



HAL
open science

Les implications managériales de la médecine du travail : le nouveau cadre juridique

Jean-Michel Lattes

► To cite this version:

Jean-Michel Lattes. Les implications managériales de la médecine du travail : le nouveau cadre juridique. Archives des Maladies Professionnelles et de L'Environnement, 2012, 73, pp.374-378. 10.1016/j.admp.2012.02.017 . hal-02555689

HAL Id: hal-02555689

<https://hal.science/hal-02555689v1>

Submitted on 27 Apr 2020

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.

**TOULOUSE
CAPITOLE**
Publications



« Toulouse Capitole Publications » est l'archive institutionnelle de
l'Université Toulouse 1 Capitole.

**« Les implications managériales de la médecine du travail : le
nouveau cadre juridique »**

Jean-Michel Lattes
Maître de Conférences à l'Université Toulouse 1 Capitole
Chercheur à l'Institut de droit privé (IDP – EA 1920)

Pour toute question sur Toulouse Capitole Publications,
contacter portail-publi@ut-capitole.fr

« Les implications managériales de la médecine du travail : le nouveau cadre juridique »

Par

Jean-Michel LATTES
Maître de Conférences en droit privé
Chercheur à l'Institut de droit privé (IDP - EA 1920)
à l'Université Toulouse 1 Capitole

INTRODUCTION

C'est dans l'apparition au XIX^{ème} siècle d'une nouvelle société industrielle succédant à une civilisation essentiellement rurale que l'on trouve l'origine de la médecine du travail¹. L'émergence de nouveaux risques concernant un nombre croissant de salariés participe à cette mutation et le renforcement de la protection de l'intégrité et la santé des travailleurs devient rapidement une nécessité. Plusieurs textes législatifs et règlementaires imposent l'obligation de solliciter un avis médical pour permettre l'exercice de certaines activités. C'est le cas, par exemple, de la loi du 13 Juin 1893 relative à l'hygiène et la sécurité des travailleurs alors que la loi du 9 avril 1898 pose les fondements de l'assurance des risques professionnels.

De nombreuses initiatives vont rapidement caractériser la nécessité de prendre en compte une médecine de prévention dans le monde du travail sans toutefois parvenir à une généralisation. Entre 1914 et 1918, la médecine préventive se développe dans les usines où existe le risque saturnin et charbonneux alors que la loi du 25 octobre 1919 étend aux maladies professionnelles les règles relatives aux accidents du travail en permettant d'en obtenir réparation. A la veille de la seconde guerre mondiale, la pratique de la médecine en milieu professionnel demeure limitée et reste très dépendante de la taille des entreprises et de leur secteur d'activité (*mines, charbonnages, aviation, compagnies de transport...*)².

L'organisation de la médecine du travail en France se précise au cours de la seconde guerre mondiale, avec la circulaire du 1er Juin 1940 prévoyant l'organisation de services médico-sociaux et de sécurité dans certaines catégories d'établissements. On parle à l'époque du rôle joué par des médecins d'usine ou d'établissement intervenant, sous l'autorité du chef d'entreprise, dans le cadre de services médicaux d'entreprise. La loi du 28 Juillet 1942 institutionnalise ce dispositif en rendant la médecine du travail obligatoire autour de l'organisation du service médical, du service social et des comités d'hygiène du travail et de sécurité. Les employeurs sont au cœur de ce dispositif leur permettant de « sélectionner » leurs salariés dans le contexte ambigu de la politique menée par le gouvernement de Vichy³. Le versement d'allocations dépend – de fait – de l'aptitude au travail reconnue par des médecins du travail placés sous le contrôle des employeurs.

L'Ordonnance du 4 octobre 1945 organise la mise en place de la Sécurité Sociale alors que le 11 octobre 1946 est votée la loi instituant la médecine du travail. L'organisation des services médicaux du travail s'étend désormais à toutes les entreprises sous la forme d'une médecine exclusivement préventive au profit de tous les salariés et placée sous la responsabilité des employeurs qui en assument la charge⁴.

¹ Bernardino Ramazzini, auteur du « *Traité des maladies des ouvriers* » (1700) est généralement considéré comme le précurseur de la médecine du travail. De son côté, le docteur Louis-René Villermé publie en 1840 « *Le tableau de l'état physique et moral des ouvriers dans les manufactures de laine, de coton et de soie* ». Il est considéré comme un des pionniers de la médecine du travail et est à l'origine de la mise en place de la première loi sociale: la loi du 22 mars 1841 destinée à limiter l'âge et la durée du travail des enfants dans l'industrie. Cf. R. Barthe, Histoire de la Médecine du travail, Le concours médical 1955.

² Le droit international participe à cette prise de conscience. En 1919, la Conférence de la Paix, à Paris, crée l' "*Organisation Internationale du Travail*", avec une Conférence Internationale annuelle ayant comme secrétariat permanent le "*Bureau International du Travail*" (B.I.T.). Le B.I.T. rédige une "*Encyclopédie d'hygiène et de pathologie du travail*" réunie en deux volumes en 1930 et 1932. Par suite, des congrès internationaux sont organisés autour du thème de la maladie au travail comme la IV^{ème} réunion internationale sur les maladies professionnelles de Lyon en 1929.

³ Le STO (Service du travail obligatoire) comme les activités liées à la production nationale bénéficient de cette ambiguïté avec le contrôle renforcé des personnes sans activités et orientées malgré elles vers le STO lorsque leur aptitude est reconnue. On notera cependant que – dès sa création – la médecine du travail va permettre de lutter efficacement contre les épidémies comme, par exemple, la tuberculose.

⁴ Stéphane Buzzi, Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental, La santé au travail (1880-2006), La Découverte 2006.

PARTIE 1. L'évolution de la fonction du médecin du travail.

A. Une fonction médicale isolée et protégée.

La création de la médecine du travail en 1946 est fortement marquée par la fonction prévention-détection organisée autour de la mise en évidence de maladies identifiées rattachées à des métiers particuliers⁵ et de l'évaluation de l'aptitude des salariés. La recherche de la qualification de maladie professionnelle domine largement une fonction de prévention marginalisée lors des premières années de mise en place de l'institution.

La loi du 11 Octobre 1946 pose les principes fondamentaux de la médecine du travail tout en jetant les bases de son organisation⁶. La visite médicale annuelle obligatoire pour tous les salariés constitue l'acte majeur permettant de développer la fonction préventive du médecin du travail et cette orientation va perdurer jusqu'à la fin des années 90.

L'article premier de la nouvelle loi apporte une définition de la mission des médecins du travail qui demeure celle que retient encore le code du travail :

« Les établissements énumérés à l'article 65 du livre II du code du travail, ainsi que les offices publics et ministériels, les établissements relevant de professions libérales, les sociétés civiles, les syndicats professionnels et les associations de quelque nature que ce soit occupant des salariés devront organiser des services médicaux du travail.

« Ces services seront assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de « médecins du travail » et dont le rôle exclusivement préventif consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs »⁷.

Ce texte permet de dégager les grands principes d'organisation et de fonctionnement de l'institution. Celle-ci est désormais obligatoire et son financement est assuré par les employeurs. Ses objectifs sont exclusivement orientés vers la prévention dans le cadre d'une indépendance technique protégée par le respect nécessaire de la déontologie médicale. La médecine du travail devient une spécialité alors que le rôle du médecin du travail est consacré sous la forme d'un acteur des services de santé indépendant et sans rattachement à une structure collective⁸.

B. La création d'un groupe.

Le système de prévention organisé autour du médecin du travail relève du droit privé et ne constitue pas un organisme dépendant de la sécurité sociale. Des organismes de contrôle et des organismes consultatifs sont mis en place: conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, inspection du travail, inspection médicale du travail... Le médecin du travail devient progressivement un élément participant à un dispositif global alors que l'axe de prévention de la médecine en milieu de travail prend de plus en plus d'importance.

Le décret du 20 mars 1979 complète l'organisation des services médicaux du travail en instaurant la notion de tiers temps, le médecin du travail étant désormais amené à passer une partie de son temps d'activité sur les lieux de travail. La loi du 23 décembre 1982 organise la mise en place des Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail pour les entreprises d'au moins 50 salariés. Le médecin du travail y assiste en tant que membre de droit avec voix consultative. Il intègre – de fait – un groupe de plus en plus structuré participant à sa mission.

La Directive du Conseil des Communautés Européennes du 12 juin 1989 va promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs dans le but d'obtenir une harmonisation des systèmes organisés dans les états membres afin de permettre une concurrence loyale ne s'effectuant pas au détriment de la santé et de la sécurité des salariés. Le droit européen prône le développement d'une approche pluridisciplinaire pour développer la notion de "*santé au travail*" par le moyen du renforcement de la formation et l'information des salariés dans l'objectif de mettre en place une prévention primaire plus efficace. Les missions dévolues à la

⁵ C'est le cas des maladies pulmonaires en liaison avec la grande entreprise des charbonnages de France.

⁶ Les services interentreprises de Médecine du travail sont mis en place en 1946.

⁷ Art. L. 4622-1 et s. du Code du travail.

⁸ On ne parle en 1944 que de la médecine du travail. On est loin de la constitution de véritables services de santé au travail.

médecine du travail vont – de fait – être élargies en vue de suivre les évolutions du monde du travail et de prévenir le plus en amont possible les risques subis par les salariés⁹. On ne se limite plus désormais à la simple réparation des dommages mais on se préoccupe avant tout, à la source, de la suppression du risque¹⁰.

La loi de modernisation sociale du 17 Janvier 2002 constitue un tournant dans cette évolution. Elle transforme les Services de Médecine du travail en Services de Santé au travail en faisant intervenir, aux cotés des médecins du travail, d'autres spécialistes ayant des compétences complémentaires comme des ergonomes, des psychiatres, des toxicologues, des psychologues, des épidémiologistes, des ingénieurs sécurité... On parle désormais d'équipes pluridisciplinaires organisées dans le but de répondre aux mutations des modes d'activité dans les entreprises. Le médecin voit son action renforcée sur le milieu de travail. Il n'agit plus seul mais participe désormais à un collectif.

Le management du groupe ainsi constitué apparaît comme une nécessité pour optimiser cette nouvelle organisation. Cette nouvelle exigence place le médecin du travail dans un contexte professionnel élargi où la fonction médicale s'accompagne désormais de fonctions gestionnaires.

PARTIE 2. Les nouvelles fonctions des médecins du travail.

A. Les services de santé au Travail.

A compter de la loi de 2002, les nouveaux services de santé au travail se doivent d'intégrer une approche que l'on peut qualifier de pluridisciplinaire pour être en capacité de mobiliser des compétences non seulement médicales mais aussi techniques voire organisationnelles.

Le décret du 28 Juillet 2004 confirme cette orientation en imposant la notion de « *service de santé au travail* » se substituant désormais à la notion d'origine de « *médecine du travail* ». Dans les services interentreprises une commission médico-technique se voit confier la mission de formuler des propositions relatives aux priorités à mettre en œuvre et aux actions pluridisciplinaires à développer.

Alors que la visite médicale constituait la base de l'intervention du médecin du travail en 1946, la pluridisciplinarité mise en place par la réforme réoriente ses fonctions en allégeant certaines de ses tâches dans le but d'améliorer la prévention. La baisse organisée des visites médicales¹¹ a pour finalité d'élargir la capacité d'intervention des médecins afin de leur permettre d'agir le plus en amont possible des situations de risques professionnels. Leur action est donc désormais inscrite dans une approche pluridisciplinaire basée sur le milieu de travail.

Si le Code du travail ne traitait jusqu'à la loi de 2011 que des missions des médecins du travail, la réforme législative donne désormais d'utiles précisions sur les missions des services de santé au travail. Le nouvel article L. 4622-2 du Code du travail précise en effet que ces services « *conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ; conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ; assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge ; participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.* »

Le problème de la protection des membres de l'équipe pluridisciplinaire est parfois relevé par les commentateurs du nouveau texte et, en particulier, par certains syndicats. L'absence de lien de subordination

⁹ L'article 7 de la directive prévoit que l'employeur fait appel aux compétences nécessaires pour assurer les activités de prévention des risques professionnels dans l'entreprise. Cette disposition constitue la base à partir de laquelle sera introduite la notion de pluridisciplinarité, la prévention des risques professionnels supposant la mobilisation de savoirs très divers qui dépassent le cadre médical : toxicologie, psychologie, ergonomie...

Cf. Cyrille Dupuis, « Médecine du travail : la France doit se mettre aux normes de l'Union Européenne », *Le Quotidien du médecin*, n°6444.

¹⁰ L'affaire dite du « *carnet de santé* » est venue troubler la profession dans cette évolution., l'Ordonnance législative du 24.04.1996 excluant les médecins du travail de la lecture de ce document réservé aux prescripteurs de soins en écartant de fait la médecine de prévention.

¹¹ La visite médicale est désormais biennale sauf pour les populations soumises à une surveillance médicale renforcée qui bénéficient toujours d'une visite annuelle. Les salariés concernés sont ceux définis par l'arrêté du 11 juillet 1977. Sont également en surveillance médicale renforcée plusieurs catégories de salariés comme les femmes enceintes ou les jeunes de moins de 18 ans.

entre l'employeur et le salarié d'un service interentreprises et le fait que l'on ne parle que de « conseil » auprès de l'employeur amène à considérer que cette protection serait en réalité inutile. L'employeur demeure, en effet, libre de décider malgré le conseil qui lui est donné et il ne peut sanctionner abusivement quelqu'un qui n'appartient pas à son entreprise.

B. Le médecin manager.

La loi sur la santé au travail de juillet 2011 donne au médecin du travail un nouveau statut et instaure de nouvelles compétences. Il n'est plus la figure emblématique de la santé au travail, le médecin solitaire de 1946 devenant en 2011 le véritable manager d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des intervenants en prévention des risques professionnels, des infirmiers et, éventuellement, des assistants et des professionnels¹² recrutés sur la base de ses propres avis. C'est pour lui une fonction à part entière à laquelle il devra se former pour développer de nouvelles compétences.

Le médecin du travail est placé au cœur du nouveau dispositif. L'article L.4622-9 du nouveau texte précise, en effet, que « *les missions des services de santé au travail sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers. Ces équipes peuvent être complétées par des assistants de services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail. Les médecins du travail animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire.* »

S'il demeure le conseiller des employeurs, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux¹³, le médecin du travail se doit de développer ces nouvelles compétences et, de fait, de se préparer à assumer des fonctions de management. Sa formation médicale lui permet d'assumer pleinement son rôle d'origine alors que la loi de 2011 ne donne pas de précisions permettant de mesurer le sens qu'il convient de donner à son nouveau rôle d'animateur et de coordinateur d'une équipe pluridisciplinaire à la composition hétérogène. Il en découle des mutations importantes auxquelles il n'est pas réellement préparé.

Expert médical, le médecin doit désormais « *manager* » une équipe de collaborateurs dont l'efficacité dépendra largement de sa capacité à organiser le travail et à mobiliser leurs compétences. Sa fonction médicale technique solitaire doit s'ouvrir à une nouvelle approche basée cette fois sur la gestion des hommes. De fait, le comportement du médecin du travail sera décisif dans la réussite ou dans l'échec de sa politique managériale. Il devra négocier et rechercher des compromis, gérer des conflits et des difficultés relationnelles souvent complexes, communiquer, imposer des décisions... Ce mélange d'échange et d'autorité correspond à un subtil équilibre qualifiable de « *management de qualité* ». La loi de 2011 impose cette nouvelle fonction de management sans en donner les clés.

Cet ensemble complexe de qualités doit se traduire chez le médecin sous la forme d'un véritable comportement qualifiable de stratégique. Le médecin du travail se doit de fait de partager un pouvoir d'expertise dont il avait le monopole au profit d'un nouveau pouvoir « *d'influence* » lui permettant de mobiliser une équipe pluridisciplinaire vers des objectifs communs de santé publique. Cette mutation amène à s'interroger sur la relation qui en découlera entre les médecins du travail et les directeurs des services de santé au travail. L'indépendance technique qui caractérisait les médecins investis de simples fonctions médicales d'expertises pourrait se transformer en mise sous tutelle d'un directeur de service si leur activité devenait mesurable et évaluable par référence à des objectifs précis. L'autorité de la direction d'un service de santé au travail pourrait alors peser sur le médecin dont le management deviendrait évaluable alors que la mise en place d'un contrat d'objectifs et de moyens ne s'accompagne pas véritablement d'une prospective sur les conséquences de leur non réalisation et des responsabilités qui en découlent¹⁴.

Conclusion: Les incertitudes managériales des services de santé au travail.

¹² Ces professionnels peuvent être des psychologues, des ergonomes ou des ingénieurs.

¹³ Art. R. 4632-1 du Code du travail.

¹⁴ Le contrat pluriannuel indique (Article D.4622-43 - Projet): les moyens mobilisés par les parties, la programmation des actions et les modalités de collaboration pour atteindre des objectifs chiffrés. Il détermine également les modalités de suivi, de contrôle et d'évaluation des résultats, à l'aide d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

La parution tardive des décrets d'application de la loi de 2011¹⁵ ne lève pas toutes les incertitudes nées de la réforme et les doutes liés à l'autonomie et à l'indépendance des médecins du travail.

La question de l'indépendance professionnelle des médecins et de la garantie de leur autonomie médicale est posée du fait de la suppression du nombre maximal d'entreprise par médecin¹⁶ et de la possibilité offerte à leur employeur d'imposer des critères de rentabilité très éloignés de leurs principes déontologiques¹⁷. La présence dans la relation de travail du Conseil de l'ordre permet cependant de garantir l'indépendance et l'autonomie du médecin en conformité avec les orientations données par le nouveau texte¹⁸.

Les nouveaux textes laissent par ailleurs planer de nombreux doutes sur les relations devant se mettre en place entre le médecin et les autres intervenants en santé au travail. La capacité du médecin à participer réellement à l'organisation et à la mise en place de l'équipe pluridisciplinaire ne paraît pas garantie¹⁹ alors que la mission de coordination qui constitue pourtant la clé de la fonction de management désormais confiée aux médecins du travail semble insuffisamment confortée du fait des incertitudes qui demeurent dans les décrets de 2012²⁰ organisant cette nouvelle tâche²¹. Ainsi, les actions en milieu de travail ne sont pas clairement placées dans la fonction nouvelle du médecin dont la capacité à déclencher une action nouvelle n'est pas prévue par les textes règlementaires (Art. R. 4624-4 du Code du travail). Le fait de « *fondre* » le médecin du travail dans la formulation large de l'équipe disciplinaire conduit à banaliser sa fonction en niant – de fait – son autorité managériale sur le reste du groupe²². Enfin, le problème de la réalisation de « *recherches, études et enquêtes* » reste posé du fait du doute qui a pu naître de la capacité à mener ces investigations lorsqu'elles ne sont pas prévues par le projet pluriannuel de santé au travail²³.

Les multiples rapports critiques sur la médecine du travail et son efficacité²⁴ ont traduit une véritable mise en cause de l'institution. La forte augmentation des maladies professionnelles dont celles liées à la catastrophe sanitaire majeure due aux effets de l'amiante, la désaffection pour le métier de médecin du travail et l'inapplication de certains textes relevés dans les rapports de l'inspection Générale des Affaires Sociales (*problèmes d'agréments, tiers temps en milieu de travail non respectés...*) participent à cette critique alors que le droit européen réoriente l'institution vers une approche de prévention primaire introduisant la nécessaire évaluation a priori des risques et le recours à de nouvelles compétences pour assurer les activités de prévention des risques professionnels dans l'entreprise.

La loi de 2011 constitue un véritable tournant dans l'histoire de la médecine du travail. Sa fonction originale d'expertise est désormais réduite au profit de nouvelles fonctions mobilisant de nouvelles qualités qualifiées de managériales. Dans le dispositif actuel de formation, le médecin du travail est un médecin spécialisé en pathologie professionnelle et hygiène industrielle. Il est titulaire d'un diplôme d'études spéciales (DES) de médecine du travail²⁵. La loi de 2011 génère de nouveaux besoins de formation en phase avec les

¹⁵ Cf. Question écrite n° 21952 de M. Philippe Bas (Manche - UMP) publiée dans le JO Sénat du 19/01/2012 - page 160.

¹⁶ Art. R.4623-10 du Code du travail.

¹⁷ Article 71 du Code de déontologie médicale.

¹⁸ Art. L. 4623-8.-Dans les conditions d'indépendance professionnelle définies et garanties par la loi, le médecin du travail assure les missions qui lui sont dévolues par le présent code.

¹⁹ Il rend un simple avis – et non un accord – lors du recrutement des infirmiers (Art. R.4623-37). Il ne participe pas au choix de l'assistant sécurité au travail dont la fonction d'assistance au médecin n'est pas établie (Art. R. 4623-47) .

²⁰ J.O du 31.01.2012.

²¹ L'article R. 4623-15 du Code du travail ne clarifie pas suffisamment les prérogatives des médecins du travail en direction des membres de l'équipe pluridisciplinaire et de l'intervenant en prévention des risques professionnels (Art. R.4623-27). Le rôle de la commission médico-technique ne se voit pas reconnaître une véritable capacité de proposition sur les priorités du service et les actions pluridisciplinaires (Art. D. 4622-28).

²² Art. R. 4624-4 et 8 – D. 4624-37 du Code du travail.

²³ La suppression de l'article D. 4624-50 du Code du travail participe à ce doute malgré les possibilités offertes en la matière par l'article R. 4624-1 du Code du travail évoquant la réalisation d'enquêtes épidémiologiques.

²⁴« *Les ressources, au premier rang desquelles les effectifs de médecins du travail, les connaissances, les outils aussi bien techniques que juridiques, le pilotage stratégique, sont insuffisants pour faire de la médecine du travail l'acteur d'une politique de santé au travail, c'est-à-dire d'une action collective ayant pour objet d'éviter l'altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* ». Françoise Conso et Paul Frimat, *Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail*, octobre 2007.

²⁵ L'accès à la formation se fait soit par la voie des épreuves classantes nationales (124 postes ouverts en 2011) suivies d'un internat de 4 années de formation théorique et pratique (dont 2 années de stages hors médecine du travail : pneumologie, médecine interne, etc.), soit par la voie d'un concours européen de l'internat spécial (ouvert aux docteurs en médecine) suivi d'un internat de 2 ans limité aux stages de médecine du travail et de pathologie professionnelle. La voie diplômante et la voie de la qualification n'ayant pas permis de recruter en nombre suffisant des médecins du travail, des mesures législatives ont dû être prises afin d'ouvrir une troisième voie. Cette troisième voie repose sur deux mécanismes : l'un de régularisation, l'autre de reconversion. A ces différentes voies

nouvelles responsabilités managériales des médecins du travail. Le système français de formation se doit de prendre la mesure de ces évolutions.

Au-delà du problème de la compétence des médecins du travail face à leurs nouvelles tâches, la question de leur possible perte d'indépendance peut être posée. Le médecin du travail est partagé dans sa fonction entre un Code de déontologie médicale dont il convient de garantir le respect et un droit du travail de plus en plus envahissant. La référence aux pratiques déontologiques nous semble cependant dominer toute tentative de renforcement d'une relation de subordination qui ne peut être comparée à celle d'un salarié ordinaire.

La publication des décrets d'application de la loi²⁶ ne permet pas de lever toutes les ambiguïtés et les interrogations nées de la réforme. La nouvelle pratique générée par les textes devrait permettre de mesurer la réalité des risques évoqués.

d'accès à la médecine du travail on doit ajouter les possibilités offertes aux médecins de l'Union européenne, bénéficiaires de la liberté d'établissement et de la directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance mutuelle des diplômes.

²⁶ Décret n°2012-135 du 30.01.2012 relatif à « l'organisation de la médecine du travail »