

UN ÉTAT DES LIEUX

UNE RÉFORME DESTINÉE À EN FINIR

AVEC LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Alain CARRÉ, médecin du travail

UN CONTEXTE HISTORIQUE L'ABOUTISSEMENT DE STRATÉGIES PATRONALES PLUS QUE CENTENAIRES

RIEN DE NOUVEAU SOUS LE SOLEIL

La réforme de la médecine du travail que met en place la Loi du 21 juillet 2011 et les deux décrets du 30 janvier 2012 est l'instrument complaisamment mis à disposition des employeurs par une mandature et son administration qu'ils ont circonvenues.

Cette nouvelle organisation, dès lors qu'on la regarde d'un œil critique, et qu'on la compare aux autres dispositions réglementaires de la même farine promulguées depuis au moins cinq ans révèle, en filigrane, la triple stratégie historique que la partie patronale s'efforce d'appliquer avec constance depuis le début du 19^{ème} siècle en matière des risques professionnels: rendre le risque invisible notamment par le déni, influencer les politiques publiques et les experts, minimiser les coûts de la prévention et de la réparation.

LA MÉDECINE DU TRAVAIL

UN RISQUE... POUR LES EMPLOYEURS

Positionnée exclusivement du côté de la protection de la santé au travail, droit constitutionnel individuel de chaque travailleur, la médecine du travail s'oppose frontalement au projet patronal d'exploitation de la force de travail.

Un médecin du travail a, en effet, pour devoir, dans le cadre d'une obligation de moyen, de rendre le risque visible et dès lors qu'il établit le lien entre l'altération de la santé et le travail, de proposer des mesures individuelles et collectives de prévention primaire susceptibles de prévenir les effets du risque et, éventuellement, d'assurer au travailleur les éléments médicaux et de traçabilité susceptibles d'assurer son droit à une réparation.

Si le médecin ne se donne pas les moyens d'aboutir et si notamment il ne trace pas le risque et le lien entre la santé et le travail, mais aussi s'il s'abstient de rendre visible ses constats collectifs il peut avoir à en répondre personnellement et pénalement.

Il est par conséquent vital pour les employeurs de museler le médecin du travail car celui-ci :

- Signale le risque et le rend visible.
- D'un point de vue d'expert qui dérange les alliances politiques et administratives et qui s'impose en droit(1).
- Ce qui oblige l'employeur à mettre en œuvre la prévention du risque et à en réparer les effets sur la santé des travailleurs.

Depuis 2002 les nouvelles définitions jurisprudentielles de l'obligation de sécurité de résultat et de la faute inexcusable ont rendus encore plus pénalisante pour les employeurs l'action du médecin du travail en générant des coûts supplémentaires.

UN OBJECTIF DES EMPLOYEURS

CONSERVER LA GOUVERNANCE

DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Devant ce qu'ils considèrent comme un risque de mise en responsabilité et de surcoût, les employeurs ne sont pas restés passifs. Dès l'origine en faisant accepter au législateur d'avoir la prééminence dans la gouvernance des services de médecine du travail notamment à travers la responsabilité de mise en place de ces services (L.4622-1), les employeurs avaient introduit le ver dans le fruit. Comment imaginer, en effet, que celui qui génère les risques et retire un bénéfice économique des atteintes à la santé puisse être responsable de l'institution chargée de les prévenir du point de vue exclusif de la santé des travailleurs !

Cette « main mise », dès l'origine, sur les structures a permis pendant longtemps de maintenir les médecins dans un état de dépendance professionnelle et de faire de ce métier pourtant essentiel à la santé publique un exercice dévalorisé.

L'APTITUDE

LA FONCTION ASSURANTIELLE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Le premier élément qui structure l'exercice de la médecine du travail et le pervertit est la notion d'aptitude au poste. Il

.....

1- Voir en particulier : Cour d'appel 18^{ème} chambre civile, arrêt N° : S 07 /07645 du 4 décembre 2008

faut rappeler que les profils d'aptitude, c'est-à-dire des profils de sélection des travailleurs sur des critères médicaux perdurait encore au milieu des années 1970. Le *Précis de Médecine du Travail*(2), publié en 1975, bible de l'étudiant en CES de médecine du travail, précise ainsi : « (pour) reconnaître les aptitudes nécessaires pour travailler à un poste donné (...) on doit utiliser : 1°, une fiche d'étude de poste comportant l'évaluation des qualités physiques minima que doit posséder tout ouvrier à ce poste, 2°, une fiche de travail donnant l'évaluation des qualités physiques des candidats au poste, c'est-à-dire son profil d'aptitude. De la comparaison de ces deux fiches naîtra la décision du médecin. » Le même ouvrage traite, en les valorisant, des tests psychotechniques et de personnalité comme outils de cette nature.

Un article d'un historien sur les inaptitudes médicale des mécanographes travaillant dans les banques(3), très instructif sur l'exercice des médecins du travail de ces établissements, évoque l'utilisation jusqu'en 1971 de la psychotechnique pour sélectionner les candidates à l'embauche et justifier les inaptitudes de celles qui ne peuvent plus suivre la productivité exigée. Ainsi, « En 1953, dans une banque, les délégués du personnel se plaignent que "le service médical menace de licenciement les mécanographes qui demandent pour raison de santé, un changement d'affectation" ».

Or, la sélection physique et mentale des travailleurs à l'embauche, ne repose sur aucune fiabilité réelle puisque la médecine ne permet, dans ce domaine que des prédictions pour des populations, et non des certitudes pour les personnes, du fait des variabilités inter et surtout intra individuelles. La logique qui préside à la sélection des travailleurs, a priori, est donc purement assurantielle c'est-à-dire qu'elle permet de diminuer les coûts en jouant uniquement sur les probabilités. Par contre, elle est essentielle pour la mise à l'écart de ceux qui sont devenus « inemployables ».

La défense de l'aptitude ira jusqu'à inclure dans les textes réglementaires condamnant la discrimination que l'inaptitude médicale en soit la seule exception.

C'est ainsi que, confrontés autrefois à de tels exercices de sélection médicale de la main d'œuvre, les travailleurs vont développer une défiance envers ces médecins dont l'activité se résumait à leur prescrire une radiographie régulière (voire à leur faire une radioscopie), à leur prendre la tension et leur palper l'abdomen puis à conclure par un certificat couperet d'aptitude ou d'inaptitude. À partir de 1970 vont se développer des travaux collectifs de médecins du travail afin d'élever leurs pratiques à la hauteur des missions.

L'EMPRISE SUR LES EXPERTS : UNE VIEILLE HISTOIRE

À de notables exceptions historiques, si peu nombreuses que leurs acteurs médecins sont identifiés par leur nom, ces pratiques sont en harmonie avec celles d'un corps médical très

2- *Précis de médecine du travail*, DESOILLE H., SCHERRER J., TRUHAUT R., Paris, MASSON, 1975

3- NEUMANN Cedric, *Rendement et santé au travail des mécanographes (1945-1975)*, in : *La santé au travail entre savoirs et pouvoirs (19^{ème}-20^{ème} siècles)*, BRUNO Anne-Sophie et al, 2011, Presses universitaires de Rennes

largement influencé par la dialectique des employeurs. Dans ce domaine « l'affaire de la céruse » au 19^{ème} siècle(4) et, plus proche de nous, le rapport de l'Académie de Médecine sur « *Amiante et protection de la population exposée à l'inhalation de fibres d'amiante dans les bâtiments publics et privés* »(5) publié en 1996 sont exemplaires de cette influence.

Il est essentiel pour les employeurs de maintenir leur emprise sur les médecins du travail. C'est ainsi que la médecine du travail va demeurer la seule spécialité médicale dont l'enseignement ne soit pas confié exclusivement à des praticiens exerçant la spécialité.

FACE À LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL DÉMÉDICALISER LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Au milieu des années 1960, des médecins et des médecins du travail se démarquent petit à petit de cette collusion. Même si leur nombre reste limité (et le restera), ils vont développer progressivement, notamment par le travail collectif sur leurs pratiques, un nouveau courant de praticiens qui se réfère à une clinique médicale du travail et qui assume pleinement leur métier et leur positionnement dans le champ de la santé au travail.

C'est sous leur influence que le médecin du travail sort du cabinet médical et mène des actions en milieu de travail notamment éclairée par la pratique de l'ergonomie. Ce sont eux qui critiquent l'aptitude, publient et mettent en débat leur métier. Ils subvertissent notamment la notion d'inaptitude en lui appliquant le principe réglementaire d'adaptation du travail à l'Homme.

Leur influence commence à se faire sentir, dans les faits, au début des années 1980. Les organisations représentatives des employeurs craignant que leur emprise ne soit progressivement affaiblie décident alors de mettre en place une stratégie de démedicalisation de la médecine du travail(6).

Comme par enchantement, les services de médecine du travail deviennent des services de santé au travail (SST) et l'accès à la profession est tari par un *numerus clausus*, est instauré un internat de spécialité qui devient parfois l'exutoire des autres internats ou une opportunité de secours en cas de difficulté familiale(7). Démédicaliser devient un objectif patronal atteignable.

En 2002, la loi introduit la pluridisciplinarité, Janus aux deux visages, l'un très positif de la coopération entre méde-

.....

4- LE ROUX Thomas, *Risques et maladies du travail : le Conseil de salubrité de Paris aux sources de l'ambiguïté hygiéniste au XIX^{ème} siècle*, in : *La santé au travail entre savoirs et pouvoirs (19^{ème}-20^{ème} siècles)*, BRUNO Sophie et al, 2011, Presses universitaires de Rennes

5- Rapport de l'académie de médecine, *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine Tome 180 n°4 - 16, 23, 30 avril 1996*, ISSN 0001-4079

6- MARICHALAR Pascal, 2010, *La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010)*, *Politix*, n°91, p. 27-52

7- MARICHALAR Pascal, *Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France, 1970-2010)*.Thèse de Doctorat de l'EHESS, Décembre 2011

cins du travail et spécialistes de champs de connaissance complémentaires, l'autre négatif du contrôle par des experts, sans statut d'indépendance réglementaire, de l'activité en milieu de travail du médecin du travail, laissant la possibilité d'une influence prépondérante des employeurs sur leurs missions.

C'est l'aspect négatif qui l'emportera dans les décrets d'application de 2004, après un changement de mandature, la nouvelle n'ayant rien à refuser aux employeurs. Parallèlement, une première réforme vient en 2003 donner le coup d'envoi de l'espacement des visites, c'est-à-dire du début de l'empêchement clinique.

UNE RÉFORME DESTINÉE À EN FINIR AVEC LA MÉDECINE DU TRAVAIL UNE CATASTROPHE POUR LA SANTÉ AU TRAVAIL

*UN RETOURNEMENT DES RÔLES RESPECTIFS DU SST
ET DU MÉDECIN DU TRAVAIL*

LE SST EN APPUI DE L'EMPLOYEUR

À LA GESTION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ

Jusqu'alors les SST avaient pour tâche d'assurer la logistique de l'action du médecin du travail. Seul celui-ci avait un rôle défini. La nouvelle Loi introduit dans l'article L.4622-2 des missions pour le SST et conserve au médecin son rôle (L.4622-3). Si le SST reprend comme mission le rôle du médecin du travail, les actions d'appui qu'il met en œuvre s'adressent non plus aux médecins du travail mais à l'employeur pour l'aider, en reprenant le titre du nouveau chapitre IV du titre IV du livre VI de la quatrième partie du Code du travail, « pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail ». (8)

Ainsi :

➤ Le 1° a pour projet de « préserver la santé physique et mentale des travailleurs... ». On notera au passage que la santé sociale spécifique à la définition de la santé de l'OMS, dont la préservation fait partie du rôle de tout médecin, a ici disparue. Il est aisé de comparer ce projet à l'obligation de sécurité de résultat telle que définie à l'article L4121-1 qui impose à l'employeur d'« assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs ».

➤ Alors que la mission du SST est « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs... », le 2° précise que les SST « conseillent (...) sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels » qu'il est aisé de comparer à l'article L.4121-2 au 6° des principes généraux de prévention imposés aux employeurs « remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou qui est moins dangereux ».

.....

8- Au passage la contradiction de cet article avec la Directive européenne de 1989 sur la prévention des risques pour la santé des travailleurs au travail est évident. Le terme « gestion » introduit en effet la question économique au cœur de la prévention ce que se garde de faire la Directive. Cette prise de position de l'état et de sa haute administration par ailleurs approuvée par la représentation nationale constitue une preuve de l'influence du patronat et devrait être combattue plus vigoureusement par une éventuelle nouvelle mandature.

*UNE INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE EN PÉRIE
POUR LES MÉDECINS DU TRAVAIL DES SSTIE*

SST médecins du travail des SST autonomes (L.4622-4) et l'équipe pluridisciplinaire des SST interentreprises (L.4622-8). Seuls les médecins du travail des services autonomes exercent ce rôle « en toute indépendance ». Les médecins du travail des services interentreprises sont inclus dans l'équipe pluridisciplinaire du SST qu'ils « animent et coordonnent ».

L'article L.4623-8 qui évoque « les conditions d'indépendance professionnelles définies et garanties par la loi » renvoie en fait aux médecins de services autonomes dont l'indépendance professionnelle du médecin est un des devoirs (art. 95 du Code de déontologie médicale) et non un droit. Les médecins des SST interentreprises n'ont par conséquent aucune garantie d'indépendance, ce qui introduit une inégalité de traitement entre des travailleurs bénéficiant d'une surveillance médicale dans un service autonome et ceux dont les entreprises sont affiliées à un SST interentreprises.

L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

*SES RAPPORTS AU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET SON
POSITIONNEMENT DANS LE CHAMP DE LA PRÉVENTION(9)*

Le médecin du travail anime et coordonne une équipe pluridisciplinaire (L.4622-8) qui comporte :

- des professionnels qui relèvent d'une part du code de la santé publique : infirmiers, assistantes médicales ;
- et des professionnels qui n'en relèvent pas : assistants des services de santé au travail (ASST) dont la mission est définie à l'article R.4623-40 qui ne prévoit pas les modalités d'acquisition de leurs compétences(10) et intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) qui peuvent également être chargés de « l'aide à l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail ».

Cette distinction, entre équipe médicale et équipe pluridisciplinaire, n'est jamais nommée alors que les règles auxquelles se réfère l'équipe médicale sont tracées par le Code de la santé publique.

.....

9- Pour éviter toute ambiguïté sur une interprétation corporatiste de ce texte, nous précisons que la pluridisciplinarité est un atout essentiel d'efficacité de la médecine du travail. Du fait de la complexité des questions de santé au travail le médecin doit construire des coopérations et non des collaborations (au sens managérial) avec d'autres spécialistes du champ de la santé au travail. Les conditions de ces coopérations reposent notamment sur le positionnement clairement explicite dans le champ de la santé au travail de ces spécialistes, un protocole, dès lors que leur positionnement dans ce champ n'est pas exclusif, un statut d'indépendance garantissant réellement celle-ci et le respect mutuel de leur indépendance ainsi que celui des dispositions réglementaires notamment celles concernant l'accès aux données personnelles concernant la vie privée et la santé.

10- Commentaires des décrets par le CNOM, 14 mars 2012 : c'est une bonne chose de consacrer ce métier dans le Code du travail mais il faut aller plus loin et préciser les pré-requis de formation et la fiche de poste. Il faut également prévoir qu'ils sont recrutés avec l'accord du médecin du travail. Assez curieusement, la secrétaire médicale du médecin du travail disparaît du Code du travail sans que l'on sache précisément si l'assistant du service de santé au travail la remplace.

Cette absence de référence au Code de la santé publique va engendrer des difficultés de positionnement des différents acteurs, notamment au regard des règles du secret médical et de l'accès à des données relevant de la vie privée et des données personnelles à caractère médical (art. L.1110-4 du Code de la santé publique).

Ainsi, il est exclu que des assistances médicales, astreintes, sous la responsabilité d'un médecin, aux règles de secret et d'accès aux données puissent devenir assistantes des services de santé au travail autrement que sous l'autorité exclusive du médecin du travail sur son secteur professionnel personnel.

Une deuxième ambiguïté concerne le double rôle de l'IPRP, tout à la fois lié à l'objectif de prévention primaire médicale du point de vue exclusif de l'intérêt de la santé du travailleur qu'incarne le médecin du travail et celui d'aide à la gestion de la santé et de la sécurité qui consiste en l'arbitrage entre les obligations de sécurité de résultat et les impératifs économiques de gestion de l'entreprise. Seul un protocole, au cas par cas, des coopérations pourra permettre de dépasser cette contradiction. Elle n'est nulle part établie par la loi et les décrets.

Sans cette disposition, le médecin mettrait en péril son positionnement exclusif dans le champ de la prévention médicale.

L'article R.4644-2 prévoit bien une convention dès lors que l'IPRP intervient en aide à la gestion de la sécurité pour l'employeur et l'article R.4644-4 précise que cette convention « ne peut comporter de clauses autorisant l'IPRP à réaliser des actes relevant de la compétence du médecin du travail ». Mais aucune disposition ne définit ces actes et le conventionnement n'est pas prévu dès lors que l'IPRP intervient en appui de la prévention médicale primaire(11).

*L'INFIRMIER DU TRAVAIL
AU PÉRIL DE L'INDÉPENDANCE
ET DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE*

Alors que rien n'est mis en place pour valoriser ses compétences, l'infirmier du travail doit avoir suivi néanmoins une formation spécifique (R.4623-29).

La loi du 31 mai 1978 confère au métier d'infirmier une fonction triple : une fonction indépendante par laquelle il apporte une contribution particulière au développement de la santé – c'est le « rôle propre » – ; une fonction dépendante lorsque l'infirmier applique les prescriptions médicales ; une fonction interdépendante, lorsque l'infirmier travaille avec d'autres professionnels. Cette distinction est reprise par le Code de la santé publique en ses articles R.4311-1 à R.4411-15. Notamment le rôle propre de l'infirmier, c'est-à-dire non subordonné, est défini aux articles R.4311-1 à R.4311-5 du Code de la santé publique.

.....

11- Commentaires des décrets par le CNOM, 14 mars 2012 : si le Conseil national de l'ordre des médecins a obtenu, dans le cadre de l'élaboration du décret, que l'intervenant soit tenu de communiquer les résultats de ses études au médecin du travail, cette formulation reste timide et l'intervenant ne peut intervenir qu'à la demande du médecin du travail.

Pourtant, l'article nouveau R.4623-30 du Code du travail énonce que « ...l'infirmier exerce ses missions propres ainsi que celles définies par le médecin du travail, sur la base du protocole mentionné à l'article R.4623-14 du présent code » et l'article R.4623-14 que « (...) le médecin du travail peut confier certaines activités, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits, aux infirmiers, aux assistants de service de santé au travail ou, lorsqu'elle est mise en place, aux membres de l'équipe pluridisciplinaire. Pour les professions dont les conditions d'exercice relèvent du code de la santé publique, ces activités sont exercées dans la limite des compétences respectives des professionnels de santé déterminées par les dispositions de ce code ».

La protocolisation exigée du médecin en matière de rôle propre de l'infirmier du travail s'oppose donc à l'indépendance de l'infirmier dans ce domaine, dans la mesure où il entraîne une subordination technique abusive.

En déférant à cette obligation, le médecin du travail enfreint l'article R.4127-68 du Code de la santé publique qui dispose que « Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient ».

Il faut également noter que l'ancien article R.4623-53 précisait : « L'employeur recrute, avec l'accord du médecin du travail, un infirmier possédant le diplôme d'État ou ayant l'autorisation d'exercer sans limitation dans les conditions prévues par le code de la santé publique ». Dans les nouvelles dispositions, le recrutement de l'infirmier n'est plus soumis à l'accord du médecin du travail mais l'infirmier est recruté après simple avis de celui-ci (R.4623-35).

Cette mesure a pour effet de diminuer l'autorité technique du médecin, alors que l'article R.4127-72 du Code de la santé publique lui enjoint de « (...) veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment... » et l'article R.4127-71 du même code stipule « ... (qu') Il doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent (son) concours »(12).

On remarquera également que le devoir d'indépendance des infirmiers (R.4312-9 du Code de la santé publique) n'est ici conforté par aucune disposition la garantissant réglementairement.

.....

12- Commentaires des décrets par le CNOM, 14 mars 2012 : on regrettera cependant qu'il ne soit plus prévu expressément comme c'était le cas auparavant que l'infirmier a notamment pour mission d'assister le médecin du travail dans l'ensemble de ses activités et est mis à sa disposition.

La mention de la réglementation antérieure suivant laquelle son recrutement est subordonné à l'accord du médecin du travail n'est pas reprise dans les décrets publiés qui évoquent simplement un avis du médecin du travail (article R.4623-35 du Code du travail). Ces dispositions ne vont pas dans le sens du binôme médecin du travail / infirmier en santé au travail que le Conseil national de l'ordre des médecins a estimé être la pierre angulaire des coopérations en santé au travail et le relâchement du lien entre médecin du travail et infirmier en santé au travail ne peut à cet égard qu'être contre-productif.

Enfin, la mise en œuvre prévue à l'article R.4623-31 nouveau d'un entretien infirmier pour réaliser les activités confiées par protocole se conclut par une attestation de suivi infirmier dont la nature et l'effet ne font l'objet d'aucune disposition réglementaire.

*DES COLLABORATEURS MÉDECINS
DONT LE STATUT EST PARTICULIÈREMENT AMBIGU(13)*

L'article R.4623-25 précise que peuvent être recrutés par le SST ou l'employeur des « collaborateurs médecins » qui s'engagent à suivre une formation qualifiante. Ces médecins non médecins du travail « sont encadrés par un médecin qualifié en médecine du travail qu'ils assistent dans ses missions ».

D'une part cette disposition ne précise pas le délai d'engagement de la formation et celui d'obtention de la qualification de ces médecins ce qui peut permettre de faire perdurer ce statut hors de tout cadre de compétence.

Il s'agit d'un exercice « encadré » ce qui est contraire au caractère de responsabilité personnelle de l'exercice médical (art. R.4127-69 du Code de la santé publique : « L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes »).

Enfin, le médecin du travail n'a pas eu à exprimer, selon ce nouvel article, son accord et n'a choisi ni d'encadrer son confrère (ce pourquoi il ne pourrait que se récuser sauf à trahir plusieurs dispositions du Code de la santé publique) ni surtout d'accepter qu'il « l'assiste ».

Le texte tente de créer une confusion avec le statut de médecin collaborateur libéral qui relève des dispositions de l'article 18 de la loi N°2005-882 du 2 août 2005 qui précise qu'il ne saurait dans le cadre qu'elle définit y avoir partage de responsabilité ou subordination d'indépendance, ce que rappelle par ailleurs le Conseil national de l'ordre des médecins. Cette disposition devrait être retoquée.

.....

13- Commentaires des décrets par le CNOM, 14 mars 2012 : Tout d'abord, on peut voir une contradiction dans la possibilité pour un médecin collaborateur de remplacer pour une courte durée un médecin du travail et la nécessité de s'engager à suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail auprès de l'Ordre des médecins.

En suite, la réglementation n'apporte aucune précision sur la formation en cause.

Par ailleurs, les médecins collaborateurs assistent les médecins dans leurs missions mais la réglementation n'apporte aucune précision, sur les limites de cette assistance. On peut simplement concevoir que ces médecins collaborateurs ne puissent pas prendre de décisions, par exemple en matière d'aptitude ou d'inaptitude à l'égard de salariés. Par définition ils n'ont pas au moment de leur recrutement les compétences de médecin du travail.

On peut enfin s'inquiéter de la fragilité de la situation de ces médecins collaborateurs dès lors qu'il n'est pas prévu une limite de durée de recrutement. Rien n'interdirait à un médecin collaborateur de rester dans cette situation pendant toute son activité professionnelle alors que les collaborateurs médecins ne bénéficient pas de la protection accordée par le Code du travail aux médecins du travail et qui est une garantie de leur indépendance professionnelle.

*LE MÉDECIN DU TRAVAIL DES SSTIE
UN MANAGER DONT LES CONDITIONS D'INDÉPENDANCE
SONT INFÉRIEURES À CELLES DU MÉDECIN DU TRAVAIL
DES SSTA*

Animer et coordonner une équipe définit la mission générale du manager libéral. Il est uniquement jugé à l'aune du résultat obtenu. Ici c'est le projet de service (L.4622-14) qui constitue l'objectif fixé au médecin et le médecin n'a pas de marges d'indépendance dans ce domaine. C'est le directeur (L.4622-16) qui « met en œuvre, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et, sous l'autorité du président, les actions approuvées par le Conseil d'administration dans le cadre du projet de service pluriannuel » mais en fait c'est le Conseil d'administration du SST qui décide en dernière analyse du projet de service. Or ce Conseil d'administration « paritaire » (L.4622-11) est en fait contrôlé par les employeurs du fait de la voie prépondérante du président employeur.

L'élaboration du projet de service (L.4622-14) s'effectue dans la commission médico-technique (CMT). Cette commission prévue à l'article L.4622-13 dont la composition et le fonctionnement sont l'objet des articles D.4622-28 à D.4622-30 ne donne pas de garanties suffisantes au médecin du travail en matière d'indépendance :

- Elle n'est qu'informée de la mise en œuvre laquelle relève de l'approbation du conseil d'administration.
- Sa composition (D.4622-29) qui comportait auparavant, outre le président, les médecins du travail et les IPRP comporte dorénavant des infirmiers, des assistants de services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail (collaborateurs médecins ?).

Ainsi le médecin du travail n'a plus de possibilité de moduler la mise en œuvre du projet de service en agissant au sein de la CMT. Les médecins du travail sont dorénavant en minorité par rapport aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

En matière d'action en milieu de travail les marges d'initiative du médecin du travail sont singulièrement réduites. Ainsi, l'article R.4624-2 précise que les actions en milieu de travail sont menées directement par le médecin du travail du SSTA et dans les SSTIE par l'équipe pluridisciplinaire « sous la conduite du médecin du travail et dans le cadre des objectifs fixés par le projet pluriannuel ».

En matière d'information sur les risques chimiques (R.4624-4) c'est l'équipe pluridisciplinaire qui est informée et non le médecin des SSTIE.

La question de l'indépendance du médecin se pose également en matière de rédaction de la fiche d'entreprise. Alors que le médecin du travail d'un SSTA est en responsabilité directe dans leur rédaction, dans un SSTIE c'est l'équipe pluridisciplinaire qui établit et met à jour la fiche d'entreprise (R.4624-37).

LES MÉDECINS DU TRAVAIL ENTRE UNE OBLIGATION
DE RÉSULTAT ET UNE PÉNURIE DE MOYEN
TRAÇABILITÉ IMPOSSIBLE ET EMPÊCHEMENT CLINIQUE

Le rapport LEJEUNE a noté en 2007 les résistances des employeurs à voter des verges pour se faire battre en traçant les expositions professionnelles à des risques. La traçabilité des risques par les employeurs les mettant directement en responsabilité personnelle de prévenir et de réparer, ils s'abstiennent soigneusement de tracer.

La situation s'est notablement aggravée depuis. Il suffit si l'on en doute d'examiner la qualité calamiteuse de la plupart des documents uniques d'évaluation des risques (quand ils existent) et l'absence quasi constante des éléments de traçabilité collective et individuelle du risque chimique.

Plutôt que de sévir contre les contrevenants, la puissance publique a préféré capituler en rase campagne. C'est ainsi que le 30 janvier 2012 le même jour que les décrets sur la médecine du travail, la réglementation concernant les obligations des employeurs en matière de traçabilité des agents chimiques a été considérablement allégée par deux décrets et un arrêté.

- Seule demeure l'obligation de délivrer une notice de poste (R.4412-39 du Code du travail).
- La liste des travailleurs exposés par poste tenue à disposition du CHSCT a disparu (abrogation de l'article R.4412-40 du Code du travail).
- La fiche des expositions délivrée régulièrement à chaque travailleur exposé pour chaque agent chimique dangereux a disparu (abrogation de l'article R.4412-41 du Code du travail) sauf pour l'amiante (R.4412-110) et on lui substitue une « *fiche de prévention des expositions* » issue de la loi sur la « pénibilité » qui noie le poisson du risque chimique parmi d'autres risques et le décrit en tout ou rien (oui ou non le travailleur a-t-il été soumis au risque ? !).
- Enfin l'attestation d'exposition, de droit pour tout salarié quittant l'entreprise, récapitulant toutes les expositions pour tous les agents chimiques dangereux et CMR y compris les CMR de catégorie 3 (suspects) a disparu (abrogation de l'article R.4412-58 du Code du travail). Subsiste toujours, dans le cadre du code de la sécurité sociale l'obligation de l'employeur et du médecin du travail de rédiger une attestation d'exposition uniquement aux cancérrogènes et uniquement de catégorie 1 et 2 (avérés ou fortement suspects).

Parallèlement, le médecin du travail doit dorénavant en plus de la fiche d'entreprise (D.4624-37 à D.4624-41) et du rapport annuel (D.4624-42 à D.4624-45) intervenir dans la traçabilité collective en signalant spécifiquement à l'employeur et au CHSCT, un risque qu'il constaterait (L.4624-3).

Le médecin du travail devient également le responsable principal de la traçabilité individuelle. Il doit dorénavant :

- Faire figurer dans le dossier médical les expositions de toute nature auxquelles « *le travailleur a été soumis* », c'est-à-dire non seulement celles auxquelles il est soumis

mais, en reconstituant le *curriculum laboris*, celles auxquelles le travailleur a auparavant été soumis (L.4624-2).
➤ Lors de la visite d'embauchage « *informer le salarié sur les risques des expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire* » (R.4624-11) et lors de la visite périodique « *informer (le salarié) sur les conséquences médicales des expositions au poste de travail et du suivi médical nécessaire* » (R.4624-16)(14).

Sa responsabilité est donc engagée dans cette traçabilité individuelle et collective. Cela est parfaitement en harmonie avec les obligations de signalement individuel de risque au patient qu'impose le Code de la santé publique (L.1111-2). De même, conseiller de la communauté de travail, il est approprié qu'il signale les risques collectifs.

Toutefois cela soulève trois questions de fond : de quel risque s'agit-il ? De quel point de vue le médecin du travail signale-t-il le risque ? A-t-il les moyens de ce signalement ?

- Les risques considérés par un médecin du travail ne sauraient se limiter aux risques d'atteinte à la santé puisque le médecin du travail est chargé d'éviter toute altération de la santé. De même ce sont les risques qu'encourent les salariés du fait de leur travail ce qui désigne le travail réel qu'ils effectuent et non le travail tel qu'il leur est prescrit que le médecin doit considérer.
- Le seul point de vue qui soit légitime pour le médecin du travail est l'intérêt de la santé et de la sécurité du travailleur. Ces trois considérations sont fondatrices d'une nouvelle clinique médicale : la clinique médicale du travail qui diffère notablement de la clinique médicale du soin.

Les moyens de cette mission et du déploiement de cette clinique sont-ils assurés par cette nouvelle réglementation ? Le paradoxe est que parallèlement à ces nouvelles exigences les moyens des missions sont en perte de vue.

Par exemple :

- La surveillance médicale renforcée des travailleurs exposés à certains risques est vidée de sa substance (R.4624-18). Ainsi il n'est plus possible d'ajouter des risques à surveiller, par accord d'entreprise, ainsi ne sont

.....
14- Commentaires des décrets par le CNOM, 14 mars 2012 : l'article R.4624-16 expose que le médecin du travail au cours de la visite périodique **informe le salarié sur les conséquences médicales des expositions au poste de travail et le suivi nécessaire**. Le Conseil national de l'ordre des médecins avait demandé que soit rappelée l'obligation pour l'employeur d'informer également et préalablement le salarié de ces expositions. Cette demande n'a pas été retenue.

Cette suppression ne résout en rien le problème du manque de médecin du travail et introduit des disparités dans la prise en charge des salariés entre services et entre régions, puisque les effectifs pris en charge par le médecin du travail pourront varier du simple au double voire au triple.

À la différence de tous les autres médecins salariés, le médecin du travail seront les seuls à qui leur employeur pourra imposer des effectifs à prendre en charge. La réglementation prévoit (article D.4622-48) que l'agrément du service fixe l'effectif maximal de salariés suivis par le médecin du travail ou dans les services de santé interentreprises par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail.

On a beaucoup de mal à voir, compte-tenu des précédents en matière d'agrément des services, une garantie dans cette dernière notion bien floue.

plus surveillés, parmi d'autres, les salariés soumis au risque chimique à moins que les agents chimiques concernés relèvent des catégories 1 et 2 des CMR. De plus (R.4624-19) la périodicité des visites liées à une surveillance médicale renforcée passe de 12 mois à 24 mois.

➤ Les visites périodiques... n'ont plus de périodicité, la limite de 24 mois étant repoussée *ad libitum* sur la déclaration du SST lors de l'agrément du service si sont mis en place des « *entretiens infirmiers et des actions pluridisciplinaires annuelles, et, lorsqu'elles existent, en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques existantes* » (R.4624-16)(15).

La visite de préreprise est dénaturée et sert à raccourcir les délais entre la constatation d'une inaptitude d'un salarié malade et son licenciement(16).

Ainsi le médecin est dépossédé à double titre de son activité clinique : par espacement de la périodicité des visites et par la substitution d'une part de son activité par d'autres professionnels dans un cadre artificiel de collaboration (entretien infirmier pour les visites, IPRP et ASST pour l'action en milieu de travail).

Cet espacement volontaire de l'activité clinique se confirme en matière de visites de reprise de travail. Avant la visite de reprise était obligatoire à partir de huit jours en cas d'accident du travail et de vingt et un jours en cas de maladie. À partir de juillet 2012, les visites de reprise quelle qu'en soit la cause auront lieu au-delà de 30 jours d'arrêt.

Cet espacement mettra le médecin du travail en difficulté pour construire une évaluation personnalisée et collective du risque dont la source est principalement liée aux rencontres cliniques qui permettent au médecin de construire une image opératoire en croisant individuel et collectif ainsi qu'à l'action en milieu de travail.

Le lien santé-travail ne pourra plus être identifié dans de bonnes conditions. Ne pas laisser la maîtrise de l'approche clinique et de l'action en milieu de travail au médecin aura un effet semblable à la sous-traitance, facteur d'appauvrissement de la maîtrise du processus de travail, pour les salariés d'une entreprise utilisatrice.

La difficulté deviendra impossibilité en matière de facteurs de risque psychosociaux pour lesquels l'activité clinique doit être suivie pour permettre le déploiement d'une clinique compréhensive.

Soit cette réglementation ignore de quoi est fait l'exercice de la médecine du travail et ce qui conditionne sa réussite en

.....

15- Commentaires des décrets par le CNOM, 114 mars 2012 : les médecins du travail pourront être soumis à toutes sortes de pression, en particulier de rentabilité, pour examiner des patients dans des conditions contraires à leur déontologie et notamment aux impératifs de qualité et de sécurité imposés par l'article 71 du code de déontologie médicale. Il conviendra d'être très vigilant sur les contrats proposés aux médecins et en particulier sur les clauses de rendement antidéontologique qui pourront comporter et exiger que la liste des entreprises avec les effectifs citée à l'article R 4623-10 soit annexée au contrat de travail.

16- On se rapprochera du communiqué très explicite de SLMT sur cette disposition pour en peser toute la perversité.

matière de prévention médicale primaire et cela est grave, soit elle apporte son soutien à la partie des employeurs qui veut démedicaliser la prévention et fuir ses responsabilités en matière d'obligation de sécurité de résultat et c'est encore plus grave. Il serait sain que les rédacteurs du texte soient comptables de son échec annoncé.

Le médecin du travail, du fait de sa position de « sachant » et de sa responsabilité personnelle en matière d'exercice, devient ainsi un parfait fusible pour l'employeur. Celui-ci aura toute latitude de se décharger de sa responsabilité sur le médecin du travail, « ce pelé ce galeux dont vient tout le mal ».

UNE ADMINISTRATION COMPLICE

« C'EST À SES ŒUVRES QU'ONT RECONNAIT L'ARTISAN »

L'intervention de l'État dans le Contrat pluriannuel d'objectif et de moyens organisé autour de la sécurité sociale et des agences régionales de santé donne le ton (L.4622-10).

La médecine du travail est sommée de se plier à des impératifs de santé qui nient la spécificité de la santé au travail et son importance en matière de santé publique(17).

La description du contenu du Contrat d'objectif (D.4622-45), dans le plus pur style managérial libéral, constitue un catalogue des injonctions faites au médecin du travail au mépris de son indépendance professionnelle. Quelle marge de manœuvre conservera en effet le praticien confronté à ces injonctions de résultat ?

C'est la logique économique qui s'appliquera dorénavant à une prévention qui assure un droit fondamental.

La subordination à la sécurité sociale est ainsi une fausse bonne idée : bonne si on considère le poids respectif des représentants des employeurs et des travailleurs, négative dans la mesure où ce lien introduirait une logique assurantielle qui détruirait irrémédiablement la nature préventive de la médecine du travail et risquerait de déboucher sur une sélection médicale de la main d'œuvre.

C'est sans doute cet écueil qu'avait voulu éviter les fondateurs de l'une et de l'autre en 1946 et qui a été ignoré.

Le contrat du SSTIE participe de l'agrément du contrôle administratif. Alors que, dans la réglementation en vigueur,

.....

17- En France, un ouvrier de 35 ans a 7 années d'espérance de vie de moins qu'un cadre supérieur. Il a 10 années de vie sans incapacité en moins, par rapport à un cadre supérieur. Chaque année 300 000 nouveaux cancers surviennent en France. 30 000 sont liés à une ou plusieurs expositions professionnelles. Seuls 1 000 sont déclarés comme maladies professionnelles. 31% des ouvriers qualifiés sont exposés à des substances cancérigènes contre 3,5% de cadres. Statistiquement un ouvrier a 3 fois plus de risques de mourir d'un cancer qu'un cadre supérieur, 3 fois plus de risque également de mourir de mort violente (y compris de suicide). Si la part du travail dans la survenue des maladies cardiovasculaires est respectivement de 4% chez les ouvriers et de 5% chez les cadres supérieurs, un ouvrier a statistiquement près de 3 fois plus de risque de mourir d'une maladie cardiovasculaire. Ces inégalités se perpétuent de génération en génération : 29 % des individus dont le père est dirigeant ou de profession intellectuelle déclarent avoir un mauvais état de santé, alors que cette proportion atteint 44 % chez les descendants d'ouvriers et employés non qualifiés.

l'agrément était réputé refusé dès lors que quatre mois s'étaient écoulés sans que la DIRECCTE ne réponde, à partir de juillet 2012 (R.4622-52), c'est l'inverse qui s'applique : abstention de réponse vaut avis favorable ! Autant dire que considérant les moyens dont dispose l'inspection médicale du travail qui instruit le dossier, il suffira à un service de déposer un agrément pour l'obtenir.

Dans ces conditions, un simple déclaratif suffira pour espacer les visites périodiques (voir plus haut).

La nouvelle réglementation consacre la rupture, voulue par certains employeurs, du positionnement exclusif du médecin du travail du côté de la prévention de toute altération (prévention primaire) de la santé du travailleur.

Les missions des SST d'aide à la gestion de la santé et de la sécurité des employeurs (voir plus haut) s'étendra, de fait, aux médecins du travail, directement ou par l'ambiguïté de positionnement des IPRP. Ainsi l'article R.4624-11 prescrit que lors de la visite d'embauche, « *l'examen médical a pour finalité (...) de sensibiliser le salarié sur les moyens de prévention mis en œuvre* ». Ainsi dans son rôle d'alerte sur les risques (L.4624-3), le médecin « propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à préserver (la santé) ».

On pourrait interpréter ces injonctions comme le désir par le législateur de faire bénéficier l'entreprise de conseils de prévention médicale primaire délivrés par un spécialiste indépendant, hélas, un élément réglementaire signe le mobile : **la disparition de l'ancien article R.4623-15.**

En effet, cet article disposait : « *le médecin du travail agit dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des salariés dont il assure la surveillance médicale. Son indépendance est garantie dans l'ensemble de (ses) missions* »

Le législateur a donc fait disparaître le seul article qui, à la fois, positionnait le médecin exclusivement du côté de la santé et de la sécurité des travailleurs et garantissait son indépendance.

RÉSUMONS

- La médecine du travail souffre d'une pénurie organisée de praticiens.
- Le contrôle administratif est devenu moins rigoureux et on y a adjoint des objectifs de nature économique et assurantielle et un contrôle des moyens prescrits sans vérification des moyens réels.
- Les SST ont des missions à la fois de prévention primaire et de gestion des risques que les médecins assurent, soit directement, soit comme manager d'une équipe pluridisciplinaire dans le cadre d'une obligation de résultat et d'une pénurie de moyens appropriés.
- La distinction entre équipe médicale et équipe pluridisciplinaire n'est pas tracée.
- Les règles du Code de la santé publique sont rendues incompatibles avec celles qu'impose la nouvelle législation du travail.
- La clinique médicale du travail et le lien santé travail sont devenus impossibles à élaborer du fait de l'espace des visites cliniques et de la substitution d'autres professionnels dans ce cadre et pour l'activité en milieu de travail.
- Le positionnement exclusif de la médecine du travail et ses garanties d'indépendance ont disparu.
- Le projet social de 1946 de protéger la santé des salariés au travail par une prévention médicale primaire a été annihilé. Cela complète la destruction en cours de la sécurité sociale et du régime des retraites par les ultras libéraux.

Si ces dispositions n'étaient pas amendées il ne faudrait pas beaucoup de temps pour que se mette en place une médecine d'entreprise de sélection médicale de la main d'œuvre à l'embauche et d'élimination des moins « employables ». Le maintien de la notion d'aptitude et l'utilisation de l'inaptitude dans une acception sécuritaire telle qu'elle se profile pour les « addictions » deviendrait légale.

Ainsi serait atteint l'objectif centenaire du patronat : rendre le risque invisible, en s'appuyant sur des médecins circonvenus afin d'échapper à ses responsabilités tout en minimisant les coûts de la prévention.

Ce Cahier n°26 m'a intéressé(e) :

- Je ne suis pas membre de l'ass. SMT, je verse 20 € pour ce Cahier et pour la réservation du Cahier n°27 (à paraître courant 2013)
- Je demande des exemplaires gratuits (port 5 €)
numéro(s) :
nombre :

Règlement à l'ordre de Ass. Santé et Médecine du Travail
25 rue Edmond Nocard 94410 SAINT MAURICE