionnelle, un état de santé du travailleur compatible avec son maintien en emploi. A cette fin ils [...] participent à des actions de promotion de la santé sur le lieu de travail, dont des campagnes de vaccination et de dépistage, des actions de sensibilisation aux bénéfices de la pratique sportive et des actions d'information et de sensibilisation aux situations de handicap au travail, dans le cadre de la stratégie nationale de santé prévue à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique* <sup>401</sup> ». La question se pose toutefois de savoir si l'accroissement des missions de santé publique des SPST ne risque pas de leur ôter le temps nécessaire aux missions de prévention des risques professionnels.

A cette question s'ajoutent les doutes exprimés sur la pertinence d'un rapprochement entre santé publique et santé au travail au regard du risque de dilution de la seconde dans la première.

**101. Les limites de la santé globale.** Le droit social est un vecteur de l'idée de santé globale, notamment par une production normative foisonnante<sup>402</sup>. Il ne vise ainsi plus uniquement la protection de la santé des travailleurs mais aussi des objectifs de santé publique, par des règles contraignantes ou incitatives principalement procédurales. Elles instaurent en effet des

---

<sup>399</sup> P. Blémont, X. Chastel, H. Siahmed, *Attractivité et formation des professions de santé au travail*, Rapport IGAS-IGAENR, août 2017, recommandation n°26, p. 81.

<sup>400</sup> M. Caron, *Le système de santé au travail : vers la fin d'une exception*, RDSS 2014, p. 275.

<sup>401</sup> C. trav. art. L 4622-2.

<sup>402</sup> J. Dirringer, *Santé-travail, santé environnementale, santé globale... Qui trop embrasse mal étreint*, Dr. soc. 2021, p. 934.

dispositifs permettant de mettre en place des actions de coopération en définissant les situations dans lesquelles elles peuvent être mises en place et leurs acteurs potentiels. Mais dans quelle mesure ces règles procédurales, sont-elles accompagnées par des règles permettant de s'assurer d'une coopération marquée par une action commune ? Ces règles impliquent de multiples acteurs et non plus le seul employeur, en conduisant ceux-ci à intégrer dans leurs actions les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Les SPST n'ont plus la protection de la santé des travailleurs comme mission exclusive mais comme mission principale, la santé publique y étant également intégrée. Ce découplage étant essentiellement procédural, il n'est pas certain que les outils prévus seront effectivement mobilisés. Il présente alors un risque de dilution de la santé au travail, et des responsabilités en la matière, dans une santé globale ignorant les particularités de la santé au travail. Les salariés pourraient en être davantage responsabilisés par une menace sur l'emploi et une obligation de s'adapter<sup>403</sup>.

La perspective de santé publique selon laquelle les modes de vie influencent l'état de santé ne doit pas conduire à ignorer les effets du travail et des risques professionnels. Le découplage entre santé publique et santé au travail fait parfois craindre que la santé au travail ne perde sa spécificité, en diluant voire occultant l'importance de l'organisation du travail sur la santé des personnes, par ailleurs davantage responsabilisées<sup>404</sup>. Une succession de périodes de visibilité et d'invisibilisation des pathologies professionnelles a été mise en avant pour expliquer les difficultés d'inclure la santé au travail dans la santé publique, sans estomper ses particularités<sup>405</sup>. La dominante épidémiologiste dans la gestion des risques professionnels peut en constituer une explication dans la mesure où elle ne permet pas de mettre en avant les déterminants sociaux de la santé. L'intrication des questions de santé publique dans la santé au travail est aussi parfois vue comme inadéquate lorsqu'elle conduit par exemple à déclarer inapte un salarié parce qu'il est alcoolique alors que son alcoolisme ne l'empêche pas d'accomplir ses tâches<sup>406</sup>. La responsabilité de l'employeur pour les expositions professionnelles causées par l'organisation du travail ne doit par ailleurs pas être écartée pour mettre en avant la responsabilité individuelle du salarié à l'égard de sa propre santé<sup>407</sup>.

**102. Le renforcement des compétences des professionnels de santé au travail.** Accorder toute l'attention nécessaire aux facteurs de risques professionnels suppose en conséquence de développer des coopérations qui maintiennent voire renforcent les domaines de compétences des professionnels de santé au travail, et en premier lieu du médecin du travail. Agir sur les domaines de compétences pour rendre les frontières entre les médecines moins

---

<sup>403</sup> J. Dirringer, *op. cit.*, p. 937.

<sup>404</sup> N. Dedessus-Le-Moustier, La santé au travail à la recherche d'un nouvel équilibre, *Mélanges en l'honneur de Pierre-Yves Verkindt*, LGDJ, 2022, pp. 105-114.

<sup>405</sup> S. Bertschy, La santé publique peut-elle sauver la santé au travail ? Mise en perspective historique sur l'émergence d'une forme nouvelle de « gouvernement des dangers du travail », *Dr. soc.* 2023, pp. 100-107.

<sup>406</sup> Q. Durand-Moreau, J. D. Dewitte, Les déterminants de l'inaptitude, M. Del Sol, F. Héas (dir.), *Variations sur et autour de l'inaptitude en santé-travail*, Octares, 2016, pp. 109-110.

<sup>407</sup> H. Lanouzière, L. Lerouge, Controverse : Que faut-il attendre (ou non) du découplage de la santé au travail et de la santé publique ?, *RDT* 2021, pp. 423-430.

étanches peut passer par une capacité de prescription accordée aux médecins du travail. Cette faculté fait l'objet d'une expérimentation autorisant dans certaines régions les médecins du travail à :

1° Prescrire et, le cas échéant, renouveler un arrêt de travail ;

2° 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. 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<sup>408</sup>. Bien que la faculté de prescription puisse être essentielle dans l'attractivité de la profession de médecin du travail, la loi du 2 août 2021 a pu paraître trop restrictive puisque cette faculté est limitée aux compétences médicales acquises par une formation spécialisée transversale ou par un diplôme d'études spécialisées complémentaires non qualifiant pour une spécialité, soit essentiellement addictologie, allergologie, nutrition, douleur. La prescription ne vise pas l'ensemble des spécialités médicales concernées et de ce fait la loi du 2 août 2021 ne donne pas au médecin du travail le rôle de médecin spécialiste à part entière<sup>409</sup>.

**103. La difficile identification des rôles.** La répartition des compétences entre les médecins du travail et la médecine de ville et hospitalière est opérée en amont par le législateur. Mais il peut être difficile pour une personne de savoir vers quel professionnel se tourner en priorité lorsque se pose la question d'un lien éventuel entre sa santé et son travail<sup>410</sup>. Le médecin du travail dispose d'une compétence générale en la matière qui légitime son intervention. Mais son statut de salarié, malgré la protection de son indépendance professionnelle par le code de déontologie, peut conduire le salarié à s'adresser au médecin traitant en priorité. La coopération entre le médecin du travail et le médecin de ville est rarement envisagée comme une obligation si ce n'est dans le cadre du devoir de confraternité<sup>411</sup>(v. infra). Le conflit entre médecine de clientèle courante et médecine du travail laissant à celle-ci une mission uniquement préventive s'est certes adouci, lorsque la possibilité a été laissée aux anciens services de santé au travail d'accueillir des internes et collaborateurs médecins, amorçant ainsi une « porosité personnelle » entre médecine de ville ou hospitalière et médecine du travail<sup>412</sup>. La loi envisage par ailleurs plusieurs possibilités de collaboration, qui présentent toutefois des limites.

---

<sup>408</sup> Art. 32 de la loi du 2 août 2021.

<sup>409</sup> J. M. Soulat, Une loi de plus... Pour préparer la prochaine ?, *Dr. soc.*, 2021, p.890.

<sup>410</sup> P. A. Adèle, Quel(s) médecin(s) pour la santé mentale au travail ? Entre médecine du travail et médecine de ville, in F. Héas (dir.), *Santé mentale et organisation du travail. Approche juridique et regards croisés*, Dalloz, 2022, p. 203.

<sup>411</sup> P. A. Adèle, *op. cit.*, p. 207.

<sup>412</sup> P. Y. Verkindt, Le médecin du travail : recentrage ou décentrage, recentrement ou décentrement ?, *Dr. soc.* 2021, p. 888.

**104. La participation aux examens médicaux.** Il est désormais prévu que le professionnel de santé au travail procédant à une visite ou un examen à distance, par voie électronique, puisse proposer au salarié que son médecin traitant ou un professionnel de santé choisi par le travailleur participe à la consultation ou à l'entretien à distance, avec le consentement du salarié<sup>413</sup>. Cette proposition peut être faite dès l'instant où le professionnel de santé au travail considère que l'état de santé du travailleur ou les risques professionnels auxquels celui-ci est exposé le justifient. Les modalités d'une coopération entre professionnels de santé ne sont pas précisées mais il revient à ceux-ci de s'en saisir ou non. Tout au moins un partage d'informations serait en partie possible. Cette participation commune peut aussi contribuer à construire une culture commune de la santé des personnes.

Une mise en relation peut également être opérée à l'occasion de la visite post exposition ou post professionnelle, dont bénéficient les salariés qui ont disposé d'un suivi individuel renforcé pour avoir été exposés à certains risques. En effet, s'il constate une exposition du travailleur à certains risques dangereux, notamment chimiques, mentionnés au a du 2° du I de l'article L. 4161-1 du code du travail (agents chimiques dangereux, y compris poussières et fumées), le médecin du travail met en place une surveillance post-exposition ou post-professionnelle, en lien avec le médecin traitant et le médecin conseil des organismes de sécurité sociale<sup>414</sup>. Si l'on se contente des textes, ce lien peut se limiter à une simple transmission d'informations. Lorsque le médecin du travail décide de mettre en place une surveillance post-exposition ou post-professionnelle, il peut transmettre au médecin traitant le document faisant état de l'exposition à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels, mais uniquement s'il l'estime nécessaire et avec l'accord du travailleur<sup>415</sup>. Les documents transmis sont alors assortis de préconisations et de toutes informations utiles à la prise en charge médicale ultérieure.

La collaboration entre professionnels, ici entre médecins, peut également survenir pour les travailleurs pouvant bénéficier d'un examen de pré-reprise du travail. Cet examen, accompli par le médecin du travail, est organisé à l'initiative du travailleur, du médecin traitant, des services médicaux de l'assurance maladie ou du médecin du travail, dès lors que le retour du travailleur à son poste est anticipé<sup>416</sup>. L'initiative partagée peut cependant s'avérer insuffisante à assurer une coopération donnant lieu à des partages de tâches et d'informations.

**105. Le médecin praticien correspondant.** La perspective d'une véritable collaboration peut également être questionnée dans les relations entre professionnels de santé au travail et le médecin praticien correspondant, création de la loi du 2 août 2021. Ce dernier « *conclut avec le service de prévention et de santé au travail interentreprises un protocole de collaboration*

---

<sup>413</sup> C. trav. art. L 4624-1 et R 4624-41-3.

<sup>414</sup> C. trav. art. L 4624-2-1.

<sup>415</sup> C. trav. art. R 4624-28-3, al. 3.

<sup>416</sup> C. trav. art. L 4624-2-4.

*signé par le directeur du service et les médecins du travail de l'équipe pluridisciplinaire. Ce protocole, établi selon un modèle défini par arrêté des ministres chargés du travail et de la santé, prévoit, le cas échéant, les garanties supplémentaires en termes de formation justifiées par les spécificités du suivi médical des travailleurs pris en charge par le service de prévention et de santé au travail interentreprises et définit les modalités de la contribution du médecin praticien correspondant à ce suivi médical<sup>417</sup> ». Le contenu minimal de ce protocole est défini à l'article R 4623-43 du code du travail et comprend notamment les modalités selon lesquelles s'exerce le lien renforcé entre le médecin du travail et le médecin correspondant, lorsque celui-ci n'a pas encore validé sa formation en santé au travail, les missions et informations qui lui sont confiées et les situations dans lesquelles il doit réorienter les travailleurs vers le médecin du travail.*

Mais les cas dans lesquels un tel protocole pourra être conclu laissent penser que le médecin praticien correspondant se substituera au médecin du travail plus qu'il ne collaborera avec lui. En effet, un tel protocole ne peut être conclu « *que dans les zones caractérisées par un nombre insuffisant ou une disponibilité insuffisante de médecins du travail pour répondre aux besoins du suivi médical des travailleurs, arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente, après concertation avec les représentants des médecins du travail* <sup>418</sup> ». Les médecins praticiens correspondants, à supposer que leur existence dans les textes se concrétise en pratique, sont envisagés comme un remède de plus à la pénurie d'effectifs, mais pas comme des acteurs d'une coopération professionnelle étendue.

**106. Des collaborations limitées.** Au-delà des questionnements et difficultés, ces différentes hypothèses de coopération pourront peut-être contribuer à donner toute la place qu'ils méritent aux professionnels de santé au travail dans un travail en commun. Pour l'heure, il est toujours très actuel de constater que la volonté politique de promotion de la médecine du travail ne s'est pas véritablement traduite par une conception rénovée de sa place dans le système de santé<sup>419</sup>. Les situations de travail collaboratif visées par la loi restent très spécifiques et pourraient ne pas suffire à affirmer la légitimité et la compétence générale des médecins du travail ainsi que des professionnels de santé au travail dans leurs rapports avec d'autres professionnels de santé. Ces derniers peuvent eux aussi avoir un rôle parfois réduit. Un constat de l'insuffisance des coopérations est d'ailleurs également souligné dans la prévention de la désinsertion professionnelle.

3- La prévention de la désinsertion professionnelle

**107. La pertinence du suivi.** Le fonctionnement coopératif des services de prévention et de santé au travail est d'autant plus indispensable que la mobilité des trajectoires

---

<sup>417</sup> C. trav. art. L 4623-1.

<sup>418</sup> C. trav. art. L 4623-1, al. 2.

<sup>419</sup> S. Fantoni-Quinton, P. Y. Verkindt, La place de la médecine du travail ne peut se mesurer exclusivement au seul nombre de médecins du travail, *Dr. soc.* 2021, pp. 539-545.



professionnelles rend moins visibles certains risques à effets diffus et à effets différés. Le recours au médecin traitant peut notamment constituer un moyen de suivre véritablement des salariés changeant fréquemment d'entreprise, tels que les travailleurs intermittents ou les travailleurs intérimaires, et d'adopter des politiques de prévention en conséquence. De fait, les médecins du travail sont des acteurs essentiels de cette prévention puisque leurs fonctions leur permettent de concilier la connaissance de l'état de santé et celle de l'organisation du travail. Mais les échanges avec les autres médecins restent peu développés, particulièrement avec les médecins conseils dont les logiques paraissent parfois opposées<sup>420</sup>.

**108. Les liens avec le médecin-conseil.** Les coopérations avec le médecin-conseil de l'assurance maladie sont vues comme « fugaces », bien qu'elles puissent exister pour prévenir les risques de désinsertion professionnelle<sup>421</sup>. La cellule pluridisciplinaire qui y sera consacrée devra agir en collaboration avec les professionnels de santé chargés du soin, le service du contrôle médical de l'assurance maladie et d'autres acteurs agissant dans le secteur de l'emploi et du handicap<sup>422</sup>.

A l'heure actuelle, le médecin conseil peut déjà, lorsque l'arrêt de travail dépasse trois mois, demander au médecin du travail son avis sur les modalités de reprise du travail et les actions de formation éventuelles lors d'un examen médical de pré-reprise<sup>423</sup>. Il doit dans ce cas en informer de sa démarche le médecin traitant et l'assuré<sup>424</sup>. Lorsque le médecin du travail effectue, avec l'accord du salarié, une visite médicale de pré-reprise, il communique les informations pertinentes issues de cette visite au médecin-conseil pour que celui-ci puisse préparer au mieux le retour à l'emploi du salarié<sup>425</sup>. En outre, en cas de risque de désinsertion professionnelle, l'article 19 de la loi du 2 août 2021<sup>426</sup> prévoit qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024, la caisse d'assurance maladie communiquera au SPST, avec l'accord de l'assuré, des informations relatives aux arrêts de travail<sup>427</sup>. Le SPST quant à lui informera le service du contrôle médical, les organismes locaux et régionaux d'assurance maladie et le service social de la Carsat de l'accompagnement effectué<sup>428</sup>. Toutefois, le médecin-conseil continue à ne pas avoir accès au dossier médical partagé.

Collaborer en mettant en place des actions organisées communément ne fait pas l'objet d'un principe général de fonctionnement des relations entre professionnels de santé et professionnels de santé au travail. La formulation claire d'un tel principe serait-elle-même

---

<sup>420</sup> G. Lecomte-Ménahès, La prévention de la désinsertion professionnelle : l'articulation de la prévention des risques professionnels et de la protection sociale, *Dr. soc.* 2019, pp. 914-920.

<sup>421</sup> R. Marié, Médecin-conseil et médecin du travail, ou l'histoire d'une coopération plutôt fugace, in F. Héas (dir.), *Santé mentale et organisation du travail. Approche juridique et regards croisés*, Dalloz, 2022, pp. 213-221.

<sup>422</sup> C. trav. art. L 4622-8-1, al. 7.

<sup>423</sup> CSS art. L 323-4-1 et D 323-3.

<sup>424</sup> CSS art. D 323-3, al. 2 et 3.

<sup>425</sup> CSS art. D 323-3, al. 4.

<sup>426</sup> Loi n°2021-1018, JORF 3 août 2021.

<sup>427</sup> Futur art. L 315-4 CSS.

<sup>428</sup> Futur art. L 4622-2-1 c. trav.

possible ? Une telle norme relève de l'organisation générale du parcours de santé. Elle pourrait s'appuyer sur certaines règles visant déjà à réguler les relations entre professionnels, en premier lieu le devoir de confraternité.

### *B – Les ressources du devoir de confraternité*

Tout comme la coopération, la confraternité est un lien entre professionnels. Un lien sans doute plus fort que le lien coopératif car il est un lien permanent qui rejaillit sur tous les actes et paroles en lien avec l'activité professionnelle. La confraternité peut en outre se retrouver au fondement même d'une démarche coopérative.

1- Un devoir commun à tous les professionnels de santé

**109. Un devoir fondamental.** Toutes les professions de santé disposant d'un code de déontologie sont tenues à un devoir de confraternité entre membres de la profession, tous modes d'exercice confondus<sup>429</sup>. Ce devoir exprimé de manière générale est également décliné dans divers autres devoirs tels que l'interdiction de calomnier un confrère ou une consœur, de médire sur lui ou elle, le devoir de chercher une conciliation en cas de conflit ou encore de ne pas détourner la patientèle d'un confrère. La liste n'est pas exhaustive et le devoir de confraternité peut entraîner la sanction de nombreux actes ou propos révélant un comportement indigne de la profession<sup>430</sup>. La confraternité implique aussi une loyauté dans le comportement vis-à-vis des autres professionnels, loyauté essentielle à toute coopération<sup>431</sup>. Celle-ci peut rejoindre l'exigence de bonne foi dans les engagements contractuels mais aussi un devoir d'apporter sa coopération à un professionnel en dehors de tout contrat. C'est à ce dernier titre que le devoir de confraternité est envisagé ici.

**110. Une confraternité ouverte.** Le devoir de confraternité visé par les textes concerne au premier chef les relations entre membres d'une même profession. Tous les modes d'exercice sont concernés et la confraternité s'applique entre un médecin traitant et un médecin du travail ou un infirmier et un infirmier de santé au travail par exemple. La confraternité peut aussi être envisagée de manière ouverte et s'appliquer entre professionnels de santé faisant partie de professions différentes. Les textes déontologiques distinguent généralement le devoir de confraternité et les rapports avec les membres des autres professions de santé, mais ils mentionnent la nécessité d'une bonne entente avec les membres des autres professions

---

<sup>429</sup> Pour les médecins : CSP art. R 4127-56 et s. – Pour les chirurgiens-dentistes : CSP art. R 4127-259 et s. – Pour les sages-femmes : CSP art. R 4127-354 et s. – Pour les pharmaciens : CSP art. R 4235-34 et s. – Pour les infirmiers : CSP art. R 4312-25. - Pour les masseurs-kinésithérapeutes : CSP art. R 4321-99 et s. - Pour les pédicures-podologues : CSP art. R 4322-62 et s. – Pour les conseillers en génétique : CSP art. R 1132-17.

<sup>430</sup> S. Brissy, Le devoir de confraternité des professionnels de santé, *RDSS* 2022, pp. 896-909.

<sup>431</sup> C. Vanderborght, Coopération, in A. Vandeveldde-Rougale éd., *Dictionnaire de sociologie clinique*. Toulouse, Érès, « Sociologie clinique », 2019, p. 160-161.

de santé et le respect de leur indépendance, dans l'intérêt des patients<sup>432</sup>. Le recours au professionnel compétent, sa bonne information et l'absence d'obstacle à son action peuvent ainsi trouver application dans les relations entre le médecin du travail et les autres professionnels de santé au travail. Les termes du protocole d'organisation du service seront ici nécessairement sollicités. Le devoir de confraternité peut en définitive être mobilisé à deux moments : pour créer la coopération par la mise en relation des professionnels ; puis quand cette relation existe, pour s'assurer qu'elle soit loyale.

## 2- Le recours au professionnel compétent

**111. Consulter et informer.** Parmi les actions positives de coopération auxquelles il est tenu, le professionnel de santé doit proposer au patient la consultation d'un confrère, ou d'un médecin pour les professionnels non médecins, lorsque les circonstances l'exigent ou si le patient en exprime le souhait. Le professionnel ainsi consulté devra alors informer son confrère de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions<sup>433</sup>. Le prescripteur peut être lui-même tenu de fournir un complément d'information au professionnel l'ayant sollicité, notamment lorsque cette sollicitation répond à une obligation déontologique. Le professionnel ne peut prendre prétexte d'une insuffisance administrative de son service pour refuser de proposer la consultation d'un confrère<sup>434</sup>.

Et lorsque des professionnels collaborent à l'examen ou au traitement d'un patient, ils doivent se tenir mutuellement informés de leurs constatations et décisions ainsi que de leur éventuel refus de prêter leur concours<sup>435</sup>. C'est ainsi que le refus de pratiquer une intervention alors que le professionnel l'a confirmée auprès de son patient et a fait venir l'un de ses collègues pour procéder à une anesthésie générale méconnaît l'obligation de confraternité, de même que son attitude à l'égard du médecin anesthésiste-réanimateur, qu'il n'avait pas davantage mis au courant de son intention de ne pas procéder à l'opération<sup>436</sup>.

**112. L'extension à la santé au travail.** Le devoir de confraternité impose par ailleurs de communiquer au médecin traitant, ou réciproquement au médecin du travail des informations sur la santé des salariés lorsque des circonstances relatives à la prise en charge le justifient. Ces exigences de collaboration pourraient être interprétées comme l'obligation de faire appel au médecin du travail lorsque le médecin traitant a un doute sur l'influence du travail sur la santé du salarié. Cela serait cohérent avec l'étendue des missions des SPST et la conception globale de la santé qui y est associée. Il semble difficile de soutenir que les médecins du travail devraient être exclus de ce type de collaboration. Rien ne justifie que les textes l'imposant soient réservés à une médecine de soin et que la médecine préventive en soit exclue. Ce n'est pas le type de médecine, mais le domaine de compétence qui justifie, et

---

<sup>432</sup> CSP art. R 4127-68, R 4127-282, R 4127-359, R 4312-28, R 4321-110, R 4322-70.

<sup>433</sup> CSP art. R 4127-60, R 4127-266, R 4127-361, R 4312-40 et 41, R 4312-79, R 4321-103.

<sup>434</sup> CDNOM, 15 juin 2021, n°14101.

<sup>435</sup> CSP art. R 4127-64, R 4321-105.

<sup>436</sup> CE, 24 oct. 2018, n°404660

même impose, qu'un professionnel soit consulté par un autre. Cette exigence rejoindrait de manière pertinente la reconnaissance nécessaire d'une compétence générale au profit des médecins du travail pour ce qui touche à la qualité de vie au travail et à la prévention des risques professionnels.

3- L'absence d'entrave à l'action d'un autre professionnel

**113. Faciliter l'action.** La coopération implique aussi de ne pas mettre d'obstacles à l'activité d'un confrère. Un professionnel doit par exemple veiller à donner les bonnes informations aux salariés d'un professionnel avec lequel le cabinet est partagé<sup>437</sup> et leur donner les moyens d'exercer leur activité. La coopération ne nécessite pas malgré tout d'être systématiquement en accord total avec les confrères. Un refus par exemple d'administrer des médicaments prescrits par un confrère ne manifeste pas systématiquement un refus de coopération ou une attitude hostile à l'égard du professionnel, notamment si ces produits n'entrent pas dans le protocole de l'établissement<sup>438</sup>. La confraternité n'empêche pas les divergences de vue et de pratiques, lesquelles ne sont pas antinomiques de la coopération.

**114. Transmettre des informations.** La coopération passe également par le partage d'informations et les règles déontologiques applicables aux professionnels de santé imposent en la matière certaines obligations de transmission. Cela se traduit par exemple par l'obligation pour un professionnel consulté par un patient, initialement pris en charge par un confrère, de transmettre à son confrère ses constatations et décisions<sup>439</sup>. L'infirmier est également tenu déontologiquement de communiquer au médecin toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic et de permettre la meilleure adaptation du traitement ou de la prise en charge<sup>440</sup>. Ce devoir déontologique rejoint l'article R 4311-2, 2° du code de la santé publique qui prévoit que les missions de l'infirmier comportent notamment l'obligation de « *concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions* ». Il en résulte que certains aspects de la confraternité pourraient concerner les rapports entre un médecin de ville et un médecin du travail ou tout autre professionnel de santé, notamment l'obligation de faire appel au professionnel compétent.

Les différents aspects de la confraternité s'appliquent entre professionnels de santé et de santé au travail au sein d'une même équipe comme avec des professionnels extérieurs. La loyauté consubstantielle à la coopération fait elle aussi partie des principes communs organisant le droit des professions de santé.

---

<sup>437</sup> CDNOMK, 21 mai 2021, n°021-2020.

<sup>438</sup> CDNOM, 11 mars 2020, n°13684.

<sup>439</sup> CSP art. R 4127-58 et 62, R 4127-264 et 265, R 4127-356, R 4321-101 et 104, R 4322-67.

<sup>440</sup> CSP art. R 4312-41.

### Conclusion de la seconde partie :

Coopérer implique d’agir dans un but commun. Il semble ainsi logique que la façon de concevoir la santé influence la manière de travailler à la préserver et à l’améliorer. Si la santé des personnes est envisagée comme un tout incluant dans ses déterminants le travail et ses risques, la coopération doit réunir des professionnels de spécialités diverses. Il en est de même si l’on considère que les risques professionnels ne sont pas décelés uniquement dans des agents physiques mais aussi dans les rapports sociaux et l’organisation du travail. La navette opérée entre le droit de la santé et le droit de la santé au travail peut alors éclairer l’étendue des liens juridiquement possibles entre professionnels pour que la finalité du travail en santé puisse être approchée au mieux. La façon de concevoir l’objet du travail en santé permet de déterminer les acteurs à mobiliser et la façon dont ils travaillent, non seulement dans leurs prérogatives et devoirs, mais aussi dans la cohésion de leur travail avec les autres professionnels intervenant.

### Conclusion du volume de synthèse :

**115. Des outils procéduraux de coopération.** La coopération est une notion protéiforme recouvrant le sens qui lui est donné par les textes, la jurisprudence et les acteurs du travail. L’effectivité d’une collaboration a pu être considérée comme dépendant « *à la fois d’objectifs communs aux acteurs et d’un contexte organisationnel et juridique propice à cette collaboration. Les acteurs qui portent les disciplines dans les services disposent de marges de manoeuvre fluctuantes, qui dépendent de leurs compétences techniques et de la manière dont leur statut et le statut de leurs interventions sont définis collectivement*<sup>441</sup> ». Sur tous ces plans, le droit peut contribuer à favoriser les coopérations entre professionnels de santé, ainsi qu’entre les professionnels de santé et d’autres travailleurs de la santé impliqués dans la prise en charge des salariés. Attribuer aux services de prévention et de santé au travail de larges missions, correspondant à une conception étendue de la santé au travail, peut être utile à cet égard mais sans doute insuffisant. L’effectivité des collaborations passe aussi par la définition collective d’une organisation et d’objectifs communs. Le droit de la santé apporte plusieurs outils tels que les protocoles et les dossiers de santé, accompagnés de mécanismes de partage de tâches et d’informations. Plusieurs procédures ont ainsi été envisagées pour dépasser les frontières de compétences et permettre une certaine communication entre professionnels de disciplines différentes.

---

<sup>441</sup> B. Barlet Pluridisciplinarité et Nouvelles collaborations au sein des services de santé au travail. Une division du travail de prévention sous contraintes, J. Bernard et al. (dir.), *L’interdisciplinarité au travail. Du travail interdisciplinaire à la transformation du travail*, Presses univ. De Nanterre, 2020, p. 104.

**116. Reconfigurer la division du travail en santé ?** Bien que fort utiles parfois, ces outils procéduraux pourraient ne pas suffire à remodeler la division du travail en santé. Ceux-ci restent dépendants d'une division du travail organisée par le code du travail et le code de la santé publique qui définissent en grande partie les marges de manœuvre des professionnels de santé au travail et des autres personnels impliqués. C'est dès lors également sur la régulation des domaines de compétences, non seulement du service de prévention et de santé au travail, mais aussi des professionnels de santé en général, que la réflexion juridique peut apporter sa pierre aux édifices de la santé au travail et du système de santé.

Il n'est peut-être pas nécessaire d'ailleurs que la répartition des compétences soit bouleversée au point de ne plus tenir compte des qualifications des professionnels. Mais un suivi des personnes et du fonctionnement collectif d'une organisation sur un temps long peut tirer avantage d'une implication de professionnels relevant de champs disciplinaires différents. Le recours au protocole et à l'initiative des professionnels peut être un premier moyen. Il en est de même de l'élaboration d'un projet commun, horizon indispensable à un travail coopératif. Et c'est peut-être aussi l'autonomie et la montée en compétence des professionnels qui peut substantiellement faire évoluer le travail en commun. La formation et la reconnaissance de l'expertise des professionnels, de même que la possibilité de choisir leur mode d'action, sont à cet égard des leviers d'évolution. C'est alors la logique dérogatoire de définition des champs de compétence des professions de santé qu'il peut être nécessaire de remettre en cause.

Les services de prévention et de santé au travail représentent sur ces questions un objet d'étude particulièrement éclairant. Les acteurs relèvent en effet de professions diverses et voilà maintenant plusieurs années que le législateur et le pouvoir réglementaire cherchent à y développer les approches pluridisciplinaires. La pluridisciplinarité n'y est cependant pas toujours définie clairement (co-action ou collaboration) et peut-être trop dépendante d'un mécanisme descendant de délégation par le médecin du travail. Une approche programmatique privilégiant les projets et actions collectifs peut être délaissée au profit d'une approche au cas par cas. La combinaison des champs professionnels peut en pâtir.

L'autre intérêt d'une étude des SPST est de mettre en avant les difficultés, et les intérêts, de coopérations entre les professionnels de la santé au travail et les professionnels de santé qui ne sont pas spécialisés sur la santé au travail. C'est d'abord le rapprochement entre la santé publique et la santé au travail qui est envisagé et les limites de celui-ci, pour éviter que la santé au travail ne soit diluée dans la santé publique. Bien au contraire, le travail collaboratif doit poursuivre les objectifs du droit de la santé au travail et contribuer à renforcer ses évolutions ainsi que, de cette façon, ses principes fondamentaux. Il ne faut notamment pas occulter l'importance d'organiser la pluridisciplinarité en tenant compte du rapport salarial et de l'importance corrélative d'un statut protecteur pour les professionnels de la santé au travail, ou de la préservation du secret.

L'étude du droit de la santé au travail et du droit des professions de santé peut justement permettre de dégager cet alliage entre une structure commune aux professions de santé et des règles spécifiques, ainsi que des évolutions elles aussi en partie partagées.

# Projet de recherche

## Les perspectives de régulation des professions de santé au regard de leurs missions

La thématique des coopérations en santé et en santé au travail peut amener à envisager de nombreuses perspectives de recherche. Nous n'emprunterons ici que le chemin des coopérations des professionnels de santé, dans le prolongement des développements précédents.

**1. La relativité de l'autonomie dans les coopérations.** Plusieurs mécanismes de coopération sont envisagés par les textes, parfois sous forme d'obligation mais la plupart du temps en laissant aux professionnels une part importante d'initiative. Une certaine marge de manœuvre existe ainsi dans l'instauration et la mise en oeuvre d'un protocole, marge différente selon le type de protocole concerné. Les différentes hypothèses de mises en relation des professionnels relatives à la santé au travail dépendent aussi en grande partie des usages qu'en feront les professionnels de santé, les travailleurs de la santé au sens large, les salariés et les patients. Mais si le pouvoir d'agir semble exister lorsque la formulation des textes ne marque pas la coopération du sceau de la contrainte, l'autonomie peut s'avérer toute relative si les professionnels concernés n'ont pas juridiquement les moyens d'agir. Or la contrainte peut se révéler très forte dans le domaine du travail en santé lorsqu'il s'agit de répartir les tâches à accomplir. Des relations de dépendance en découlent, parfois difficilement conciliables avec la coopération. L'autonomie dans les fonctions peut être quoi qu'il en soit la variable la plus importante pour définir les façons dont s'organisent les relations entre travailleurs de la santé<sup>442</sup>.

**2. Des recherches à développer.** Cette articulation de contraintes, dépendances et autonomies sur différents plans peut conduire à développer des recherches sur les coopérations et sur l'organisation du travail en santé. Une attention particulière pourrait être portée au droit de la santé au travail, toujours dans une combinaison avec le droit des professions de santé. Les recherches pourraient être orientées dans des perspectives interrogeant à la fois les concepts qui caractérisent le droit des professions de santé et de santé au travail et les utilisations du droit. Les développements qui précèdent ouvrent plusieurs pistes qu'il est possible d'orienter vers un questionnement général sur la place que peuvent occuper les missions générales des professions de santé dans la définition et le régime juridique de ces professions.

---

<sup>442</sup> E. Freidson, *La profession médicale*, Payot, 1984, p. 63.

## I – Les missions des professionnels de santé comme critère de leur définition

**3. La possibilité d'une redéfinition des professions.** Parmi les évolutions des professions de santé qui ont pu être envisagées à plusieurs reprises, figure celle de leurs critères de définition. Ces mêmes critères influencent directement les modalités d'accomplissement du travail en santé et les relations entre professionnels. Les coopérations nécessitant une certaine adaptabilité aux besoins de la prise en charge, elles sont plus difficiles à mettre en œuvre dans un fonctionnement par listes d'actes comme le connaît le droit français. Pour définir les professions de santé, le droit français recourt à la fois à la qualification professionnelle, aux actes pouvant être limitativement accomplis et, de manière secondaire, aux missions des professionnels. Ce critère des missions consiste à définir des domaines d'action professionnelle visant à satisfaire des objectifs assignés par la loi à la profession, objectifs en lien eux-mêmes avec les missions du système de santé. Les missions des professions de santé se matérialisent ainsi par des domaines de compétence reliés aux missions du système de santé. Ces domaines de compétence peuvent offrir plus de souplesse dans l'accomplissement du travail dans la mesure où ils permettent de s'affranchir du cadre strict fixé par les listes d'actes.

A - Les références existantes aux missions

**4. Le médecin de premier recours.** En France, la référence aux missions existe dans la loi pour certaines professions de santé. C'est le cas tout d'abord pour le médecin généraliste de premier recours. En effet, selon l'article L 4130-1 du code de la santé publique, celui-ci doit notamment orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ; s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ; veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ; ou encore s'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.

**5. Les chirurgiens-dentistes et sages-femmes.** Les professions de chirurgiens-dentistes et de sages-femmes sont également définies au regard de leurs missions dans le système de santé. De la sorte leur champ d'action est large et intègre une démarche de coopération. On retrouve ainsi une certaine souplesse dans la référence faite aux missions du chirurgien-dentiste. La profession est définie à travers l'art dentaire qui, selon l'article L 4141-1 du code de la santé publique, comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants. Dans ce cadre général, l'article L 4141-2 ajoute que les chirurgiens-dentistes peuvent prescrire tous les actes, produits et prestations nécessaires à l'exercice de l'art dentaire. La définition des missions est ici en lien direct avec le champ de compétences octroyé aux professionnels, sans qu'une liste d'actes ne soit nécessaire.



Il en est de même pour la profession de sage-femme dont l'exercice « *comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant*<sup>443</sup> ».

**6. Un critère propice aux coopérations.** La définition légale des missions peut montrer que l'organisation du système de santé en professions n'est pas incompatible avec une coopération entre les professionnels. Cela s'explique par une évolution des objectifs des règles juridiques encadrant les activités professionnelles en santé, qui doivent tendre non seulement à assurer la sécurité des patients mais aussi à améliorer leur prise en charge entendue globalement. Pour que cette quête aboutisse, les activités professionnelles doivent être mises en lien avec les objectifs des politiques de santé. Le système français reste cependant très orienté vers une définition des professions de santé fondée sur la qualification professionnelle et, pour les auxiliaires médicaux, par les actes à accomplir.

**7. Les exemples européens.** Certains Etats ont choisi une autre logique et privilégient une définition axée sur le lien entre la qualification des professionnels et leurs missions. Ces systèmes laissent un domaine de compétences plus ouvert, favorable aux coopérations. C'est le cas notamment du Royaume-Uni et de l'Espagne<sup>444</sup>. Au Royaume-Uni les rapports entre l'Etat et la profession médicale préexistaient aux idéaux libéraux et l'Etat a alors pu confier directement aux médecins une mission qu'il estimait sienne<sup>445</sup>. En Espagne la cohésion et la qualité du système de santé sont explicitement reliées à un régime juridique uniforme des professions de santé, pour permettre aux citoyens d'accéder à des prestations similaires. Le droit à la santé y est par ailleurs conçu comme une justification des coopérations professionnelles<sup>446</sup>. Une référence généralisée aux missions pourrait être essentielle pour permettre aux professions de santé d'évoluer. Des transformations sont possibles et des recherches sur ce thème pourraient contribuer à la réflexion.

B – Des évolutions à envisager

**8. Un futur possible.** - Le Ministre de la santé a annoncé le 4 mai 2023, parmi les orientations des actions gouvernementales en matière de santé, vouloir mettre en place une approche par missions du métier infirmier. Certaines organisations syndicales, la Fédération nationale des infirmiers notamment, ont exprimé leur désapprobation vis-à-vis de cette redéfinition qui pourrait remettre en cause le monopole infirmier sur les actes visés par les décrets d'actes. Les décrets d'actes peuvent en outre être considérés par certains infirmiers comme

---

<sup>443</sup> CSP art. L 4151-1.

<sup>444</sup> A. Laude, C. Roynier et D. Tabuteau, *Les professionnels de santé en Europe. La notion de profession de santé*, e-book <https://institutdroitsante.fr/publications/publications-ids/ebook/les-professionnels-de-sante/>, pp. 37-38 et pp. 131-154. Quelle année de publication ?

<sup>445</sup> *ibid.*, p. 140.

<sup>446</sup> *ibid.* p. 146.

sécurisants juridiquement, à la différence d'un domaine d'action moins précisément déterminé.

**9. L'éventualité d'une combinaison de critères.** De nombreuses questions et perspectives de recherche se présentent alors. Car le système de santé français pourrait en effet connaître une reconfiguration des compétences en ne les limitant plus à certains actes, mais en les définissant plus largement par des domaines d'action dont les limites seraient fixées par la loi<sup>447</sup>. Dans un tel système, la loi définit les missions générales de chaque profession de santé puis détermine leur champ d'action sans utiliser pour cela des listes limitatives d'actes autorisés aux professionnels visés. Toute référence aux actes ne doit pas nécessairement être supprimée, et peut éventuellement prendre la forme d'une liste indicative et non plus limitative. La référence à des domaines d'action peut donner une marge de manœuvre contrôlée. C'est peut-être par le biais de l'accès à des soins appropriés que la définition des professions de santé pourrait évoluer en France. Le droit à des soins appropriés est prévu par le code de la santé publique<sup>448</sup>. La pertinence des soins occupe par ailleurs une place désormais importante en droit français<sup>449</sup>.

**10. Une réflexion sur les champs de compétences.** Des évolutions similaires ont été préconisées par le récent rapport sur la profession infirmière<sup>450</sup>. Il paraît nécessaire aux auteurs du rapport de définir clairement les grandes missions infirmières ou les champs de compétences au niveau législatif pour accroître la reconnaissance de la profession<sup>451</sup>. L'approche par missions pourrait par ailleurs contribuer à abandonner la référence à la notion d'auxiliaire médical. Les évolutions de compétences devraient dans tous les cas trancher deux points identifiés comme points de crispation : la prescription, qui devrait être élargie et non plus ponctuelle ; la consultation en accès direct pour les infirmiers en pratique avancée<sup>452</sup>. Sur ce dernier point, la récente loi du 19 mai 2023<sup>453</sup> a apporté des changements importants, qu'il pourrait également être utile de soumettre à la réflexion. Les évolutions organisationnelles envisagées pourraient concerner l'organisation juridique au sens large, au point de réfléchir à une nouvelle façon de concevoir les professions de santé.

## II – De nouvelles professions de santé ?

**11. La perspective d'une profession intermédiaire.** La recherche d'autonomie comme moyen de reconnaissance et facteur de collaboration a parfois conduit à proposer la création d'une

---

<sup>447</sup> J. Moret-Bailly, Les modes de définition des professions de santé : présent et avenir, *RDSS* 2008, p. 508.

<sup>448</sup> CSP art. L 1110-5.

<sup>449</sup> A. S. Ginon, La pertinence des soins, nouvelle valeur du système de santé ?, *RDSS* 2018, pp. 428-436.

<sup>450</sup> V. Fournier et al., *Évolution de la profession et de la formation infirmières*, Rapport de l'IGAS et de l'IGESR oct. 2022, 69 p.

<sup>451</sup> §236, p. 66.

<sup>452</sup> V. Fournier et al., *op. cit.*, pp. 57-59, recommandations n°14 et 15.

<sup>453</sup> Loi n°2023-379, JORF 20 mai 2023.

nouvelle profession dite profession médicale intermédiaire. La proposition initiale ayant abouti à la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification<sup>454</sup> envisageait la création d'une profession médicale intermédiaire. Elle fut cependant retirée face à la fronde de nombreuses organisations professionnelles.

Cette perspective doit elle aussi être interrogée. Le terme d'auxiliaire médical n'est plus adéquat tant il semble ignorer le développement des compétences de certains professionnels dits paramédicaux<sup>455</sup>. Mais est-ce bien ce qui justifierait la création de professions de santé intermédiaires, et notamment d'une profession médicale intermédiaire ? Envisagée au sens large, l'appellation de profession intermédiaire est polysémique et recouvre des contenus de travail très divers<sup>456</sup>. Le professionnel intermédiaire peut être un travailleur exécutant les consignes et directives d'un supérieur hiérarchique, chargé de les transmettre et de les faire exécuter par d'autres professionnels. Son activité se situe au croisement des notions de subordination et de coopération. L'INSEE en a fait une catégorie socio-professionnelle qui comprend de nombreuses professions dont les infirmiers et les sages-femmes. La profession médicale intermédiaire correspondrait plutôt à une pratique avancée pour un auxiliaire médical ayant un niveau d'expertise plus élevé que sa qualification initiale. Elle rejoint l'idée d'une profession à compétences définies déjà préconisée en 2011<sup>457</sup> et réapparue dans le rapport IGAS de 2022<sup>458</sup>. Aboutir à la création d'une ou plusieurs nouvelles professions dites intermédiaires ou à compétences définies poserait néanmoins de nombreuses questions, notamment quant aux règles déontologiques applicables, à l'ordre professionnel de rattachement, à la convention d'exercice professionnel applicable. Un développement de la pratique avancée ouverte vers davantage d'autonomie et plus étendue, à la santé au travail notamment, ne semble pas moins pertinente que la création d'une nouvelle profession.

**12. Des professions exclues.** Mais les instruments de coopération sont dépendants de la façon dont le droit conçoit les compétences des acteurs et leur capacité à faire partie des dispositifs coopératifs. Et les travailleurs de la santé qui n'ont pas la qualité de professionnel de santé en sont parfois exclus.

Tous les services collectifs de santé (équipe de soins, maisons de santé, centres de santé, CPTS) peuvent être utilisés par des professionnels de santé exerçant une activité d'ostéopathie<sup>459</sup>. Les dispositifs de coopération contiennent cependant aussi en eux une

---

<sup>454</sup> Loi n°2021-502 du 26 avril 2021, JORF 27 avr. 2021.

<sup>455</sup> M. Guiganti, La notion d'«auxiliaire médical » et la mutation de la profession infirmière, *RDSS* 2017, p. 708.

<sup>456</sup> P. Conjard, A. Gillet, Les professions intermédiaires au cœur de nouvelles tensions au travail, in J. P. Cadet et al., *Les professions intermédiaires*, éd. A. Colin, 2013, p. 295.

<sup>457</sup> Y. Berland, D. Cadet, L. Henart, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire*, remis au Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, à la Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et à la Secrétaire d'État chargée de la Santé, janvier 2011, p.49.

<sup>458</sup> V. Fournier et al., *op. cit.*, p. 67.

<sup>459</sup> CE, 16 mai 2012, n°345087 : « les dispositions de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 n'ont eu ni pour objet, ni pour effet de faire obstacle à ce que les professionnels de santé puissent utiliser le titre d'ostéopathe à la condition qu'ils aient obtenu un diplôme sanctionnant une formation spécifique en ostéopathie dans les conditions déterminées par le pouvoir réglementaire ».

logique exclusive, certains comme les maisons de santé n'étant ouverts qu'aux professionnels de santé. Or, l'ostéopathie n'est pas, au sens juridique du terme, reconnue comme une profession de santé. Un ostéopathe exclusif n'ayant pas la qualité de professionnel de santé ne peut ainsi y exercer son activité.

Ces quelques considérations constituent autant de pistes de recherche possibles sur les concepts et principes structurant l'organisation juridique des professions de santé. C'est aussi l'utilisation des règles relatives aux domaines de compétence par les acteurs qui peut être incluse dans des recherches à venir.

### III – Les usages des domaines de compétence par leurs acteurs

**13. Les acteurs et la vie de la norme.** La compréhension des transformations juridiques, réelles ou éventuelles, peut indubitablement être enrichie par des recherches pluridisciplinaires. Elle l'est notamment lorsqu'une recherche vise à analyser les différentes façons dont les règles ont pu être sollicitées, ou non, par les acteurs concernés. Nous empruntons ici l'expressions d'« usages du droit » au professeur Frédéric Géa, qui a dégagé l'importance d'une perspective réaliste du droit du travail axée sur l'étude des utilisations du droit du travail par ses acteurs<sup>460</sup>. L'auteur soutient que les acteurs du droit du travail occupent une place de plus en plus forte et qu'ils ne peuvent être envisagés comme de simples sujets passifs de règles qu'ils se contenteraient d'appliquer. L'autonomie croissante qui leur est octroyée nécessite de se demander de quelles manières les acteurs s'approprient les règles, les éventuels détournements de celles-ci. Les compétences et capacités des acteurs à mobiliser les règles de droit constituent, dans cette optique, un angle d'analyse précieux<sup>461</sup>. Il me semble que cette perspective peut tout à fait être étendue au droit des professions de santé, et à l'étude des coopérations. La structure actuelle de l'organisation des professions de santé, et ses fondements, permettent de comprendre qu'il ne suffit pas d'affirmer le principe des coopérations, de l'exercice coordonné, et de les organiser pour que le travail devienne coopératif. Une telle optique ne viserait pas uniquement à se demander si l'application des règles de droit est conforme ou non à leur énoncé mais surtout à se demander comment les acteurs du droit, professionnels de santé, juges, institutions diverses, font vivre ces règles. Les marges d'initiative laissées aux professionnels en matière de coopérations en santé poussent à se demander comment ils mettent la norme en pratique. Les professionnels de santé ne seraient dans ce cas pas les seuls acteurs dont l'intervention serait l'objet d'attention. Une connaissance affinée des réalisations du droit<sup>462</sup> semble ainsi indispensable pour envisager une réflexion sur les domaines de compétence des professionnels de santé, particulièrement si leur définition se réfère essentiellement aux missions des professionnels.

---

<sup>460</sup> F. Géa, Pour une théorie des acteurs (du droit) du travail, *Mélanges en l'honneur de Pierre-Yves Verkindt*, LGDJ, 2022, pp. 183-192 ; Les usages du droit du travail par ses acteurs, *RDT* 2022, pp. 147-158.

<sup>461</sup> *Ibid.*

<sup>462</sup> J. Porta, Réalisations du droit, *Dictionnaire de recherche en droit social*, IRERP, 2022 : drds-irerp.fr

**14. Les réalisations de la pluridisciplinarité.** On retrouverait ici sans doute toute l'importance du protocole comme instrument de répartition des activités. L'outil est susceptible d'utilisations diverses et les protocoles de coopération, dont la réforme s'est avérée nécessaire en 2019, montrent que la règle de droit peut être insuffisante à développer une culture coopérative. L'étude des protocoles de coopération entre professionnels de santé, des protocoles de délégation d'activités dans un service de prévention et de santé au travail contribuerait à enrichir la compréhension des dispositifs de coopération et par là l'organisation juridique des professions de santé. Des travaux pourraient s'attacher à sonder l'importance donnée aux différents professionnels dans un fonctionnement pluridisciplinaire des services de prévention et de santé au travail. Cela supposera de se demander si la pluridisciplinarité se concrétise en réalité par une substitution de certains professionnels aux médecins du travail ou si elle enrichit les compétences des professionnels par des collaborations diversifiées.

Les effets de la pluridisciplinarité en termes de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail peuvent dépendre également de la façon dont est déterminé le programme d'action des services de prévention et de santé au travail. Ce sont ici les règles relatives à la gouvernance des services de santé au travail qui pourraient être questionnées.

**15. L'utilisation concrète du critère des missions.** Une approche de l'organisation des professions de santé par domaines de compétence se référant aux missions d'une profession peut également être analysée en lien avec la vie de la norme. Qui déciderait si un acte entre dans le champ de compétences défini par la loi ? Faudrait-il attendre les prises de position jurisprudentielles, de l'ordre professionnel s'il existe ? Certes la sécurité sanitaire doit être garantie par la formation du professionnel, la communication entre professionnels et par un processus de certification pouvant attester à échéances régulières du maintien voire du développement des compétences effectives des professionnels. Un contrôle de ces compétences existe déjà et peut amener les ordres à obliger les professionnels souhaitant accomplir certaines activités à suivre une formation. Le rôle du juge et des instances professionnelles, ordinales notamment, serait à approfondir. Les recommandations de bonne pratique de la HAS pourraient par ailleurs continuer à remplir leur fonction actuelle. Il faut rappeler également que toute personne a le droit de recevoir les soins et traitements les plus appropriés à son état de santé et que chaque professionnel doit, en application de ce droit, fournir une prestation qui correspond à ses compétences. Lorsque la profession exercée est pourvue d'un code de déontologie, agir en dehors du cadre de son champ de compétences constitue un manquement aux devoirs déontologiques et expose le professionnel à une sanction qui peut être disciplinaire, civile voire pénale dans certains cas. Des règles existent, mais pourrait-on s'en contenter ?

**16. Des champs de recherche.** Le besoin de comprendre les évolutions actuelles, tout en évitant « *les écueils illusoire de la rhétorique de l'innovation*<sup>463</sup>», laisse ouvert de multiples champs de recherche. Les façons d'y contribuer sont elles aussi nombreuses, par la voie de travaux collectifs pluridisciplinaires, d'études juridiques sur des champs larges ou précis. La thématique des professions de santé n'a pas fait l'objet de nombreuses études juridiques mais il est déjà possible de prendre appui sur certains travaux pour enrichir les réflexions. Dans le champ du droit, il conviendra par ailleurs de solliciter aussi bien les spécialistes du droit de la santé que les spécialistes du droit de la sécurité sociale. La régulation des professions de santé puise dans ces deux domaines du droit et des réformes d'ampleur du droit des professions de santé devraient sans doute passer aussi bien par des modifications du code de la sécurité sociale que du code de la santé publique.

Certaines thématiques, qui n'ont pas été abordées dans cette étude, devront par ailleurs entrer dans le champ des recherches sur les coopérations en santé. Les nombreuses questions relatives à la rémunération des professionnels de santé en sont ainsi indissociables. La rémunération à l'acte est parfois vue comme un obstacle aux coopérations et d'autres formes de rémunération ont été envisagées dans des études aux formes et champs divers, des textes conventionnels, dans certaines formes de structures juridiques également. Les connexions entre le droit et les missions des professions de santé, et plus largement des travailleurs en santé peuvent encore être explorées. Les sens à donner aux termes de professions de santé, missions, coopérations, et d'autres encore, pourraient en bénéficier.

---

<sup>463</sup> S. Divay, L. Jovic, Infirmière en pratique avancée : une voie pour sortir de l'auxiliariat et aller vers la coopération ?, C. Fournier, L. Girard, A. Luneau (dir.), *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, IRDES 2022, p. 234.