

# POUR SUBSTITUER À LA FICHE D'APTITUDE ACTUELLE UNE ORDONNANCE INDIVIDUELLE DE SANTÉ AU TRAVAIL

La problématique de la suppression de l'aptitude, mise en avant dans la dernière période par des courants de pensée significatifs dans le champ des intervenants en santé/travail, est fréquemment rejetée par certains médecins ou juristes qui, sans pour autant se situer dans une logique de médecine d'entreprise, craignent que cette suppression n'aboutisse à plus ou moins long terme à la suppression pure et simple de la médecine du travail elle-même. Cette crainte mérite largement d'être prise en compte. Elle traduit le fait que la notion d'aptitude est vécue comme le pilier porteur de la médecine du travail et renvoie à la relative imprécision avec laquelle on leur a répondu jusqu'à présent à la question qui les taraude :

## « Que met-on à la place ? »

Cette légitime peur du vide, qu'il serait erroné de confondre systématiquement avec un conservatisme frileux, doit donc bénéficier d'une grande attention de la part des partisans de la suppression de l'aptitude qui doivent maintenant s'efforcer de construire des propositions alternatives crédibles et pertinentes.

L'affaire du carnet de santé l'a bien montré. Au-delà de ceux qui en ont explicitement interdit l'accès au médecin du travail, (pour des raisons qui, notons le au passage, montrent qu'à une échelle significative, ce praticien est vécu comme facteur d'exclusion sociale par sa possibilité d'interférer – via l'aptitude – sur la pérennité du contrat de travail), le Conseil d'État lui-même l'a clairement signifié dans ses attendus sur l'arrêt relatif au recours déposé contre cette interdiction. Pour lui, le médecin du travail n'est pas un prescripteur de soins, et c'est parce qu'il n'est pas prescripteur qu'il n'a pas accès au carnet de santé prévu pour les seuls prescripteurs. Aux yeux des sages de la haute juridiction, c'est clair, la seule prescription véritable est la prescription de soins directement remboursables par l'Assurance Maladie.

Or, une telle position mérite pour le moins discussion, à l'heure où, par exemple, la loi de financement de la Sécurité Sociale commence à introduire des modalités inédites de rémunération pour les médecins libéraux sur des actions de prévention de nature collective (éducation, sensibilisation, information dans les quartiers, les écoles, les associations). Même en se plaçant du point de vue de la Sécurité Sociale, cette position du Conseil d'État mérite qu'on s'y arrête.

Lorsque au cours de son activité de tiers temps, le médecin du travail préconise telles ou telles améliorations des conditions de travail, nombre d'entre elles sont financées partiellement par la Sécurité Sociale, grâce aux dispositifs de soutien financier dont peuvent bénéficier les entreprises (conventions d'objectif, contrats de prévention, minoration du taux d'A.T., etc.). Si l'on prend l'exemple d'une affection aussi répandue que la lombalgie, il est médicalement plus cohérent sur le moyen et le long terme de prescrire une réduction des manutentions manuelles en améliorant les conditions de travail — traitement de fond —, que de renouveler des ordonnances d'antalgiques et d'anti-inflammatoires — traitement symptomatique. Quelle est la véritable prescription thérapeutique ? Cet exemple illustre d'ailleurs parfaitement l'obsolescence de la séparation traditionnelle entre médecine de soins et médecine préventive. Lorsqu'on réduit les manutentions, on est à la fois préventif pour ceux qui sont indemnes de toute lésion et curatif pour ceux qui souffrent.

Le fait que certaines des propositions du médecin du travail ne soient pas toujours à proprement parler des améliorations (simple changement de poste par exemple), que d'autres de ces propositions s'adressent davantage au groupe qu'à l'individu (réduction du bruit à la source par exemple), ou le fait que le médecin ne soit pas seul à les mettre en œuvre (quel médecin travaille seul de nos jours ?), n'obèrent en rien une évidence à réaffirmer : le médecin du travail est bien un prescripteur dans tous les sens du terme, sauf à se limiter à une conception comptable de la santé en terme de coût assurantiel et à une appréhension de la médecine bornée à la seule pratique libérale traditionnelle : colloque singulier, paiement à l'acte, délivrance d'une ordonnance.

Ainsi posé, le problème de la prescription par le médecin du travail induit immédiatement la question du devenir de cette prescription : quelle utilisation en fait le bénéficiaire direct (le salarié), comment se déterminent par rapport à elle les différents acteurs qui peuvent avoir à la connaître ?

Lorsqu'un patient consulte un médecin traitant et qu'il quitte son cabinet avec une prescription de médicaments, d'examen complémentaires ou de soins spécialisés, cette prescription ne s'impose à lui, au pharmacien, au biologiste ou au kinésithérapeute que dans la mesure où l'intéressé souhaite l'utili-

ser, dans le temps et dans l'espace. En d'autres termes, le patient conserve la maîtrise absolue du moment, du lieu, et même de l'opportunité de la mise en route du traitement. Il est de fait considéré comme un adulte responsable de sa santé et libre de gérer sa vie comme il l'entend, même si on peut penser qu'il ne le fait pas toujours à bon escient car insuffisamment informé. En fait, l'exécution plus ou moins partielle de la prescription du médecin traitant correspond à la recherche, explicite ou non, d'un compromis entre les contraintes induites par la maladie d'une part, et les contraintes de toute nature occasionnées par le traitement d'autre part.

À la condition que la non-exécution de la prescription n'induise pas *ipso facto* la fin du contrat de travail (question évidemment décisive sur laquelle nous reviendrons), on ne voit pour quelles raisons de fond la prescription du médecin du travail devrait connaître un sort différent de la prescription des autres médecins.

Le Code du travail le rappelle souvent : le médecin est un conseiller. Or, l'aptitude n'est pas un conseil, encore moins une prescription. C'est devenu au fil des jurisprudences un concept juridique, en fait un constat, de plus en plus éloigné de la logique médicale, par essence relative parce qu'humaine.

Ainsi, muni de conseils et recommandations de toute nature, qui peuvent aller du respect par l'employeur de dispositions réglementaires, au port d'équipements de protection individuelle, en passant par des recommandations évidemment confidentielles relatives à son état de santé intrinsèque, le salarié doit disposer de toute liberté quant à la mise en œuvre de son ordonnance de santé au travail. Veut-il la produire à l'employeur afin d'amorcer avec lui une discussion/négociation sur ses conditions de travail ? Veut-il la montrer au délégué du personnel ou au délégué de CHSCT qui en fera une éventuelle utilisation dans un cadre collectif ? Veut-il s'abstenir de l'utiliser dans l'immédiat, considérant que le moment n'est pas actuellement le plus opportun, compte tenu du rapport de force dans l'entreprise ou tout simplement de ses propres préoccupations ? Veut-il la produire à l'inspecteur du travail, au service prévention de la CRAM, à tel ou tel préventeur interne ou externe à l'entreprise ?

Finalement, lors du colloque singulier que le salarié a eu avec le médecin du travail, il s'est produit un échange d'informations réciproques permettant au médecin du travail de saisir l'adéquation entre l'état de santé du salarié et son poste de travail. Cette adéquation n'est rien d'autre qu'un diagnostic clinique, et ce diagnostic induit éventuellement un traitement. Ce traitement, comme tout traitement, nécessite pour être efficace l'information du « patient », sa coopération, sa compréhension. Comme tout traitement, il induit des effets secondaires sur lesquels le salarié doit être informé et que le médecin évalue avec lui en terme de risques. Qu'il s'agisse, dans ce cas précis, de risques pouvant induire de la part de l'employeur des réactions intempestives, ne change rien de fondamental dans la démarche générale du médecin du travail.

En fin d'examen, celui-ci se trouve donc dans la situation classique du médecin devant rédiger l'ordonnance visant à formaliser ses conclusions et à formuler ses prescriptions.

Comme cela devrait être le cas dans toutes les spécialités médicales, mais comme c'est particulièrement vrai en médecine du travail, il ne peut être question que cette ordonnance soit rédigée sans l'accord et l'information du « patient », sans son consentement éclairé. Outre les conseils qui relèvent d'une pathologie ou d'un facteur de risque apparemment indépendant du travail et naturellement confidentiels, il s'agit d'examiner avec le patient ce qu'il convient de signifier à l'employeur, pour une large part responsable de l'exécution de l'ordonnance puisque générateur du risque. Ici s'arrête l'analogie avec les prescriptions des médecins traitants. Le pharmacien, le radiologue, le kinésithérapeute sont responsables professionnellement de l'exécution de l'ordonnance. L'employeur, lui, est responsable juridiquement et financièrement de la prescription du médecin du travail. Les uns fournissent une prestation en fonction d'une logique de métier et en tirent une compensation matérielle et morale, l'autre la concède en fonction d'une logique de rapports de force et en tire une contrainte par rapport à son objectif productif et organisationnel. Enfin, dans la prescription « classique », c'est le traitement lui-même qui est intrinsèquement responsable d'éventuels effets secondaires ; alors que dans la prescription du médecin du travail, c'est le plus souvent du côté de celui sensé exécuter l'ordonnance que les réactions peuvent être imprévues.

Il conviendrait donc d'établir deux niveaux différents de « puissance » des prescriptions du médecin du travail, cette puissance de ses avis étant déterminée par le fait qu'il décide, avec le consentement du salarié, de les lier ou non au contrat de travail. Un article réglementaire du Code du travail — article en R — pourrait ainsi prévoir qu'à l'issue de chaque examen médical (le terme de « consultation » est largement préférable à celui de « visite » trop connoté), le médecin établit une fiche d'examen et de prescription de santé au travail. Cette fiche formalise au moins la consultation, indiquant ainsi que l'employeur comme le salarié ont satisfait à leurs obligations légales. Cette fiche peut également comporter divers conseils et recommandations s'adressant aussi bien au salarié qu'à l'employeur. Ce dernier doit tenir compte des recommandations qui le concernent, sans pour autant être tenu de rompre le contrat de travail s'il ne peut y donner une suite favorable immédiatement. On peut proposer qu'il soit néanmoins tenu de répondre par écrit, en indiquant les raisons qui s'opposent à ce qu'il y donne suite et en fixant un délai de réexamen de la proposition ou des échéances de travaux, d'aménagements, d'investissements en équipements individuels ou collectifs, etc. Le médecin jouerait ainsi pleinement son rôle de conseiller, le nouveau Code pénal venant utilement conférer à ses recommandations une portée juridique conséquente en terme de responsabilité. Personne ne pourra ainsi plus dire qu'il « ne savait pas », ou qu'on « ne lui a jamais rien dit ».

À un deuxième niveau, législatif celui-là, pourrait se situer, dans le cadre d'un article en L fusionnant les deux articles actuels L 241-10-1 et L 122-24-4 et reprenant tout ou partie des dispositions du R 241-51-1, une mesure plus contraignante visant à constater l'inaptitude au poste et à rompre éventuellement le contrat de travail en cas d'impossibilité avérée pour l'employeur de donner suite favorable dans l'entreprise aux

## Pour une refonte de l'organisation de la médecine du travail

propositions du médecin du travail (mutations, transformations de postes).

Le médecin devrait toujours préciser sur son ordonnance de santé au travail le cadre juridique dans lequel il agit et établit sa prescription. Dans la plupart des cas, celle-ci est le résultat de l'échange entre le médecin et le salarié et le produit du consentement éclairé de ce dernier. Mais ne serait-ce que pour les postes dits de sécurité qui, eux, devraient être inscrits sur une liste réglementaire limitative et faire l'objet d'emblée et *ipso facto* de la disposition législative susvisée, de véritables voies de recours doivent être prévues. L'inspecteur du travail est-il le mieux placé pour trancher sur cette question ? Cela

n'est pas certain, mais ce qui est sûr, en revanche, c'est qu'il est capital d'instaurer deux règles dans le cadre de ce recours : son caractère suspensif de la procédure de licenciement, assorti d'un délai de décision raisonnable pour statuer.

Ces propositions doivent être affinées et certainement complétées. L'important est de saisir la démarche qu'elles veulent induire : rompre avec la perte de sens et la routine de l'examen systématique pour aller vers une véritable consultation médicale sortant d'une logique binaire et simplificatrice pour mettre en perspective le poste et ses contraintes d'une part, le salarié et ses astreintes d'autre part.

*Pierre Abécassis*

### **LES CAHIERS S.M.T.**

publication annuelle de l'Association Santé et Médecine du Travail

ISSN en cours

**Responsable de rédaction : Jean-Noël Dubois**

**Responsable de publication : Denise Renou-Parent**

**Comité de rédaction : Pierre Abécassis, Fabienne Bardot, Alain Carré, Annie Deveaux, Ghislaine Doniol-Shaw, Dominique Huez, Nicole Lancien, François Leroux, Jocelyne Machefer, Alain Randon, Denise Renou-Parent, Odile Riquet, Claude Schucht, Gilles Seitz, Odette Tencer**

**Maquette : Jean-Noël Dubois**

**Imprimerie Rotographie — 93 100 Montreuil**