

Droit, santé, environnement – La sécurité sanitaire

Marion Del Sol*

Introduction

En droit, un système peut être défini comme « *un ensemble de règles considérées sous le rapport de ce qui en fait la cohérence* »¹ ou encore « *un ensemble complexe constitué de parties liées entre elles par des relations stables* »².

Si l'on met en perspective ces définitions avec les règles où sont en jeu des questions relatives aux risques professionnels, on dispose d'éléments suffisants pour affirmer que s'est construit en France un système de santé-travail. Pour l'essentiel, ce système est constitué de deux sous-ensembles de règles faisant office de piliers. Historiquement, le premier pilier à apparaître fut celui de la réparation des conséquences de la survenue des risques professionnels³ ; le second pilier est celui de la prévention des risques professionnels, pilier dont la

* Professeur de droit. Université de Rennes 1 / IODE (UMR CNRS 6262)

¹ G. Cornu, *Vocabulaire juridique* – PUF, 9^{ème} éd., 2011, p. 1001.

² G. Timsit, *Système*, in D. Alland et S. Rials (dir.), « Dictionnaire de la culture juridique » – Lamy PUF, 2003, p. 1462.

³ Loi du 9 avril 1898 concernant la réparation des accidents du travail, puis loi du 25 octobre 1919 relative à la prise en charge des maladies professionnelles.

construction a connu une accélération décisive avec une directive européenne de 1989⁴ et prend une ampleur tout à fait considérable avec les applications jurisprudentielles de l'obligation de sécurité⁵.

Certes, des lois hygiénistes existent de longue date. Certes, le droit du travail est un droit de protection de la partie faible au contrat de travail. Mais le développement contemporain d'un corpus étoffé de règles relatives à la prévention constitue sans nul doute l'étape fondatrice d'un véritable système de santé-travail. Ce corpus peut même être présenté comme le ciment du système donnant à ce dernier sa cohérence. Il a permis de faire émerger un droit de la santé au travail⁶ dans le cadre duquel le salarié peut prétendre à ce que tout soit mis en œuvre dans l'entreprise pour le préserver de toute altération de son état de santé et peut obtenir réparation des conséquences résultant de la survenue d'un risque professionnel.

Le centre de gravité du système s'est déplacé sous l'effet de règles visant prioritairement à donner une pleine effectivité à la prévention, érigée en véritable impératif, ce qui a contribué à faire émerger au bénéfice des salariés un droit à la santé au travail⁷. Pour autant, le système de santé-travail, tel qu'irrigué par la logique préventive, ne serait pas complet sans

⁴ Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, JOCE n° L 183, 29 juin 1989, p. 1 et s.

⁵ On peut rattacher au pilier « prévention » le droit pénal du travail qui comporte de nombreuses dispositions relatives aux infractions aux règles de sécurité et d'hygiène dont la dimension dissuasive ne peut être ignorée.

⁶ N. Dedessus-Le-Moustier, *Émergence d'un droit de la santé au travail*, in F. Douguet de J. Munoz (dir.), « Regards croisés sur la santé au travail et le travail de santé » – ENSP, 2008.

⁷ S. Bourgeot et M. Blatman, *De l'obligation de sécurité de l'employeur au droit à la santé des salariés* – Dr. soc. 2006, p. 653.

un dispositif performant de veille sanitaire. En effet, un tel dispositif permet de développer la prévention primaire, c'est-à-dire des actions ayant pour finalité de réduire les risques identifiés⁸. Il s'agit là du type de prévention le plus en capacité de faire de la « promesse de santé au travail » une réalité. Or, si la veille sanitaire est au cœur des systèmes de santé publique, il n'en va pas de même en santé-travail comme le scandale de l'amiante a malheureusement pu l'illustrer. Depuis la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille et du contrôle sanitaires et jusqu'à une époque récente, le milieu professionnel a été le parent pauvre des dispositifs de sécurité sanitaire.

Certains enseignements du scandale de l'amiante ont toutefois été tirés et se dessine depuis plusieurs années la construction d'un dispositif de veille sanitaire (3). Toutefois, son intégration comme pilier supplémentaire du système de santé-travail s'avère difficile en raison de facteurs de complexité dont la prise en considération constitue un défi à relever (2). Construire ce troisième pilier n'en est pas moins une nécessité (1).

1 Veille sanitaire en santé-travail : la nécessité d'un troisième pilier

La veille sanitaire relève du registre de la santé publique (1.1.). La construction d'un véritable pilier « veille sanitaire » en santé-travail emporte par conséquent un basculement dans la sphère de la santé publique (1.2).

1.1 Objets de la veille sanitaire

La veille sanitaire est un terme englobant qui recouvre

⁸ Et non seulement d'en diminuer la prévalence (prévention secondaire) ou la gravité des altérations que la survenue de tels risques emporte (prévention tertiaire).

en réalité deux objets complémentaires : la surveillance et la veille sanitaires *stricto sensu*.

Le premier objet d'un dispositif de veille sanitaire *lato sensu* est de contribuer à la surveillance de l'état de santé des populations. Elle repose sur une collecte « *systématique et continue de données* »⁹ dont l'analyse doit participer à l'aide à la décision et contribuer à orienter les actions de prévention. Ce travail de collecte s'effectue à partir d'indicateurs prédéfinis. Par conséquent, ce sont les risques identifiés, dont on a déjà connaissance, qui sont objets de la surveillance sanitaire.

Le second volet d'un dispositif de veille en santé est celui de la veille sanitaire *stricto sensu* que l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) définit comme « *l'ensemble des actions visant à reconnaître la survenue d'un événement inhabituel ou anormal pouvant présenter un risque pour la santé humaine dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce* »¹⁰. L'objectif est la détection de risques inhabituels de santé, c'est-à-dire pour lesquels des indicateurs n'ont pas été construits. Par la veille sanitaire *stricto sensu*, il s'agit de se donner les moyens d'appréhender les risques émergents (au sens de non encore bien identifiés ou connus) ou incertains. Un des enjeux premier d'un dispositif de veille est la capacité à recueillir des signaux de différentes natures à des fins d'exploitation et de réaction. En effet, « *la qualité des informations recueillies dès cette étape est gage de la qualité et de l'adaptation des réponses ultérieures* »¹¹.

1.2 Double nécessité de la veille sanitaire en santé-travail

Entrer dans une démarche de veille sanitaire en santé-

⁹ D. Ilef (coord.) *La veille et l'alerte sanitaires en France* – InVS, mars 2011, p. 11 .

¹⁰ D. Ilef (coord.) – préc. p. 11.

¹¹ D. Ilef (coord.) – préc. p. 12.

travail est une évidence puisque l'activité professionnelle est facteur de risque et cause d'altération de l'état de santé d'une catégorie importante de la population, celle des travailleurs. Mais l'attraction de cette veille dans le champ de la santé publique est également une nécessité car elle permet une approche décloisonnée des questions de santé des travailleurs.

Une évidence endogène au système de santé-travail.

Tant dans son volet « surveillance » que « veille *stricto sensu* », la veille sanitaire en santé-travail est une nécessité. Pour les risques professionnels identifiés, la surveillance doit contribuer à l'amélioration de la prise en charge sanitaire des populations exposées mais aussi et surtout à l'adoption de mesures et la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées visant à agir sur les facteurs d'exposition.

Mais, en matière de santé-travail, l'enjeu de construire un troisième pilier se situe aussi dans la dimension « veille sanitaire ». Il s'agit d'être en capacité de détecter des situations de risques non encore identifiés. Cette nécessité fait son chemin depuis quelques années seulement et est réellement mise sur agenda en France (v. *infra*) mais aussi au niveau européen. Ainsi, la Stratégie communautaire pour la santé et sécurité au travail 2002-2006 souligne que « *l'anticipation des risques nouveaux et émergents, qu'il s'agisse de ceux liés aux innovations techniques, ou de ceux entraînés par les évolutions sociales, est indispensable à leur maîtrise. Elle exige d'abord une observation permanente des risques, s'appuyant sur une collecte systématique d'informations et d'avis scientifiques* ». La Stratégie 2007-2012 va plus loin puisqu'elle assigne comme objectif principal à l'Observatoire européen des risques l'amélioration de l'anticipation des risques, y compris ceux liés aux nouvelles technologies, aux risques biologiques, aux interfaces complexes homme-machine et à l'impact de

l'évolution démographique¹².

Un décloisonnement nécessaire. En matière de veille sanitaire en santé-travail, l'attraction par et dans la sphère publique est sans conteste une nécessité car nombre de problématiques de santé-travail dépassent très largement le cadre de l'entreprise et deviennent des enjeux de société¹³. Il convient en effet de prendre en considération la situation d'interface entre les sphères de santé publique *stricto sensu* et de santé au travail et donc de s'orienter « *vers une intelligence de plus en plus globale et interconnectée des déterminants de santé de quelque origine qu'ils soient* »¹⁴. Dès lors, pour certaines catégories de risque, la construction de la connaissance réclame le décloisonnement des approches. D'ailleurs, selon certains, la séparation tant des systèmes de santé publique et de santé-travail expliquerait un certain retard de la France dans le développement des connaissances mettant en évidence l'impact des facteurs professionnels sur l'état de santé de la population¹⁵.

Or les facteurs d'origine professionnelle sont des

¹² Point 7.1 de la communication de la Commission « Améliorer la qualité et la productivité u travail : stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail » – COM(2007) 62 final, 21 févr. 2007.

¹³ Dans un rapport public de 2004, il était souligné la nécessité de ne pas séparer les approches de sécurité sanitaires conduites en milieu de travail et dans les autres milieux de vie (transports, habitat, milieu ouvert), du moins quant à l'évaluation des risques dues à des agents physiques, chimiques ou biologiques. Rapport IGAS/IGF/IGE/COPERCI n° 2011061 sur l'évaluation de l'application de la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille et du contrôle sanitaires, juin 2004, p. 6.

¹⁴ V. Viet, *Les risques professionnels sont-ils singuliers ?* – RFAS n° 2-3/2008, p. 7.

¹⁵ E. Imbernon, *Quelle place pour les risques professionnels dans la santé publique ?* – Santé publique, vol. 20, suppl. n° 3, mai-juin 2008, p. 9

déterminants, parfois importants bien que « mésestimés »¹⁶, des problèmes de santé et des pathologies développés par les individus. Un article réalisé par le Dr Imbernon – membre du département santé travail de l’InVS – met spécialement en évidence l’importance des déterminants professionnels dans le développement des TMS¹⁷ dont les séquelles peuvent conduire à des exclusions du monde de l’emploi ou encore le rôle essentiel que les expositions professionnelles tiennent dans l’apparition du cancer du poumon¹⁸ ; d’ailleurs, plus globalement, « *plus de la moitié des cancérogènes avérés chez l’homme se trouvent dans l’environnement professionnel* »¹⁹.

2 Veille sanitaire en santé-travail : les difficultés d’une approche systémique

La construction du troisième pilier du système de santé-travail exige de résoudre une contradiction : en effet, l’efficacité de l’activité de veille sanitaire en santé-travail suppose de sortir de l’aspiration du système de santé-travail (2.1) tout en « résistant » sur certains points à l’attraction du système de santé publique (2.2).

2.1 Sortir de l’aspiration du système de santé-travail

Sortir de l’aspiration du pilier « réparation ». La

¹⁶ M. Goldberg et E. Imbernon, *Quels dispositifs épidémiologiques d’observation de la santé en relation avec le travail ? Le rôle de l’Institut de veille sanitaire* – RFAS n° 2-3/2008, p. 21.

¹⁷ Troubles musculo-squelettiques.

¹⁸ Selon la littérature internationale que l’auteur a analysée, « *environ la moitié des différences sociales de mortalité par cancer du poumon constatés dans les pays industrialisés est expliqué par l’exposition à des facteurs professionnels* ». E. Imbernon – préc. p. 11.

¹⁹ Selon la littérature internationale que l’auteur a analysée, « *environ la moitié des différences sociales de mortalité par cancer du poumon constatés dans les pays industrialisés est expliqué par l’exposition à des facteurs professionnels* ». E. Imbernon – préc. p. 11.

prégnance du pilier « réparation » est sans conteste un facteur limitant pour le développement d'une organisation de veille sanitaire dans le champ santé-travail. Cela tient pour l'essentiel aux principes qui gouvernent l'indemnisation des victimes de risques professionnels.

Le principe le plus influent a trait au mode de financement de la branche ATMP. Cette branche est en effet financée quasi exclusivement par des cotisations patronales. Par voie de conséquence, plus le nombre de victimes de risques professionnels est élevé, et plus le besoin de financement s'accroît et avec lui le montant des cotisations à la charge des employeurs. Le périmètre des risques professionnels donnant lieu à réparation s'avère donc essentiel, l'enjeu principal tenant à la délimitation des maladies susceptibles d'être réputées professionnelles. Dans le système français, cela renvoie au processus d'inscription de pathologies dans les tableaux de maladies professionnelles qui accorde une place prépondérante aux partenaires sociaux. En effet, l'inscription de nouvelles pathologies n'intervient que si s'est dégagé un consensus au sein du COCT (Conseil d'orientation sur les conditions de travail). Or, par crainte d'une augmentation non maîtrisée du financement, le partenaire patronal se montre parfois frileux à accepter de nouvelles inscriptions ou un assouplissement des conditions de reconnaissance de maladies déjà inscrites aux tableaux (par exemple, en matière de troubles musculo-squelettiques, de pathologies dorsales ou encore bien davantage de pathologies psychosociales).

Dans ce cadre, seules les maladies inscrites dans les tableaux ont une visibilité juridique. Mais, plus problématique, le lien causal entre le travail et l'altération de l'état de santé des salariés n'est visible que pour ces pathologies « listées ». En d'autres termes, en raison de ces caractéristiques, cette construction fortement enracinée contribue à occulter en partie

les autres liens de cause à effet entre travail et santé.

La veille sanitaire doit donc s'émanciper du pilier « réparation » dont la finalité et les principes directeurs s'avèrent sclérosants pour le développement d'une politique efficace de recherche sur les causes professionnelles des problèmes de santé des salariés. La connaissance doit donc se construire sans contingence relative aux modalités de prise en charge des victimes. Il convient donc de sortir de l'aspiration du pilier « réparation », la finalité de la veille sanitaire n'étant pas de déterminer le périmètre de l'indemnisation mais de détecter les sources de risques afin d'en éviter la survenance.

Sortir de l'aspiration du pilier « prévention ». Pendant de nombreuses années, le pilier « prévention » des risques professionnels a été l'affaire des partenaires sociaux²⁰ ou, plus exactement, des instances en charge de la prévention dans lesquelles les représentants des employeurs et des salariés disposent de sièges. Il s'agit des organismes de sécurité sociale, plus précisément des CRAM/CARSAT²¹ et de leurs commissions « risques professionnels ». Il s'agit aussi – et surtout – de l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) qui est un organisme paritaire dont la mission principale est de développer et de promouvoir une culture de prévention des risques professionnels.

Or « *la responsabilité des structures paritaires dans l'inertie qui a longtemps prévalu dans l'affaire de l'amiante ou*

²⁰ Ici, il s'agit d'envisager la structuration du pilier « prévention », étant bien évidemment précisé que, dans l'entreprise, l'employeur doit satisfaire à une obligation de sécurité qui lui enjoint de développer une démarche préventive.

²¹ Les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) ont changé de dénomination en 2010 et s'appellent désormais les Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT).

dans le problème moins médiatisé des éthers de glycol »²² a été mise en évidence par plusieurs travaux²³. Ainsi, dans le rapport sénatorial consacré au drame de l'amiante, les défaillances des « donneurs d'alerte institutionnels » sont pointées et, parmi eux, est souligné le rôle ambigü de l'INRS dont la composition paritaire est en partie à l'origine. De façon plus générale, les auditions réalisées par les sénateurs ont fait ressortir « *les limites, voire les contradictions de la gestion paritaire des dossiers de sécurité au travail* », gestion paritaire conduisant à des sortes d'arbitrage entre logique industrielle, logique d'emploi et logique de prévention²⁴. En d'autres termes, pour partie, l'origine de ces défaillances réside dans l'absence de dissociation organique et institutionnelle des activités de veille sanitaire et des activités de prévention. Si ces dernières relèvent assez naturellement des partenaires sociaux, c'est-à-dire des représentants du monde professionnel, il n'en va pas de même des activités d'évaluation des risques dont l'efficacité suppose de mobiliser principalement des compétences scientifiques et de s'abstraire des enjeux industriels et d'emploi.

²² L. Driguez, *Les obligations du décideur public en matière de santé et de sécurité des travailleurs en cas d'incertitude scientifique* – RDSS n° 4/2010, p. 624.

²³ Sur l'amiante, voir *Le drame de l'amiante en France : comprendre, mieux réparer, en tirer des leçons pour l'avenir* – Sénat, rapport d'information n° 37 (2005-2006) de G.Dériot et J.-P. Godefroy, oct. 2005. Sur les éthers de glycol, voir tout particulièrement J.-N. Jouzel, *La dénonciation du problème des éthers de glycol en France. Les organisations syndicales face à l'après-crise de l'amiante* – RFAS n° 2-3/2008, pp. 99-118.

²⁴ Mettre l'accent sur les limites de la gestion paritaire ne doit pas occulter la responsabilité des pouvoirs publics dans le drame de l'amiante, la responsabilité de l'État ayant d'ailleurs été reconnue par le Conseil d'État. Voir CE, Ass., 3 mars 2004 (4 arrêts n° 241150 à 241153) – RFDA 2004, p. 612. C. Guettier, *L'amiante : une affaire d'État* – RDSS n° 3/2006, pp. 202-214.

2.2 Résister à l'aspiration du système de santé publique

Prendre en compte la situation d'interface. La veille sanitaire se situe résolument dans une logique de santé publique ; l'approche est donc *a priori* globale et non circonscrite à des champs particuliers de risques. Cependant, son organisation et son efficacité ne peuvent faire abstraction de l'environnement dans lequel les risques sont susceptibles d'émerger. Il faut se garder de faire des questions de santé-travail des questions exclusivement de santé publique. La construction de la connaissance suppose par conséquent de ne pas exclure les acteurs présents dans la sphère professionnelle dont l'expertise mérite d'être mobilisée. L'étanchéité ne doit pas être de mise au risque de rendre peu visibles les « *possibles interférences entre la santé en milieu professionnel et la santé hors du travail* »²⁵.

Responsabiliser tous les acteurs. Un basculement dans la sphère de la santé publique serait porteur d'un message brouillé faisant du décideur public le seul responsable des risques auxquels les salariés sont exposés. L'aspiration du système de santé publique doit être proportionnée afin que les décideurs privés ne se défaussent pas de leurs propres responsabilités et demeurent proactifs dans la gestion préventive des risques. En effet, dans ses contours contemporains, l'obligation de sécurité de résultat joue un « *rôle renforceur des dispositifs juridiques destinés à préserver la santé des salariés* »²⁶ à tel point qu'il est possible de considérer que l'incertitude scientifique sur certains risques (par exemple les risques nanotechnologiques) n'exonère pas les employeurs d'une sorte d'obligation de précaution.

Certes, le principe de précaution doit guider l'action des

²⁵ V. Viet – préc. p. 7.

²⁶ *La santé dans la jurisprudence de la Cour de cassation* – Cour de cassation, rapport annuel 2007, p. 133.

pouvoirs publics en matière de santé environnementale mais également, par extension, en matière de santé publique, ce qui permet d'inclure les risques professionnels. Le registre juridique dans lequel prend corps ce principe est donc celui de la décision publique. Certains auteurs estiment cependant qu'il pèse sur l'employeur une obligation de précaution²⁷, d'autres se montrant beaucoup plus réservés sur ce point²⁸. À notre sens, les divergences sont à relativiser et tiennent pour l'essentiel aux contours à donner à une telle obligation de précaution²⁹. Si l'on admet que ses composantes en seraient, d'une part, un devoir de connaissance et, d'autre part, une obligation de prudence³⁰, il n'y a pas lieu de craindre que les employeurs puissent être dé-responsabilisés. Ainsi, l'analogie avec le principe de précaution pesant sur le décideur public et la référence qu'il emporte au principe ALARA (*As Low As Reasonably Achievable*)³¹ n'aurait pas place. L'obligation de précaution pesant sur l'employeur peut alors s'inscrire dans le champ de la prévention et trouver à s'appliquer pour les risques

²⁷ M.-C. Amauger-Lattes, *La gestion du risque chimique dans l'entreprise : vers un principe de précaution face aux risques incertains ?* – in M.-P. Blin-Franchomme et I. Desbarats (dir.), « Droit du travail et droit de l'environnement », Lamy, coll. Axe Droit, 2010, pp. 73-87.

²⁸ É. Drais et N. Dedessus-Le-Moustier, *Le rôle de l'employeur et du travailleur dans la prévention des risques liés aux nanotubes de carbone : la prévention à l'épreuve des risques incertains* – in S. Lacour et al. (dir.), « De l'innovation à l'utilisation des nanomatériaux. Le cadre normatif des nanotubes de carbone », Éd. Larcier, 2012, pp. 97-110.

²⁹ Elles tiennent sans doute aussi au *distinguo* à opérer entre principe et obligation.

³⁰ M.-C. Amauger-Lattes – préc. p. 84.

³¹ Référence qui est mise en évidence au niveau de l'Union européenne. Voir les remarques de L. Driguez sur la balance coût/avantage résultant de la référence au principe ALARA – préc. p. 619-620.

incertains en tant que « *principe méthodologique* »³², là où les principes généraux de prévention concernent les risques certains.

3. Veille sanitaire en santé-travail : un pilier en cours de construction

En matière de veille sanitaire en santé-travail, les pouvoirs publics ont su tirer des enseignements du drame de l'amiante. Le pilier manquant du système de santé-travail se construit. Cela se manifeste, d'une part, par une montée en puissance des institutions publiques (3.1) et, d'autre part, par l'implication de certains acteurs de la santé-travail dans des dispositifs de veille sanitaire (3.2). L'édifice n'est toutefois pas encore achevé, le dispositif de veille sanitaire en milieu de travail demeurant perfectible (3.3).

3.1 La montée en puissance des institutions publiques en matière de veille sanitaire en santé-travail

L'année 2004 est sans conteste une année charnière en matière de veille sanitaire en santé-travail. D'une part, à l'occasion du contentieux administratif relatif au drame de l'amiante, le Conseil d'État a affirmé cette année-là qu'« *il incombe aux autorités publiques chargées de la prévention des risques professionnels de se tenir informées des dangers que peuvent courir les travailleurs dans le cadre de leur activité professionnelle, compte tenu notamment des produits et substances qu'ils manipulent ou avec lesquels ils sont en contact, et d'arrêter, en l'état des connaissances scientifiques, au besoin à l'aide d'études ou d'enquêtes complémentaires, les mesures les plus appropriés pour limiter et si possible éliminer ces dangers* ».

³² G.-J. Martin, *Apparition et définition du principe de précaution* – Les Petites Affiches 2000, n° 239, p. 7.

D'autre part, cette même année 2004, un rapport public consacré à l'évaluation de l'application de la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille et du contrôle sanitaires³³ a souligné l'insuffisance des mécanismes de surveillance et de sécurité sanitaire en milieu de travail, ce champ étant d'ailleurs présenté par le Sénat comme un véritable maillon faible³⁴. Différentes évolutions ont permis de sortir « *de l'absence d'alternative publique à l'INRS (de statut associatif géré par les partenaires sociaux au titre de la branche « accidents du travail et maladies professionnelles de l'assurance maladie)»*³⁵.

Tout d'abord, sous l'impulsion du Plan Santé-Travail pour la période 2005-2009 et avec le concours de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, l'établissement public en charge depuis 1998 de la veille sanitaire en santé publique (InVS – Institut national de Veille Sanitaire³⁶) est devenu un acteur central dans le champ de la veille en santé-travail ; ses missions ont en effet été explicitement étendues à tous les déterminants de santé, y compris ceux relevant de la santé au travail et ses moyens renforcés, spécialement les effectifs du département santé-travail qui étaient jusqu'alors

³³ Rapport IGAS/IGF/IGE/COPERCI n° 2004061 sur l'évaluation de l'application de la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille et du contrôle sanitaires, juin 2004, p. 28.

³⁴ Le rapport sénatorial de 2005 fait le constat sévère que « *le dispositif d'expertise publique n'assure pleinement aucune des missions pourtant essentielles dans la prévention et la réduction des risques sanitaires en milieu de travail : l'expertise, la veille scientifique et technologique, la surveillance et l'alerte sanitaires, l'étude et l'évaluation des moyens de prévention en milieu de travail ainsi que leur promotion* » – préc.

³⁵ Rapport IGAS – préc. p. 80.

³⁶ Établissement public créé par une loi du 1^{er} juillet 1998 en charge d'une triple mission de surveillance, de vigilance et d'alerte dans tous les domaines de la santé publique.

faméliques³⁷.

Puis, en 2005, l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement a vu ses missions élargies au champ de la santé au travail, donnant naissance à l'AFSSET (Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail). En 2010, au gré de la fusion opérée avec l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), l'AFSSET a disparu et ses missions ont été « absorbées » par l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). En matière de santé au travail, l'ANSES doit assumer une double mission : une mission de surveillance sanitaire afin de fournir aux autorités les informations nécessaires à la prise de décision dans le domaine de la prévention des risques professionnels ; une mission de veille sanitaire en contribuant à la connaissance des risques émergents (par exemple nanoparticules, champs magnétiques, perturbateurs endocriniens).

3.2 La participation des acteurs en santé-travail à la veille sanitaire

Il existe plusieurs degrés dans la veille sanitaire entendue au sens large. La surveillance épidémiologique constitue en quelque sorte le degré de base. Dans le champ des risques professionnels, elle consiste à « *intégrer des informations sur les déterminants professionnels connus*

³⁷ La création dès 1998 du département « santé et travail » au sein de l'InVS doit être soulignée car c'était la première fois qu'institutionnellement, la logique d'interface santé publique-santé au travail était prise en considération. Cependant, ce département a été initialement sous-doté en effectif (16 chercheurs en 2004), limitant par voie de conséquence ses ambitions de surveillance et de veille sanitaires.

comme pouvant influencer sur l'état de santé »³⁸. Relève de cette démarche le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel développé par l'InVS. Mais certains dispositifs auxquels participent ou sont associés les acteurs de santé-travail peuvent avoir une véritable vocation de veille sanitaire. Il s'agit alors de permettre le signalement d'événements sanitaires anormaux se manifestant dans le milieu professionnel à l'instar du réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles.

Participation à une démarche de surveillance épidémiologique – Le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP). Ce programme a été initié par le département santé-travail de l'InVS et est développé en collaboration avec l'inspection médicale du travail. Il prend appui sur un réseau de médecins du travail volontaires³⁹. Le programme MCP poursuit l'objectif de décrire la prévalence des affections observées et jugées imputables au travail par les médecins du travail mais qui ne font pas l'objet d'une réparation en tant que maladie professionnelle (au sens du droit de la sécurité sociale)⁴⁰. Il s'agit donc d'un programme de surveillance épidémiologique permettant de repérer les secteurs d'activité et les catégories sociales pour lesquels les prévalences sont les plus élevées⁴¹.

³⁸ E. Imbernon, *Surveillance épidémiologique, veille sanitaire et risques professionnels* – Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, 2012, n° 73, p. 397.

³⁹ En 10 ans, plus de 1 500 médecins du travail ont été actifs lors des périodes de recueil des données (appelées les Quinzaines).

⁴⁰ Les signalements réalisés par les médecins du travail sont adressés aux médecins régionaux inspecteurs du travail et donnent lieu à une exploitation régionale mais également nationale par l'InVS qui centralise les données.

⁴¹ Une étude pilote a tout d'abord été menée en 2002 dans la région des Pays-de-la-Loire. Aujourd'hui, le programme comprend 15 déclinaisons régionales. V. Daubas-Letourneux, *Produire des connaissances en santé au*

Les résultats de ce programme sont exploités dans le champ de la santé publique et santé-travail⁴². D'une part, les indicateurs de maladie à caractère professionnel peuvent être retenus par les plans régionaux de santé mais également par les plans régionaux de santé travail ; en effet, les résultats ont vocation à contribuer à l'orientation, voire la ré-orientation, des politiques et actions de prévention en fonction des spécificités identifiées (type de pathologie, secteur d'activité, métier). D'autre part, les résultats du programme MCP peuvent également alimenter la réflexion des partenaires sociaux et des pouvoirs publics en charge de faire évoluer les tableaux de maladies professionnelles (pilier « réparation » du système de santé-travail). Une concrétisation a eu lieu à ce jour avec la révision d'un des tableaux relatif aux TMS (troubles musculo-squelettiques).

Participation à un dispositif de veille sanitaire – Le Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles (RNV3P). Initié en 2001, le RNV3P se situe aujourd'hui au cœur du dispositif – au demeurant complexe et peu lisible en raison de la multiplicité des acteurs – de veille sanitaire en santé-travail. Au plan institutionnel, y participent en effet deux acteurs majeurs de la veille sanitaire (l'ANSES et, avant elle, l'AFSSET ainsi que l'InVS), des organismes nationaux de sécurité sociale (la CNAM-TS et la MSA), un acteur paritaire de la prévention en santé-travail (l'INRS) mais également des structures représentant les acteurs médicaux présents en santé-travail (la Société française de médecine du travail, le Centre

travail à l'échelle régionale. Le signalement des maladies à caractère professionnel dans les Pays de la Loire – RFAS n° 2-3/2008, pp. 213-235.

⁴² E. Imbernon et al., *Surveillance épidémiologique des risques professionnels : pourquoi et comment ?* – Bull. Épidémiol Hebd. 2006, n° 46-47, p. 356.

interservices des Médecins d'entreprises, le réseau des centres de consultation de pathologies professionnelles présents dans les CHU).

Ce réseau est « *un système de production coordonné de connaissances à des fins de vigilance, d'amélioration des connaissances et de prévention des risques professionnels* »⁴³. Il s'agit de permettre l'identification des problèmes de santé au travail (PST) « *avec un codage systématique et standardisé des principales variables d'intérêt : pathologie principale et comorbidités, nuisance principale et... co-nuisances, profession et branche professionnelle* »⁴⁴.

Le fonctionnement repose en réalité sur deux sous-réseaux. Le premier regroupe les experts cliniciens des centres de consultation de pathologies professionnelles des CHU (les CCPP). Ce sous-réseau constitue le véritable socle du dispositif. Y a été ajouté un second sous-réseau, regroupant des services de santé au travail qui mobilisent des médecins du travail volontaires dits « sentinelles », qui « *permet à la fois de compléter le rôle de vigie pour les pathologies qui "échapperaient" aux CCPP et de donner des indications sur l'incidence des pathologies en relation avec le travail* »⁴⁵.

Le RNV3P constitue sans nul doute le réseau le plus abouti de veille sanitaire en santé-travail. Il dispose de plusieurs atouts. Le premier d'entre eux est de développer une veille épidémiologique programmée portant sur des associations prédéfinies pathologie-nuisance, dépassant très largement les seules maladies professionnelles prises en charge

⁴³ ANSES, *Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles* – rapport scientifique, 2011, 282 p.

⁴⁴ V. Bonnetterre *et al.*, *Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles (RNV3P) et veille sanitaire* – Santé Publique, 2008/hs vol. 20, pp. 201-210.

⁴⁵ ANSES – rapport préc. p. 23.

par la sécurité sociale (au titre du pilier « réparation » du système de santé-travail). Le deuxième atout de ce réseau est sa capacité à être en alerte aux fins de détection des risques émergents et à développer une activité de recherche concernant des pathologies pour lesquelles n'existent pas encore d'associations reconnues pathologies-nuisances⁴⁶. Enfin, le troisième atout de ce réseau est « *son intrication historique et sa complémentarité avec les préventeurs* »⁴⁷, spécialement les ingénieurs des départements « risques professionnels » des CARSAT.

3.3 La veille sanitaire par et dans le milieu de travail : le parent pauvre

Connaître les conditions et durée d'exposition au risque est une condition nécessaire et essentielle de tout dispositif de veille sanitaire. Pour ce qui concerne les risques professionnels⁴⁸, une telle exigence suppose une participation active des acteurs de terrain présents en milieu de travail. En la matière, si l'instauration d'un cadre juridique protecteur des « lanceurs d'alerte » doit être saluée, elle ne doit pas pour autant servir d'écran de fumée s'agissant de la veille sanitaire en milieu de travail. En effet, il convient de ne pas occulter les questions relatives au rôle et missions des médecins du travail qui sont – ou devraient – être des acteurs clés⁴⁹.

⁴⁶ Mais « *qui présentent des caractères de diffusion, soit temporels soit dans l'espace, des métiers et secteurs d'activité* ». V. Bonnetterre et al. – préc. p. 201.

⁴⁷ ANSES – rapport préc. p. 23.

⁴⁸ E. Imbernon, *Quelle place pour les risques professionnels dans la santé publique ?* – Santé publique, vol. 20, suppl. n° 3, mai-juin 2008, p. 9.

⁴⁹ Ne sera pas envisagé le rôle que peuvent – ou pourraient – tenir les CHSCT mais également les salariés eux-mêmes dans le dispositif de veille en santé-travail. Pour une illustration de la place que peuvent occuper les salariés, v. l'observatoire EVREST (ÉVolutions et RELations en Santé au

Les lancements d’alerte en milieu professionnel. La loi du 16 avril 2013 relative à l’indépendance de l’expertise en matière de santé et d’environnement et à la protection des lanceurs d’alerte⁵⁰ «*retient l’attention en ce qu’[elle] positionne le milieu de travail et plus largement l’entreprise comme un foyer d’alerte en matière de santé publique et d’environnement*»⁵¹. Il s’agit bien ici de dépasser le cadre du droit d’alerte individuel dont dispose tout salarié face à une situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu’elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé (C. trav., art. L. 4131-1).

Au regard des conditions d’exercice du droit d’alerte prévues par la loi de 2013 (v. C. trav., art. L. 4133-1), l’ambition est tout autre. D’une part, l’exercice du droit d’alerte n’est pas conditionné par un danger grave que l’on pressentirait imminent mais par un « simple » risque grave, ce qui est plus large (C. trav., art. L. 4133-1) ; d’autre part, l’alerte peut être lancée lorsque le travailleur ou le CHSCT estiment que les produits et procédés de fabrication font peser un risque grave «*sur la santé publique ou l’environnement*». Il n’est pour autant pas certain que le cadre juridique institué soit à la hauteur des objectifs affichés, la discussion parlementaire ayant conduit à l’adoption d’un texte moins-disant par rapport aux

Travail) auquel les salariés participent au travers de questionnaires d’auto-déclaration. Bardouillet M.-C. et al., *L’observatoire EVREST, une démarche de mise en place d’indicateurs collectifs en santé au travail* – INRS, Documents pour la médecine du travail, n° 126, 2011.

⁵⁰ Loi n° 2013-316 – JO 17 avril, p. 6465.

⁵¹ M.-P. Blin-Franchomme, *L’alerte en matière de santé publique et d’environnement : regards sur la loi du 16 avril 2013* – RLDA, n° 84, juillet-août 2013, p. 60. Voir aussi A. Laude, *Science et démocratie : garantir un juste équilibre. À propos de la loi du 16 avril 2013* — JCP G 2013, n° 690 ; F.-G. Trébulle, *Alertes et expertise en matière de santé et d’environnement, les enjeux de la loi du 16 avril 2013* – Environnement 2013, étude 21.

ambitions initiales. Le circuit institué une fois l'alerte lancée n'est pas des plus satisfaisants. On peut regretter avec un auteur⁵² que le lancement d'alerte doive emprunter un canal hiérarchique⁵³ et que le rôle dévolu au CHSCT ait été substantiellement revu à la baisse ; en effet, ne lui a pas été accordé le rôle de « *pivot gestionnaire* » que certains appelaient de leurs vœux mais un rôle de lancement d'alerte et de suivi des alertes.

Il ne s'agit pas pour autant de faire le procès de ce texte mais d'en souligner les limites en tant que dispositif de veille sanitaire par le milieu du travail. La dimension insuffisamment collective – tant sur la forme que sur le fond – du processus de lancement d'alerte risque en effet de ne pas permettre à ce dispositif de participer pleinement à l'alerte en santé-travail en matière de risques émergents.

Médecins du travail et veille sanitaire en santé-travail. La loi du 20 juillet 2011 portant réforme de l'organisation de la médecine du travail⁵⁴ inscrit explicitement les services de santé au travail dans le système de veille sanitaire. En effet, l'article L. 4622-2 du Code du travail dispose que ces services « *participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire* ». Au sein des services de santé au travail, ce sont sans conetste les médecins du travail les mieux à même de participer au processus de veille sanitaire.

En effet, « *la particularité du médecin du travail en France est sa double compétence : médecin et expert des risques*

⁵² M.-P. Blin-Franchomme – préc., spéc. p. 64 et s.

⁵³ Soulignons toutefois que l'avancée résultant de la loi est l'institution, à l'article L. 4133-5 du Code du travail, d'une protection au bénéfice du travailleur lanceur d'alerte. Il s'agit de la protection prévue à l'article L. 1351-1 du Code de la santé publique.

⁵⁴ Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 – JO 24 juill. 2011, p. 12677.

professionnels. C'est pourquoi ils sont des partenaires incontournables pour une veille sanitaire active en milieu professionnel »⁵⁵. Les médecins du travail ont vocation à être un rouage essentiel dans le système de veille sanitaire en santé-travail. En effet, ils constituent des acteurs se situant au plus près du terrain, des acteurs de proximité en capacité – matérielle et intellectuelle – de retracer les situations d'exposition au risque auxquelles les salariés sont exposés. Et, en matière tant de surveillance sanitaire que de veille sanitaire *stricto sensu*, la connaissance du milieu d'exposition est essentielle. Les Pouvoirs publics dans le cadre du plan santé travail 2005-2009 mais également les institutions en charge de la veille sanitaire ne s'y sont pas trompés. Ainsi, l'InVS et l'ANSES s'appuient sur les médecins du travail (v. *supra*) participant ainsi à organiser l'ensemble des médecins du travail en réseau de veille. Il s'agit en quelques sorte d'en faire un réseau sentinelle.

Pour l'instant, les médecins du travail qui participent aux dispositifs de veille initiés par les institutions publiques le font sur la base du volontariat. L'efficacité de la veille exige toutefois une généralisation de cet investissement⁵⁶.

Certes, en l'état actuel des textes, chaque médecin du travail devrait contribuer à la veille sanitaire puisque le Code de la sécurité sociale fait peser sur tout docteur en médecine une obligation de déclarer les maladies à caractère professionnel dont il a connaissance (CSS, art. L. 461-6). Il convient cependant de souligner les limites de cette obligation en termes de contribution au processus de veille sanitaire. Ces limites tiennent à l'objet même de la déclaration : ne sont

⁵⁵ M. Valenty et al., *Surveillance des maladies à caractère professionnel par un réseau de médecins du travail* – Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, 2012, n° 73, p. 401.

⁵⁶ Généralisation qui aurait également l'avantage d'éviter certains biais liés à toute démarche volontaire.

concernés que des risques déjà identifiés comme d'origine professionnelle et qui, de surcroît, ont été intégrés dans les tableaux de maladies professionnelles indemnifiables par la Sécurité sociale⁵⁷. On se situe dans le registre de la surveillance sanitaire et épidémiologique. Le texte fait toutefois également obligation, dans son dernier alinéa, de déclarer « *tout symptôme et toute maladie non compris dans cette liste mais qui présentent, à son avis, un caractère professionnel* ». Malgré cette « ouverture », il semble que ces signalements ne soient pas une pratique systématique ni même généralisée, hors hypothèse où le médecin du travail est partie prenante à un réseau de veille (es qualité par exemple de sentinelle).

Un des enjeux de demain est sans doute d'inscrire la médecine du travail dans le registre de la veille sanitaire *stricto sensu*. La problématique des risques incertains appelle en effet à une mutation des missions et des conditions d'exercice des médecins du travail. Les modalités de surveillance des salariés potentiellement exposés doivent sans nul doute être repensées afin d'entrer de plain-pied dans une démarche de santé publique. Les médecins du travail sont en effet des « observateurs » privilégiés parce qu'ils sont au plus près des réalités, parce qu'ils assurent la surveillance des salariés et ont une action en milieu du travail. Ils sont donc à même de recueillir des données de nature diverse de première importance pour les acteurs de santé publique, à charge pour ces derniers de les exploiter. Dans cette optique, la traçabilité – à dimension individuelle tout autant que « collective » – devient une question centrale pour disposer d'éléments relatifs aux facteurs d'exposition, aux conditions de travail et aux problèmes de santé des salariés suivis. C'est implicitement ce que laisse entendre une documentation de l'INRS à destination

⁵⁷ Les limites tiennent également semble-t-il au manque d'effectivité de ces signalements.

des médecins du travail : « *la traçabilité des expositions individuelles pourrait permettre, dans le futur, la mise en œuvre d'une surveillance médicale post-professionnelle. [...] Au niveau collectif, [elle] permettra un "enregistrement continu" des salariés pour constituer des registres d'exposition, première étape incontournable pour la mise en place des études épidémiologiques* »⁵⁸.

La traçabilité des expositions est certainement au cœur du système de santé-travail, son effectivité et de sa qualité pouvant irriguer les trois piliers dudit système. En premier lieu, la traçabilité permet de disposer de données d'exposition itératives et sur la durée dont l'analyse peut contribuer à faire émerger une relation causale entre le milieu du travail et des pathologies, spécialement celles à effet différé ; ainsi, elle participe à la construction de la connaissance et à la détection de nouveaux risques professionnels (pilier « veille sanitaire »). En deuxième lieu, la caractérisation de nouvelles causes de risques professionnels contribue à l'orientation des politiques publiques de prévention et des actions préventives à mener en milieu de travail (pilier « prévention »). En troisième et dernier lieu, cette caractérisation peut infléchir les dispositifs de réparation en faveur des victimes de ces nouveaux risques, surtout s'il s'agit d'un phénomène de masse (pilier « réparation »).

Décembre 2013

⁵⁸ C. GAYET, *Le dossier médical au travail* – INRS, Documents pour le Médecin du Travail, n° 107, 2006, p. 75

Résumé

Le droit français a un système de santé-travail composé, traditionnellement par deux piliers. Le premier pilier fut celui de la réparation des conséquences de la survenue des risques professionnels. Le second est celui de la prévention des risques professionnels. Cependant, il est nécessaire la construction d'un troisième pilier : un dispositif de veille sanitaire, qui recouvre en réalité deux objets complémentaires : la surveillance *lato sensu*, qui repose sur une collecte systématique et continue de données ; et la veille sanitaires *stricto sensu*, qui vise la détection de risques inhabituels de santé. Le troisième pilier a pour objectif développer la capacité de détecter des situations de risques non encore identifiés. La construction de cette veille sanitaire en santé-travail exige une résistance aux piliers de la réparation et de la prévention, ainsi que du propre système de santé publique. Le troisième pilier, en cours de construction, passe pour la performance du pouvoir public e du secteur privé, aussi bien que des employés – grâce à un système d'alerte individuelle pour les risques – et des médecins du travail.

Mots-clés: Environnement ; surveillance sanitaire ; système de santé publique

Abstract

It is possible to affirm that, traditionally, the French law has a system of safety and health formed by two pillars. The first pillar relates to repair the consequences of supervenience of occupational risks. The second is about the prevention of those risks. However, it is necessary to consolidate a third pillar, concerning the sanitary surveillance. This health surveillance includes two additional objects: a surveillance device *lato sensu*, which rests on an ongoing and systematized data collection; and a device *stricto sensu*, which aims to detect unusual risks to health. This third pillar has the purpose of detecting risky situations not yet fully defined. Therefore, its construction requires a resistance to the repair and prevention pillars, as well as the public health system. The surveillance pillar, in consolidation process, passes through the Government, and the private sector performance, including the performance of employees, through a system of individual risk warning, and doctors' work.

Keywords: Environmental; Sanitary surveillance; System of safety and health.

