

PEUT-ON ENVISAGER LA SUPPRESSION DE L'INAPTITUDE ?

PROPOSITIONS DE L'ASS. SMT À LA COMMISSION « APTITUDE ET MÉDECINE DU TRAVAIL »

TIERS TEMPS EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Compte rendu de la Journée de Printemps Association Santé et Médecine du Travail, 21 mars 2015

Alain GROSSETETE, Alain CARRE, rapporteurs

PEUT-ON ENVISAGER LA SUPPRESSION DE L'INAPTITUDE ?

Construite par décrets, elle ne figure pas dans la loi de 1946 ni dans aucun article en L. L'article L.4624-1 (qui subit les foudres actuelles en particulier du MEDEF) permet d'envisager toutes les dispositions pour que le travailleur puisse être maintenu sans discrimination à son poste, dans une optique conservée d'adaptation du poste à l'homme, et sans mettre en mouvement le dispositif d'aptitude. L'inaptitude est la marque de la sélection du côté de la santé. La seule dérogation légale à l'interdiction de la discrimination sur des critères de santé est médicale !

PREFERER DES PROPOSITIONS D'AMENAGEMENT

DU POSTE DANS LE L.4624-1 PLUTOT QUE DES RESTRICTIONS D'APTITUDE

Un premier élément se dégage des échanges : émettre des restrictions à l'aptitude est une amputation du pouvoir d'agir du salarié qui voit ses marges de manœuvres rabougries dans son « travailler ». Par exemple s'il se voit proposer des restrictions dans ses tâches, elles sont reportées sur son collectif, avec des conséquences via sa fragilisation ; ou pour prendre un autre exemple, devoir se faire aider dans des manutentions est une atteinte à son autonomie. Il est préférable chaque fois que possible, de s'en tenir à des propositions d'aménagement du poste. Elles permettent de s'éloigner d'une perspective stigmatisante, qui désigne un état de faiblesse d'un individu qu'il faudrait compenser par un aménagement. En réalité le poste est à aménager parce qu'il ne convient ni à celui qui ne peut plus compenser (prendre sur lui) pour continuer à le tenir, ni à personne. Nous sommes donc dans le champ de la prévention primaire de maladie évitable.

En dehors d'une situation dans laquelle l'inaptitude est prononcée en prévention tertiaire, il existe pourtant des cas dans lesquels l'état de la santé du salarié en lien avec son travail amène à penser que le retrait de l'entreprise lui est nécessaire pour éviter toute aggravation. Le poste de travail n'est pas délétère ; l'organisation du travail n'est pas maltraitante ; mais le salarié est dans un mal-être en lien avec son travail, qui l'amène à souhaiter quitter l'entreprise (cas fréquent dans les TPME). Dans ce cas, le retrait est possible avec l'inaptitude sans avoir à la justifier auprès de l'employeur, c'est à dire en respectant le secret médical. La décision s'impose à l'employeur comme d'origine médicale, tout en lui ouvrant les droits de la contestation.

Un intervenant ne comprends pas comment un poste de travail non délétère peut amener un salarié à « un mal être en lien avec son travail ». C'est une situation qu'il n'a jamais rencontrée. Pour lui c'est toujours un travail non adapté au salarié qui motive son désir de sortie de l'entreprise. Il se pose toujours des problèmes organisationnels (absence de reconnaissance, de marge de manœuvre, etc.). Il peut arriver qu'un travail ne corresponde pas aux aspirations d'un salarié, que ce travail ne l'intéresse pas, etc. Il y a toujours la possibilité :

- de démission, mais se pose le problème des revenus, en attente de trouver un travail mieux adapté aux aspirations ;
- de rupture conventionnelle, mais elle est parfois refusée par l'employeur. C'est rare.

Pourquoi dans cette situation sa sortie de ce travail devrait-elle passer par le « médical » ?

*LE MEDECIN DU TRAVAIL DEVRAIT DONC POUVOIR ACTER D'UN RISQUE
POUR LA SANTE A ETRE MAINTENU DANS L'ENTREPRISE.*

Elle ouvrirait à un nouveau droit de retrait pour le salarié. La « démedicalisation » du retrait du salarié est donc envisageable. Le livre I du Code du travail (contrat de travail) pourrait porter ces nouvelles dispositions, et l'inaptitude disparaîtrait ainsi du livre IV. Mais il est du devoir de l'employeur d'adapter le travail à l'Homme et dans ce cas cette obligation a été défaillante. Considérant que le droit de l'inaptitude a ouvert des droits sociaux pour les salariés (licenciement, formation, inscription à Pôle Emploi avec droits ouverts), si le droit à l'inaptitude disparaissait, ce serait avec des droits maintenus ou élargis.

PROPOSITIONS DE L'ASSOCIATION SMT À LA COMMISSION « APTITUDE ET MEDECINE DU TRAVAIL »

Alain CARRE, Dominique HUEZ, Association SMT

APTITUDE ET INAPTITUDE

Constat

- L'aptitude et l'inaptitude sont contraires au principe de non-discrimination au travail (convention C111 de l'OIT) et à l'obligation d'adaptation du travail à l'homme (directive européenne 89/391).
- L'aptitude et l'inaptitude sont contraires à la loi de 1946 qui ne prévoit que proposition par le médecin du travail de mutation ou transformation de poste (L.4624-1 du CDT)
- L'aptitude et l'inaptitude ne respectent pas la mission du médecin du travail (L.4622-3 du CDT) d'« éviter toute altération de la santé des travailleurs **du fait de leur travail** » et non du fait de leurs « susceptibilités individuelles personnelles » ce qui constitue une sélection des travailleurs sur des critères de santé.
- La sélection des travailleurs sur des critères de santé, si elle était considérée comme licite, relèverait des articles R.4127-105 à R.4127-108 du Code de la santé publique (médecine d'expertise agissant à la demande d'un tiers), ce qui n'est pas actuellement le cas de l'exercice en médecine du travail, et serait incompatible avec l'article R.4127-97 du CSP qui impose « *d'agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités* ».
- La « non contre-indication médicale à l'exposition à un cancérigène » est l'équivalent d'une sommation « d'aptitude » à des facteurs de risque sans seuil et à effets différés. Elle est contraire aux bases de la déontologie médicale. Elle cumule toutes les critiques ci-dessus et doit être remplacée par une « attestation obligatoire de suivi médical » pour des facteurs de risques définis par la réglementation.

Remarque

Comme tout avis médical, qui n'a pas de caractère prédictif mais envisage la situation au moment de l'examen, et ne vaut que pour l'instant où il a été prononcé, un éventuel avis d'aptitude ne confère donc aucune sécurité à l'employeur pour l'avenir. Cela est notamment illustré par les dispositions

d'examen médical, à la demande de l'employeur ou du travailleur, pour éclairer leur décision par un avis médical compétent et la nécessité d'un examen médical après arrêt de travail.

Proposition

Dans le strict respect de la Loi, le médecin du travail propose, si nécessaire, pour éviter toute altération de la santé du travailleur, des transformations du poste qu'occupe(-ra) le travailleur ou, en cas d'incompatibilité du poste, propose des postes pouvant être compatibles. Le travailleur et son employeur étant informés des propositions et si nécessaire après recours auprès de l'inspection du travail, c'est dans le cadre de l'obligation de l'employeur d'adapter le travail à l'homme que s'appliquent ces propositions.

CONSULTATION MEDICALE

Constat

- Toute décision ou avis médical concernant une personne ne peuvent être pris sans examen médical de la personne par le médecin qui les prend. On ne peut y substituer l'examen d'un autre médecin, car l'exercice de la médecine est personnel (R.4127-69 du CSP). Toutefois le médecin peut requérir des avis complémentaires pour éclairer sa décision.
- L'article L.1111-2 du CSP prescrit au médecin d'informer le patient sur son état de santé et son évolution, en référence à des risques éventuels. Il précise que cette information « *est délivrée au cours d'un entretien individuel* ». C'est pourquoi, alors que l'article L.4624-2 du CDT implique que dorénavant le dossier médical en médecine du travail mentionne les expositions auxquelles le travailleur a été exposé, l'article R.4624-11 du CDT précise que l'examen médical d'embauche a notamment pour finalité « *d'informer le salarié sur les risques des expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire* ». Cela confirme son absolue nécessité. L'examen médical périodique (R.4624-16 du CDT) a l'objectif conforme d'informer le travailleur sur les éventuels retentissements des risques de son poste sur sa santé en l'informant « *sur les conséquences médicales des expositions au poste de travail et du suivi médical nécessaire* ».
- La médecine du travail est une spécialité médicale qui concourt à l'exercice d'un droit individuel fondamental pour chaque travailleur à la protection de la santé au travail (11^{ème} alinéa du préambule de la Constitution). De ce fait, son exercice implique des consultations médicales dont la compétence repose en partie sur les connaissances du médecin du travail du poste de travail de chaque travailleur dans le contexte d'une entreprise et du travail réel effectué et de l'environnement collectif dans lequel il se déroule.
- Comme lors de tout acte médical, la consultation de médecine du travail est guidée par une clinique médicale: la clinique médicale du travail. Elle a pour objet principal de comprendre, en tenant compte notamment de la subjectivité du travailleur, ce qui se joue pour lui en matière de santé et lui permettre de comprendre les liens entre son travail et sa santé, afin qu'éclairé par l'avis du médecin du travail, il puisse consentir aux décisions médicales qui le concernent conformément à l'article L.1111-4 du CSP. Ce droit est notamment assuré dans le cadre de la médecine du travail par la possibilité de saisine de l'inspection du travail et la compétence du médecin inspecteur du travail à modifier l'avis du médecin du travail.
- La compétence qui préside à l'avis médical et la compréhension de ce qui se joue pour la santé du travailleur, procèdent non seulement de la connaissance et de l'action en milieu de travail mais également de l'enseignement cumulé des consultations pour ce travailleur, mais aussi de celles des autres travailleurs de la même entreprise.

Proposition

Éclairée par l'action en milieu de travail, la consultation spécifique et périodique de médecine du travail constitue le cœur de l'exercice de la spécialité. Elle ne peut servir de variable d'ajustement à une pénurie en médecins du travail, sans que soient irrémédiablement atteints, non seulement sa qualité, mais aussi, les bases d'un exercice médical de première ligne et pour tous en médecine du travail, et aussi les droits fondamentaux qu'elle assure aux travailleurs.

C'est à la possibilité d'accroître le nombre de praticiens qualifiés, si nécessaire en mettant en place des filières de montée en compétence équivalente et notamment de travail en réseau de praticiens, pour évaluer leurs pratiques et les faire progresser, que doit s'attacher la puissance publique et non dégrader l'accompagnement médical de la santé des travailleurs au travail en espaçant ou en supprimant les examens médicaux en médecine du travail, sauf à vouloir abandonner l'obligation régalienne constitutionnelle de protection de la santé.

Des infirmières du travail ne peuvent contribuer à la mission du médecin du travail en travaillant sous son autorité technique, que si elles appartiennent règlementairement au « Service de médecine du travail du SST », structure dont les membres relèvent du code de la santé publique, à créer dans les SST par parallélisme avec le « service social » déjà institué règlementairement.

TIERS TEMPS EN MÉDECINE DU TRAVAIL

OBSERVATIONS PRELIMINAIRES

Avant les décrets de 2012, le temps médical comprenait trois temps : examen clinique, activité de tiers temps, activités connexes. Le troisième temps n'est plus comptabilisé : s'est-il évaporé ?

Le tiers temps est désigné à présent par la loi du 20 juillet 2011 par sa fonction « action sur le milieu de travail » le médecin du travail l'effectue « avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire¹ ».

L'équipe médicale réunit médecin et infirmière, deux métiers régis par le Code de santé publique, au sein de l'équipe pluridisciplinaire qui est uniquement sous le Code du travail. Cette différence entre deux catégories de personnels destinés à travailler ensemble peut poser quelques difficultés. Examinons celles relatives à l'approche différente de métiers sur le terrain de la santé.

Au sein de l'équipe pluridisciplinaire ce qui devrait la réunir est l'objectif commun de santé au travail. Or il y a parfois, sur le terrain, divergence de vue entre IPRP et équipe médicale. Les IPRP sont des professionnels issus parfois dans leur parcours professionnel, de missions HSE de gestion des risques AT/MP pour le compte de l'employeur. Ils n'ont pas nécessairement une approche en termes de santé, mais plutôt une approche « HSE », par les risques. Lorsqu'ils arrivent ensuite dans un service de santé au travail, leurs missions deviennent plus larges et elles se situent tout comme celles de l'équipe médicale, en prévention primaire. Les IPRP en SST ne sont plus affectés à des missions de gestion des risques pour le compte d'un employeur² : dans un service de santé au travail, l'IPRP de l'équipe pluridisciplinaire doit se situer exclusivement sur le terrain de la prévention primaire³. L'employeur est face à son obligation de sécurité de résultat.

L'article 7 de la Convention européenne distinguait deux éléments : l'obligation faite à l'employeur de disposer pour la surveillance médicale des salariés d'un service médical de prévention. Et l'obligation d'embaucher du personnel pour la gestion des risques. Le législateur français a fait intégrer dans le service de médecine du travail un service qui deviendra « d'aide à l'employeur » et le service en perdra son nom pour devenir Service de santé au travail.

Tout le monde ne partage pas cette analyse. Elle fait débat. Pour certains, il n'y a aucun problème de cette sorte au sein de l'équipe pluridisciplinaire, cela dépendrait donc des services. Pour d'autres, l'ambiguïté de la posture entre gestion des risques et prévention primaire de l'équipe pluridisciplinaire est à l'origine de certaines difficultés rencontrées sur le terrain. Par exemple sur l'aide à apporter à l'employeur sur le document unique d'évaluation : où s'arrêter ?

On assiste ici ou là à une tendance à l'autonomisation entre équipe IPRP et équipe médicale. Les actions sur le terrain sont alors pensées en dehors de tout contenu santé comme des « prestations »

1 9° alinéa du R-4523-1

2 L'employeur désigne un ou plusieurs salariés compétents pour l'activité de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise. (L.4644-1 qui se trouve dans le livre IV, « aide à l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail).

3 Article R.4623-38 : « L'IPRP en interentreprises participe dans un objectif exclusif de prévention à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs. »

ou « actions coordonnées », avec un souci de comptabiliser le nombre de ces actions, dans une logique de débit qui est celle des SST depuis le début.

COMMENT EFFECTUER SON TIERS TEMPS EN MEDECINE DU TRAVAIL ?

Cette question ouvre à deux interprétations du fait de la polysémie de l'adverbe « comment ».

Elle peut se comprendre comme une étude de la technicité de cette activité mais aussi dans le contexte de plus en plus difficile de l'exercice comme une interrogation sur la possibilité de déployer réellement cette activité.

Elle ne peut quel que soit le sens choisi s'exempter de deux composantes des pratiques : la première est celle de son lien à l'activité clinique individuelle, la seconde de ses rapports avec l'équipe pluridisciplinaire.

Ce sont ces différents aspects de la question qui seront l'objet des contributions des présent(e)s.

Ainsi, invitant à considérer la différence entre « action sur le milieu de travail » et « mission du médecin en milieu de travail », un(e) des premier(e)s intervenant(e)s tracera une limite entre le tiers temps⁴ avant et après la mise en place de l'équipe pluridisciplinaire (EPD) et demandera qu'on en définisse précisément le contenu puisqu'il ne peut se résumer à l'action sur le milieu de travail⁵. En effet, alors que cette action fait référence à l'EPD comme effectuant les actions sur le milieu de travail, le temps d'animation et de coordination de l'EPD vient incrémenter le tiers temps du médecin du travail.

Plusieurs interventions confirment que l'hétérogénéité de l'EPD et le « manque d'expérience » de ses membres rend la tâche difficile et séquestre une partie du tiers temps du médecin. Contrairement à ce que le législateur prétend le tiers temps du médecin du travail ne se limite donc pas aux missions définies l'article R.4624-1.

Ainsi les membres de l'EPD ne déploient pas les mêmes règles selon qu'ils appartiennent ou non à l'équipe médicale (dont les membres observent les prescriptions du Code de la santé publique).

Pour certains autres membres de l'EPD l'approche du point de vue de la santé est secondaire : notamment pour les ASST dont les formations privilégient souvent l'hygiène industrielle plus proche de celle des experts HSE (hygiène sécurité environnement).

La logique en œuvre dans les SST privilégie plutôt cette dernière approche et la mission d'aide à l'élaboration du document unique tend parfois à prendre le pas sur l'abord du point de vue de la santé. Ainsi les ASST bien que membre de l'EPD sont souvent chargés d'appui à la gestion des risques ce qui suscite la question de la légitimité dans leurs tâches administratives d'accéder sous la responsabilité du médecin à des données relevant du dossier médical. Un avis majoritaire se dessine pour considérer que ces deux activités sont incompatibles.

⁴ Rappelons que le tiers du temps du MDT doit être consacré à « ses missions en milieu de travail » (article R4624-4 du CDT) « dans le cadre des actions mentionnées à l'article R. 4624-1 » (actions sur le milieu de travail)..

5 CHAPITRE IV Actions et moyens des membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail

Section 1 Actions sur le milieu de travail

Art. R.4624-1 : « Les actions sur le milieu de travail s'inscrivent dans la mission des services de santé au travail définie à l'article L.4622-2. Elles comprennent notamment :

1° La visite des lieux de travail ;

2° L'étude de postes en vue de l'amélioration des conditions de travail, de leur adaptation dans certaines situations ou du maintien dans l'emploi ;

3° L'identification et l'analyse des risques professionnels ;

4° L'élaboration et la mise à jour de la fiche d'entreprise ;

5° La délivrance de conseils en matière d'organisation des secours et des services d'urgence ;

6° La participation aux réunions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ;

7° La réalisation de mesures météorologiques ;

8° L'animation de campagnes d'information et de sensibilisation aux questions de santé publique en rapport avec l'activité professionnelle ;

9° Les enquêtes épidémiologiques ;

10° La formation aux risques spécifiques ;

11° L'étude de toute nouvelle technique de production ;

12° L'élaboration des actions de formation à la sécurité prévues à l'article L.4141-2 et à celle des secouristes. »

L'argumentaire fait appel à la règle explicite concernant les Intervenants en prévention des risques professionnels enregistrés qui ne peut « réaliser des actes relevant de la compétence du médecin du travail ».

LA CLINIQUE MEDICALE DU TRAVAIL,

QU'EST-CE QUE ÇA CHANGE DANS L'ACTION EN MILIEU DE TRAVAIL ?

L'action en milieu de travail est une activité clinique. Elle repose sur la confiance.

La question de la confiance des salariés envers le médecin du travail est évoquée comme une similitude d'exigence entre l'activité clinique et l'activité en milieu de travail : pas de confiance sans confiance, pas d'accès à l'observation du travail réel sans confiance.

Le glissement réglementaire de l'élaboration de la fiche d'entreprise du médecin du travail à l'EPD provoque des réactions ambivalentes. Certain(e)s réaffirment que ce document engageant la responsabilité du médecin du travail c'est lui qui en dernière analyse doit avoir la main sur la rédaction. Le caractère administratif contraignant paraît contradictoire avec une approche privilégiant une description fine et plus nuancée porteuse également des doutes du médecin. Toutefois l'intérêt d'une élaboration collective est souligné d'une part pour une économie de temps et de moyens et une plus grande pertinence en croisant les points de vue.

UNE ACTIVITE CLINIQUE A PENSER EN RESEAU

POUR CONSTRUIRE UNE VISIBILITE SOCIALE DES EFFETS DU TRAVAIL SUR LA SANTE

Cette évocation du travail collectif permet de pointer l'absence d'évocation dans l'action sur le milieu de travail des travaux « en réseau ».

Ignorance ou frilosité du législateur, le travail en réseau, acquis essentiel des pratiques en médecine du travail, n'est pas évoqué par la réglementation. Cela est d'autant plus paradoxal que le travail en réseau pourrait augmenter, dans d'importantes proportions, l'efficacité des actions en milieu de travail.

La sous-traitance par le médecin du travail à l'EPD de l'action sur le milieu de travail soulève également des inquiétudes en matière d'expression des salariés sur la réalité de leur travail. La présence du médecin du travail sur le lieu de travail serait perçue par les salariés comme l'ouverture d'un droit à la parole.

Ne serait-il pas intéressant que l'action en milieu de travail fasse l'objet de monographies comme nous en rédigeons pour des situations cliniques individuelles ?

Un praticien en service autonome hospitalier explique qu'« il fait la visite » avec les infirmières et tente de rendre collectif ce qui peut l'être, à partir de l'individuel. Un autre praticien travaillant dans le BTP avec une secrétaire et un technicien ne va sur le terrain que lorsqu'il a vu d'abord au cabinet médical les salariés ; il tente ensuite de confronter les divers regards de métiers dans la rédaction de la pré-fiche d'entreprise.

Une consœur explique qu'ayant fait le DUE de son conjoint médecin généraliste, elle avait beaucoup appris du document et avait retranscrit des éléments dans la fiche d'entreprise ; elle considère que ce travail peut être un préalable à un plan de prévention AT/MP.

Cette activité en réseau est à construire. Il est fait état d'une réunion de CHSCT au pied de la machine, à la demande des syndicalistes : les problèmes de travail y étaient nommés, et des solutions trouvées bien plus efficacement que lors d'une « réunion » en salle.

L'APPORT DE LA CLINIQUE MEDICALE DU TRAVAIL

ET LA CONSTRUCTION D'UN ESPACE COMMUN POUR PENSER LE TRAVAIL

L'action en milieu de travail avec l'approche de la clinique médicale du travail est une approche plus complète et en même temps plus complexe. Les problématiques sont recueillies, avec d'éventuelles mises en récit. Mais selon l'expérience d'une consœur travaillant dans un hôpital, le savoir mobilisé ne provient pas de l'observation, mais de la clinique au cabinet médical. Elle évoque des circonstances dans lesquelles le cabinet médical est transformé en séance itérative avec 25 sages-femmes qui veulent échanger avec elle sur leur travail. Comment de façon plus générale, faire sortir

du cabinet ce savoir, dans un lieu où l'on parlerait du travail ? Comment en rendre compte ? L'absence d'un lieu pour parler du travail collectivement reste un obstacle à l'hôpital.

Le contexte des organisations du travail délétères permettent un parallèle entre action individuelle et action collective. Lors de la visite clinique le médecin du travail a accès à l'organisation du travail sans l'avoir observée directement sur les lieux de travail. C'est un lieu qui permet d'entendre et de comprendre et de valider la parole des salariés sans qu'il soit nécessaire d'observer sur place les conditions de travail. Ce n'est toutefois pas un lieu dans lequel on puisse débattre de l'organisation du travail mais un lieu qui ouvre à l'expression du salarié et dans lequel on finit par « voir le salarié travailler ».

Concernant l'entretien infirmier on remarque que la parole des salariés n'est pas identique selon qu'ils s'expriment dans un entretien infirmier ou un entretien médical.

UNE CONCLUSION PARADOXALE

Une conclusion paradoxale du débat pourrait être la discussion sur les thèmes du prochain congrès : une médecine du travail sans visite clinique et au tiers temps sous traité, coupée à la fois de la clinique individuelle et de son observation collective, ne deviendrait elle pas « hors sol » à l'imitation de ces cultures coupées de toute réalité naturelle et artificiellement maintenues en vie.

Mais peut on concevoir une pratique médicale « hors sol » ?