

QUELQUES ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION ET D'INTERROGATION CONCERNANT LA DIRECTIVE RH 0409, SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL, MÉDECINE DU TRAVAIL, À LA SNCF

N' étant pas spécialiste du dossier pour la SNCF, il me semble pourtant que c'est la première fois qu'une médecine du travail « spécifique » est réellement « définie » à la SNCF. Auparavant, elle était articulée avec une médecine de soins. Les cheminots semblaient y trouver leur compte. Vu de l'extérieur, l'aspect positif de la médecine du travail semblant principalement porté par la facilité et la gratuité des soins.

Je n'ignore pas la mise en place antérieure du PS 24B à la SNCF. Je ne crois pas qu'à cette époque il ait fait l'objet d'un vaste débat démocratique. Aujourd'hui, je retiens du nouveau RH 0409, comme antérieurement du PS 24B, une définition très large des postes de sécurité pour laquelle une liste de maladies très longue serait incompatible. Aujourd'hui cette même liste est reprise, pour laquelle le médecin du travail se prononcera au cas par cas.

Je me permets de dire très tranquillement à ce propos :

- **qu'une telle liste est discriminatoire du point de vue de la santé**, contraire à la loi empêchant les discriminations du point de vue de la santé, et seulement possible à mettre en œuvre grâce au truchement de médecins du travail qui n'agissent pas dans l'intérêt de la santé des agents, mais dans celle de la représentation idéologique d'une entreprise, tout en portant la responsabilité personnelle d'une telle discrimination.
- **que les maladies citées**, si elles sont des vraies pathologies, souvent lourdes, **n'ont généralement pas fait la preuve de l'augmentation de risques pour la sécurité** (cf. les travaux de l'INRETS et les travaux de Philippe DAVEZIES, les données de la cohorte GAZEL à EDF etc.).
- **que cette liste de maladies est plus sous-tendue par une logique « vétérinaire » où un travailleur, représenté ici comme un danger pour l'outil de production, les biens et personnes**, doit être sélectionné comme exempt de maladie pouvant entraîner un trouble du comportement ou de la vigilance.

➤ **que cette approche ignore complètement les savoir-faire de prudence** qui font que les travailleurs sont riches de leurs expériences de confrontation à la maladie quand elle n'est pas brutale, et de leur expérience professionnelle dans cet état. Ainsi pour un médecin, si la vigilance est liée à l'équilibre d'un traitement (épilepsie, diabète...), ce qui est important est de pouvoir établir une relation de confiance pour accompagner et prévenir les facteurs de déstabilisation du traitement, les facteurs de l'organisation du travail dits facteurs psychosociaux étant les plus nombreux touchant l'ensemble des travailleurs bien souvent indépendamment de leur état de santé antérieur. Éventuellement le médecin du travail prendra des décisions médicales, pourquoi pas de restrictions d'aptitudes, dans le cadre d'un consentement éclairé du travailleur.

➤ **que les soutiens d'un tel texte ne se rendent pas compte qu'à court et moyen terme ils s'exposent à l'opprobre sociale**. Car comment justifier qu'un malade atteint du SIDA ou d'un diabète ancien soit inapte à de telles fonctions du seul fait d'être victime d'une maladie !

Deux questions doivent donc être séparées :

➤ dans le cadre de l'ordre public social, **notre société doit-elle définir des critères médicaux** garantissant que jamais des citoyens présentant un danger évident pour autrui, **soient exposés à des postes de sécurité**. Si tel est le cas, une entorse à la non discrimination pour raison de santé serait acceptable. Attention, ce sont les fondements d'une société démocratique qui sont en jeu. Si la réponse est oui, les critères de définition de ces postes doivent être définis par la loi et non par des normes ou des accords d'entreprise, et les critères médicaux techniques doivent aussi être définis par des décrets qui fassent l'objet d'un débat public et contradictoire. Ainsi il y a des critères médicaux pour le permis de conduire (bien peu

construits sur des données scientifiques), ainsi il y a différents seuils d'alcoolisation à prendre en compte pour la conduite automobile. Peut-être y aura-t-il un jour des critères pour telle ou telle drogue licite ou illicite. Des seuils d'imprégnation pertinents devront être définis ; ce n'est actuellement pas le cas. Attention, les critères actuels les plus solides scientifiquement concernant le risque de perte de vigilance sont l'alcoolisation et la fatigue. Pour le reste, peu de choses sont prouvées. On ne peut de toute façon, envisager une réglementation applicable dans un secteur et pas dans un autre.

➤ Même si on répondait oui à la question précédente (évidemment avec des postes de sécurité beaucoup plus restreints), **cela nécessiterait qu'une médecine d'expertise à l'exercice des postes de sécurité soit mise en place** (comme dans l'aéronautique), dévolue à ce seul rôle. **Pourquoi ne pas faire exercer cette fonction de tri sanitaire pour des postes de sécurité par des médecins du travail ? Parce que la médecine du travail doit être construite sur un accompagnement médical exercé avec la confiance du salarié, comme tout exercice médical de première ligne.** Cette confiance est le fondement de cet exercice et est le support de la légitimité des actions médicales dans le cadre de consentement éclairé (tout le champ médico-légal des AT/MP, de l'aptitude/inaptitude, les conseils, la veille médicale, les alertes de risque psychosocial, etc.). La confiance est ainsi la condition même de l'exercice médical en médecine du travail, et toutes les décisions, sauf privation temporaire de liberté (décompensations psychopathologiques aiguës), doivent donc avoir le consentement de l'agent.

Je rajouterai que la crise du système de soins où prédomine le tout pharmacologique et technique renforce notre attention à la préservation de médecines de premières lignes ouvertes à l'accompagnement médical, au diagnostic et l'orientation, à la veille et au témoignage (médecine générale, médecine du travail, médecine scolaire). C'est la pratique clinique qui y est centrale, et en médecine du travail, la clinique médicale du travail. Rappelons que la France est le pays d'Europe où existent les plus fortes inégalités sociales de santé, et que les différences de santé sociales les plus importantes trouvent leur origine dans le travail.

Je n'ignore pas que le syndicalisme a de tous temps été fort tolérant face à des pratiques discriminantes de la médecine du travail. C'est l'ambiguïté ancienne de cette institution, initialement tout à la fois, médecine médico-légale (le débat sur l'aptitude !), et médecine réellement préventive (prévenir et dépister les altérations de la santé au travail).

L'affaire de l'amiante et les erreurs même du syndicalisme avec le CPA doivent nous inciter à une lecture critique du passé. Ne reproduisons pas avec les postes de sécurité des erreurs aussi graves de conséquence.

Constatons aujourd'hui :

- **qu'il n'y a pas de vraie réglementation pour les postes dits de sécurité ;**
- **que ce terrain est le champ libre des employeurs**

et de tout le système de normalisation (innombrables normes médicales discriminantes dans l'industrie de la lessive, des contrôles non-destructifs, de l'alimentation..., toujours prises dans l'intérêt de la production, souvent contre la santé même des personnes) ;

➤ **et surtout que l'État semble vouloir laisser faire les employeurs pour définir le droit.**

Pour ma part, je travaille depuis près de vingt ans dans l'industrie nucléaire, et j'ai participé à de nombreuses bagarres contre les discriminations de santé au nom de la sécurité et de la sûreté nucléaire :

- Contre le dépistage du VIH.
- Contre la mesure systématique à l'embauche des drogues illicites (comme à la SNCF par un labo interne). Une consommation n'a jamais prouvé une addiction, des traces de substance ne préjugent pas d'un trouble du comportement. Ces mesures ne prennent pas en compte les très nombreux médicaments ordinaires qui peuvent entraîner des troubles du comportement. Si des mesures de CDT (enzyme signant une consommation ordinaire d'alcool) étaient effectuées pour l'encadrement des entreprises, nombreux sont ceux qui seraient inaptes. En réalité, cela montrerait que ces cadres plus ou moins âgés peuvent gérer leur anxiété de façon plus ou moins conviviale avec un verre de whisky le soir. Et ils ont un savoir-faire pour ne pas travailler avec une alcoolisation notable. Les jeunes sélectionnés à l'embauche avec des traces de dérivés du cannabis ne font généralement pas autrement. Ils ont la consommation de leur âge ! et seuls les naïfs qui ne connaissent pas la rémanence des traces de consommation de quinze jours ont des tests positifs. Ce ne sont pas ceux là qui sont accrocs !
- Contre l'embrigadement des services médicaux du travail à faire des alcoolémies à la demande des CHSCT, tout en préservant le secret médical.
- Contre les groupes RH/médecins du travail, qui seraient destinés à gérer les agents ayant des comportements en écart à la norme sociale, en tout secret partagé !

Puis-je faire remarquer que les examens biologiques ne sont médicaux que par destination. Juridiquement un employeur peut faire un alcootest si c'est inscrit au règlement intérieur et justifié par rapport à des questions de sécurité. Je pense que rien n'empêcherait qu'il fasse des examens urinaires à la recherche de drogues comme aux États-Unis. Quand un examen biologique pose problème pour les libertés, le fait que le bras armé de l'examen soit médical n'a jamais été une garantie. C'est justement là qu'il faut s'inquiéter pour les libertés ! Des médecins de soins sont « requis » par la police pour les alcoolémies. Ils ne peuvent le faire s'il s'agit de leur patient. Si les médecins du travail sont requis par un éventuel RH 0409 ou son frère ailleurs !, ils ne peuvent plus être médecins du travail dans l'intérêt de la santé des agents !

C'est donc le cadre médical ou non de la prescription de l'examen qui est essentiel. **Un examen médical est un examen prescrit par un médecin pour une destination médicale définie par l'exercice de ce médecin.** Le cadre de la médecine du travail ne permet pas n'importe quoi. Et la

réglementation interdit à un médecin d'avoir deux exercices médicaux contradictoires. Simplement parce que la déontologie médicale oblige le médecin à présenter son champ d'exercice de façon claire par rapport à la personne à laquelle il s'adresse. Même les médecins d'assurances vie ou de contrôle patronal respectent ce cadre ! **Et un médecin du travail ne peut être médecin expert ou de contrôle.** Sauf à penser que ce serait le socle de leur métier (expertise et contrôle) ! Si c'est le cas, je pense que le mot d'ordre syndical devrait être la disparition de la médecine du travail car elle accompagnerait l'aliénation et l'ordre dominant et serait contradictoire avec le projet pour chacun de pouvoir « construire sa santé au travail » ce qui est le cadre de la médecine du travail.

Résumons-nous :

- **Un médecin du travail ne peut être médecin expert ou contrôleur.**
- **En toutes circonstances il est maître des ses prescriptions médicales** (qui sont médicales par destination). Il est personnellement responsable du choix d'un laboratoire qui doit avoir le statut du Code de la santé publique de laboratoire biologique d'analyse médicale. Si la chaîne de transmission des examens ne respecte pas le secret nominal, le médecin prescripteur en est responsable, et soit il doit porter plainte pour violation, soit ne pas prescrire à ce laboratoire.
- **Les critères médicaux discriminants en médecine du travail sont tous ceux qui ne résultent pas du seul intérêt de la préservation de la santé des personnes**, et qui de plus ne sont pas sous-tendus par des connaissances médicales établies, qui emploient des critères de santé différents selon l'âge des personnes, dont la prescription et la prise en compte s'imposent au médecin (c'est évident dans le RH 0409 entre les critères d'embauche et les critères ultérieurs), et qui sont contraires à l'éthique de leur profession.
- **Il n'y a aucune avancée sociale à obtenir la phrase du RH 0409, que « le médecin se prononcera au cas par cas » devant la liste des conditions d'aptitude physiques.** Si ce n'était pas le cas il y aurait entrave à l'indépendance médicale ! Mais d'avoir une telle liste de maladies dans l'annexe 2, est par contre un moyen de pression très subtil à l'encontre des médecins du travail, et encadre de fait leur exercice. En tout état de cause, depuis toujours et sans liste de pathologies opposables, les décisions médicales sont jugées en fonction de la professionnalité de l'acte médical effectué, et de la non entrave aux moyens nécessaires pour prendre une décision ? Responsabilité de moyens et non de résultats, et j'ajouterai que les médecins du travail devraient répondre de l'emploi de moyens inadéquats ou discriminants.

La base de ce qu'on appelle le contrôle social de la médecine du travail par les représentants des salariés, est de faire respecter en toutes circonstances un cadre d'exercice du médecin du travail dans l'intérêt de la santé indi-

viduelle et collective des salariés, et de lutter contre les discriminations par la santé et la sélection idéologique des hommes pour le travail. C'est d'adapter le travail à l'homme qu'il s'agit !

Plus au fond, et c'est ce qui me motive, le RH 0409 stipule que l'examen d'embauche a pour seul objet de déterminer si le candidat est médicalement apte à accomplir un service régulier dans les emplois de la spécialité pour laquelle il postule, notamment pour les emplois nécessitant une habilitation à l'exercice des fonctions de sécurité sur le réseau.

Je n'ignore pas que dans certaines entreprises à statut comme pour la fonction publique, il y a les examens d'embauche (SNCF, RATP, ce n'est pas le cas à EDF). Dans la fonction publique c'est un médecin expert qui se prononce sur des critères discriminants, eugéniques, qui ne résisteraient pas aujourd'hui à une confrontation avec la loi régissant les discriminations par la santé (les obèses, la sclérose en plaque).

Le problème c'est que le RH 0409 est pris au vu du décret du 28 juillet 2004 sur la médecine du travail, et que ce texte n'autorise pas les médecins du travail à faire des visites d'embauche, mais seulement d'embauche pour un poste nommément désigné. Dans ce dernier cadre, un médecin s'il fait des restrictions doit pouvoir les justifier et faire alors des propositions alternatives. Il y a donc une alternative à l'embauche par l'embauche à un poste qui préserve le droit des agents (c'est l'objet d'une négociation j'imagine !).

Mais quand je lis que cet examen a pour seul objet – je traduis maintenant – d'être prédictif pour tout événement de santé en échange d'un statut (ce qui est illusoire, impossible, infondé et eugénique, et vise à sélectionner selon l'état de santé pour les postes de sécurité), **je ne peux m'empêcher de penser à la transcription de ce texte pour toutes les entreprises françaises qui auraient des postes de sécurité, et en première intention en Centrale nucléaire où je travaille. Trente pour cent des travailleurs seront inaptes à l'embauche, trente pour cent devront cesser immédiatement de travailler (il ne s'agit que d'activités de Conduite de Process ou de Maintenance).** Et j'ai assez d'expérience pour penser que ces travailleurs, non seulement ne sont pas dangereux pour autrui, mais que leur expérience en fait un facteur de sûreté. Et cette position professionnelle n'est tellement pas idéologique, que j'atteste de cela régulièrement sur des certificats en engageant ma responsabilité personnelle !

Oui, ce qui se joue dans le texte de la SNCF concerne toutes les entreprises françaises.

Oui, même dans l'hypothèse où je me tromperais sur tout, cela mériterait un vrai débat démocratique interne et externe à cette entreprise.

Malheureusement je me dois de constater que le RH 0409 est un texte eugénique, comme l'était le PS 24B.

Dominique HUEZ