

La prise en compte d'une « *susceptibilité* » personnelle au risque anéantit l'exercice médical clinique en médecine du travail

Dominique Huez, Alain Carré
0674580809

Association Santé et Médecine du Travail
<http://www.a-smt.org/accueil.html>

26/11/2014

1- Mission et pratique de la médecine du travail

La médecine du travail a pour objet de prévenir et dépister les altérations de la santé des travailleurs du fait de leur travail. L'exercice clinique individuel de la médecine du travail consiste à identifier la relation entre des altérations de la santé d'un travailleur et des éléments pathogènes de sa situation professionnelle. A ce titre les praticiens procèdent comme tout médecin à l'établissement de diagnostics médicaux qui comportent l'identification de la ou des étiologies de l'affection en cause.

L'exercice de la médecine du travail impose au médecin du travail d'informer le travailleur des risques de sa situation professionnelle et de leurs liens, éventuellement pathogènes, à sa santé. Comme tout médecin, le médecin du travail « *doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose...* » (R4127-35 du CSP). Le droit à l'information du patient sur son état de santé porté par l'article L1111-2¹ est un des éléments fondateurs de la révision du code de la santé publique de 2002.

Dans son activité médicale, le médecin du travail est face à un sujet qui est à la fois un salarié lié par un lien de subordination dans le cadre du contrat de travail, mais aussi un agent ou un opérateur engagé subjectivement dans une activité de travail. C'est aussi un patient invité à, ou sollicitant une consultation médicale en médecine du travail. Cet exercice médical ne peut se déployer que si la confiance du sujet envers le médecin du travail a pu se construire. Cela explique que communément, un salarié conserve par devers lui lors de la visite médicale d'embauche, de nombreux éléments sur sa santé.

C'est à partir de l'activité clinique que les médecins du travail instruisent le lien santé-travail et que leurs écrits peuvent permettre la mise en visibilité des atteintes à la santé liées au travail. Le médecin du travail nourrit son diagnostic clinique du lien santé-travail en s'appuyant sur la *clinique médicale du travail*, clinique bien spécifique qui enrichit sa pratique. Il y adosse ses préconisations médicales dans l'intérêt exclusif de la santé du salarié. Il en nourrit son action de prévention collective primaire, d'alerte médicale collective ou de sauvegarde. La démarche clinique du médecin du travail ne se substitue pas à l'action du salarié, mais vise, par le travail d'élaboration du sujet, à la reconstruction de sa capacité à penser, débattre et agir. Ce travail médical en responsabilité pourra permettre que se déploie, en écho, une mise en délibération collective des difficultés de la contribution des sujets au travail. Ainsi, la médecine du travail contribue à les rendre acteurs de la transformation du travail, en remettant le travail réel au centre de la discussion sur les évolutions des organisations du travail.

2- Préserver la possibilité de préconisation médicale de modifications du travail individuel

L'intervention thérapeutique individuelle du médecin du travail par des préconisations d'aménagement du travail d'un salarié ou par l'inaptitude à son poste de travail, pour des raisons d'altération de la santé

¹ Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel...

individuelle, est essentielle et doit être préservée. Elle s'inscrit dans le cadre du consentement éclairé du salarié².

Le code de santé publique s'est toujours imposé aux médecins du travail qui en ont toujours relevé même si certains le découvrent aujourd'hui. La césure entre les ministères du travail et de la santé a facilité cet aveuglement. Le code de santé publique est d'ailleurs une clé pour les médecins du travail pour déterminer leurs pratiques professionnelles face aux ambiguïtés de sélection de la main d'œuvre par « l'aptitude au poste de travail ». Celle-ci n'apporte d'ailleurs aucune sécurité juridique pour l'employeur et ne l'informe pas plus sur l'état de santé du travailleur du fait du secret médical et de l'interdiction de discrimination par la santé depuis la loi de 1990.

Lors des visites médicales³, à l'éclairage de la grille de lecture de son travail, c'est l'état de santé du salarié qui est pris en compte. Il est confronté à la dynamique des risques de son poste de travail, risques organisationnels, environnementaux, résultant des rapports sociaux qui s'y déploient. Une pratique médicale de préservation de la santé individuelle via des préconisations ou l'inaptitude peut y être déployée dans l'intérêt exclusif de la santé et avec l'accord du salarié. Cette intervention n'a pas la même filiation juridique et historique que « l'aptitude au poste de travail »⁴⁵⁶.

« *L'aptitude médicale* » en médecine du travail favorise le dévoiement des pratiques des médecins du travail vers la sélection biologique ou comportementale de la main d'œuvre. Dans la logique de l'aptitude médicale, sa délivrance n'est rien d'autre que l'attestation d'une absence générale de contre-indication, qui ne constitue pas une garantie pérenne, puisque tout avis médical ne vaut que pour le moment où il a été établi.

Rappelons qu'en 2001, plusieurs organisations de médecins du travail⁷, ont engagé un recours en annulation devant le Conseil d'Etat contre l'article 12 du décret du 1^o février 2001 concernant la prescription réglementaire de délivrer une « *non contre-indication médicale à l'exposition aux agents CMR* ». A cette occasion, une *légitimation d'apparence médicale*, du processus d'aptitude, a été introduite par la puissance publique. Le rédacteur de l'argumentaire produit par le Ministère de l'emploi et de la Solidarité dans ses observations de décembre 2001 sur le pourvoi formé par les organisations de médecins du travail en annulation de l'article 12 du décret n°2001-97, argumente que « *la notion de contre-indication médicale a été conçue et entendue dès l'origine...comme facteur de protection supplémentaire pour le salarié...en fonction des facteurs de susceptibilité personnelle propres à chaque individu* ».

Pour celui-ci, « *l'article R 231-56-11 .../... confère au médecin du travail, dans le respect de ses missions, le soin de s'assurer que le travailleur ne présente pas de « sur-risque » résultant d'une sensibilité personnelle plus forte susceptible de porter atteinte à sa santé* ».

Cette orientation débouche sur des pratiques discriminantes pour la santé des salariés, et en aucune façon ne s'oriente vers la prévention. La prise en compte de *facteurs de susceptibilité personnelle* est incompatible avec la pratique médicale en médecine du travail. Elle est *socialement discriminante*. On ne peut appliquer de façon opposable ce concept, tel que semble l'inventer hors de tout cadre juridique le

² L.1111-4 du code de santé publique : « *Toute personne prend avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. (...) Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ».

³ Il serait plus judicieux de parler de consultation médicale au regard de la pratique médicale ici décrite.

⁴ Les éléments de réflexion développés ont été développés et mis en débat dans l'association Santé et Médecine du Travail (SMT) depuis une trentaine d'année. <http://www.a-smt.org/accueil.html>

⁵ Pierre Abécassis, L'aptitude ?, inapte !, in association Santé et Médecine du Travail, Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat, Paris, Syros/La découverte, 1998, pp 297-301

⁶ Philippe Davezies, Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale, Médecine et travail, 2000, n°83, pp 297-301

⁷ L'ass.SMT, le SNPST, le SNMIEG-CGT, le SPMPPFT.

Ministère de l'emploi et de la solidarité, de « sur-risque » résultant d'une sensibilité personnelle plus forte susceptible de porter atteinte à sa santé, concept qui résulte d'un calcul de probabilité statistique à l'échelon collectif, inapplicable à titre individuel. En effet dans ce contexte la décision médicale n'est plus fondée sur les éléments objectifs d'un diagnostic mais sur une prédiction qui appartient au domaine du calcul de risque, c'est-à-dire de l'assurantiel, qui ne relève pas des missions de la médecine du travail.

Le débat sur la susceptibilité particulière du travailleur rebondit aujourd'hui à l'occasion du projet de supprimer la visite médicale d'embauche. Ainsi selon le Pr Fantoni-Quinton⁸ « *si le salarié dissimule à son employeur une susceptibilité particulière (note de bas de page : on pense à un salarié qui aurait choisi de ne pas transmettre des éléments concernant ses vulnérabilités de santé particulières qui auraient donné à l'employeur l'opportunité d'aménager son poste, ne voulant pas courir le risque d'une perte d'emploi) qui le conduirait à courir un plus grand risque de pathologie, même en partie imputable au travail, il bénéficiera naturellement de la présomption d'origine* ».

Les défenseurs de la prise en compte par le médecin du travail des facteurs personnels de « *susceptibilité* », comme soubassement de son action lors des visites médicales, feignent de croire que les risques professionnels individuels des salariés sont prévenus :

- par l'exercice souverain de leur libre volonté de s'y soustraire via le médecin du travail, sans prise en compte de la posture subordonnée du travail salarié qui engage l'obligation de sécurité de résultats de l'employeur,
- par la prise en compte de leurs « sur-risques » liés à leur « susceptibilité » personnelle par la grâce d'un certificat de contre-indication médicale émis par le médecin du travail,
- que de ce fait les salariés devraient endosser la coresponsabilité d'exposition à ces risques en termes de conséquences pour leur santé, déchargeant partiellement la responsabilité de leur employeur, s'ils refusaient de perdre leur emploi du fait d'un risque probabiliste,
- qu'ainsi le médecin du travail n'aurait plus à contribuer à transformer le travail pour préserver la santé de tous à partir de sa connaissance acquise lors du suivi systématique de la santé des salariés.

Cette posture est contraire à la mission réglementaire de la médecine du travail, et aux avancées depuis 15 ans de la construction du métier de médecin du travail assis sur la clinique médicale du travail.

La préservation de l'ordre public social impose à l'Etat de protéger la santé individuelle des salariés de façon opposable par rapport au bon vouloir des employeurs.

Elle lui impose aussi de faciliter l'exercice professionnel des médecins du travail. Cet exercice est tourné exclusivement vers la prévention médicale primaire collective par l'identification des risques, la veille médicale ou l'exercice du devoir d'alerte collective médicale. Ou tourné vers la préservation de la santé individuelle altérée du fait ou à l'occasion du travail, par des préconisations médicales « *de thérapie préventive* » concernant le poste de travail, ou de sauvegarde par l'inaptitude au poste.

3- Discrimination médicale par la « susceptibilité personnelle »

Il faut explorer le sens et la signification de certains termes utilisés par les défenseurs de la prise en compte par le médecin du travail des facteurs personnels de « *susceptibilité* », comme soubassement de son action lors des visites médicales.

Ils évoquent une « *susceptibilité* », une « *vulnérabilité* », une « *sensibilité* » « *particulière et personnelle* » entraînant un « *sur-risque* ». Pour ce qui nous concerne nous estimons plus adéquat d'utiliser les termes « *prédisposition* » et « *facteur de risque* ». Une *prédisposition* est une caractéristique personnelle qui donne un avantage ou constitue un inconvénient en matière de santé pour la personne qui en est porteuse. Il s'agit d'une caractéristique de santé dont la nature relève du secret et toute discrimination sur ce critère constitue un délit. Il s'agit d'une potentialité et non d'une certitude.

⁸ Sophie Fantoni-Quinton, Que deviendrait la faute inexcusable sans aptitude à l'embauche ?, in Semaine sociale Lamy, 10 septembre 2014 n°1651, pp 6-9

Ainsi, pour qu'elle s'exprime il faut en général que cette prédisposition rencontre d'autres facteurs qui la favorisent. Par exemple la découverte d'une prédisposition génétique au cancer bronchique ne signifie pas que celle ou celui qui en est porteur sera victime à coup sûr d'un cancer bronchique. Il s'agit, répétons-le, d'une notion probabiliste dont l'application aux personnes n'a médicalement qu'une traduction de vigilance accrue et de contrôle des cofacteurs. Cette prédisposition est un facteur de risque et non un risque et encore moins un « *sur-risque* ».

La multi-factorialité des risques est un truisme de la prévention. En général, plusieurs facteurs de risques convergent et constitue un risque qui, à la faveur de circonstances, va avoir des conséquences sur la santé. Pour une prédisposition physique constituant un facteur de risque les cofacteurs que sont la charge de travail, la cadence, les moyens mécaniques mis à disposition, la nature de l'organisation du travail, l'état des relations de travail, la possibilité d'entraide par exemple, les marges de manœuvre sont des facteurs autrement déterminants qui relativisent le facteur de risque personnel.

Explorons plus avant la question des facteurs de risque personnels.

Il y a quatre types de facteurs de risque liés à des prédispositions personnelles qui sont discriminants :

1 – Les facteurs de risque innés

Ce sont particulièrement les prédispositions *génétiques*.

Rappelons que leur emploi est discriminant, interdit par la législation et contraire à l'éthique médicale. Qui plus est, leur pouvoir prédictif préventif de risque n'a nullement été démontré et des faits scientifiques lourds plaident pour le contraire.

2 - Les facteurs de risque liés à des expositions professionnelles passées

Cela reviendrait à contre-indiquer médicalement tout travail exposant à un risque professionnel à effet différé (CMR, perturbateurs endocriniens, travail de nuit, exposition au bruit .../...). Ce processus de « *gestion de l'emploi par le passif des expositions aux risques* » se retourne contre les salariés déjà victimes, en les privant d'emploi. Les travailleurs auront la double peine du fait de leur passif d'exposition aux facteurs de pénibilités ! Bien sûr, pour des raisons éthiques, les médecins du travail ne sauraient cautionner que les salariés soient lésés du fait de leurs expositions professionnelles passées, même s'ils doivent dorénavant les faire figurer dans les dossiers médicaux.

3- Les facteurs de risque liés aux expositions environnementales non professionnelles

Le risque emblématique en est le tabagisme actif ou passif mais on peut également incriminer le jardinage, le bricolage, certaines activités sportives, le fait de résider en milieu urbain dense.... Qui va pouvoir alors travailler ?

4 – Les facteurs de risque résultant d'une prédisposition personnelle du fait de l'âge.

Il faut manier ici deux données de nature différente

- les probabilités d'occurrence de cancer, de maladies neurodégénératives etc augmentent au fil de l'âge.
- selon le type de pathologie, il faut de 5 à 50 ans pour la développer.

Qui défendra l'idée de n'exposer que des travailleurs âgés, escomptant que la fin de vie ne survienne avant une éventuelle pathologie professionnelle ?

La prise en compte de facteurs de prédisposition personnelle innée ou acquise comme fondement de la prévention médicale déployée au cours des visites systématiques de médecine du travail est :

- incompatible avec l'éthique médicale,
- socialement discriminante,
- scientifiquement absurde,
- décharge l'employeur de sa responsabilité de sécurité de résultats pour la santé des salariés
- permet à l'Etat de se dédouaner de ses responsabilités d'Ordre public social.

Ces facteurs de risque ne sont prévenus que par une intervention sur les déterminants collectifs des risques, pour justement préserver les salariés malgré la diversité des situations individuelles. C'est le travail qu'il faut transformer et non pas les hommes qui doivent être « adaptés » à ses risques.

Conclusion

Le suivi clinique individuel en médecine du travail n'a pas pour objet de préserver un employeur de tel ou tel facteur de fragilité individuelle réel ou probabiliste d'un salarié.

Le prétendre c'est tôt ou tard anéantir les fondements d'une pratique clinique individuelle en médecine du travail, seule assise légitime pour une prévention médicale collective.

Le suivi médical systématique adossé à la clinique médicale du travail a aujourd'hui, plus qu'hier, une place irremplaçable, car il permet d'accompagner médicalement le processus de fragilisation ou de construction de la santé au travail d'un sujet en plaçant au centre, la construction ou la préservation de sa capacité à agir pour sa santé.

La suppression de l'aptitude au poste de travail le facilitera.

L'intervention thérapeutique individuelle par une restriction d'aptitude du médecin du travail, s'inscrit dans le cadre du consentement éclairé à partir d'altérations de la santé dument constatés médicalement, au regard desquelles des préconisations médicales peuvent être déployées.

L'impossibilité d'agir par des propositions de transformations ou de mutations de poste de travail adaptées au travailleur pour un salarié dument informé et consentant, anéantira l'exercice d'une médecine du travail pour chacun.