

# ***PRATIQUE ET ÉTHIQUE EN MÉDECINE DU TRAVAIL***

## ***CADRE EFFONDRE***

### ***ET OBLIGATIONS DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL***

***Compte rendu du Congrès a-SMT du 11 décembre 2021***

***Rapporteurs Karyne CHABERT, Alain RANDON***

#### ***ACTUALITÉ JURIDIQUE DE L'ASSOCIATION***

Plusieurs affaires juridiques concernant des membres de l'association ont été analysées. En particulier celle concernant le vice-président de l'association.

Celui-ci a mené plusieurs batailles dont certaines liées aux conflits autour de la rédaction d'attestations médicales qui font le lien santé/travail. Certaines affaires sont allées en Conseil d'État et Commission Européenne des Droits de l'Homme sans issue favorable.

Le médecin avait demandé à son employeur de prendre en charge les frais d'avocat (comme prévu par son statut). L'employeur a refusé au titre qu'il serait intervenu « à titre personnel ». Le médecin a fait appel.

Retour du jugement : un employeur doit la protection juridique pour tous les actes du médecin dans l'exercice de ses fonctions. C'est donc une avancée significative et une jurisprudence.

**Un médecin de site industriel se doit d'agir comme médecin quel que soit l'employeur du salarié pris en charge dans le cadre de l'urgence médicale, dès lors qu'il y a un contrat de sous-traitance ou un lien juridique justifiant l'intervention du travailleur sur le site.** Ce serait probablement applicable à tout type de site bénéficiant de locaux médicaux permettant la prise en charge des urgences. La détresse psychique est finalement bien retenue comme une situation d'urgence mé-

dicale. C'est bien au médecin de déterminer s'il y a situation d'urgence ou non.

Bien évidemment, le médecin qui agit obéit aux règles de confraternité et se doit d'informer le médecin du travail qui suit habituellement le salarié.

À l'inverse, on pourrait supposer qu'un médecin qui refuse de recevoir un travailleur en détresse, au motif qu'il n'est pas lui-même son médecin du travail, pourrait être mis en cause.

Il est important de formaliser son intervention et le contexte de son intervention par des traces écrites.

Il paraît également important de formaliser l'organisation et la prise en charge des urgences au sein des services médicaux du travail.

Sur une problématique collective incluant des salariés intérimaires, il faut pouvoir agir en tant que médecin sur l'ensemble des travailleurs. (Exemple d'un cluster de Covid-19).

#### ***MISE EN ŒUVRE DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES***

*LOI DU 2 AOÛT 2021*

Cette loi supprime encore l'avantage de l'action guidée par les besoins au bénéfice d'une action guidée par les moyens

Les derniers textes constituent un basculement conséquent des missions des acteurs de santé au travail dans

un contexte où il y a transfert de responsabilité vers les services de santé au travail sous forme de prestations commerciales. Si les employeurs peuvent justifier qu'ils ont adhéré au service et sollicité des prestations (formation sur les risques par exemple...), ils ne pourraient pas être mis en cause pour défaut de prévention.

Cette « évolution » intervient après des décennies de sabordage de l'institution médecine du travail : étouffement par surcharge d'effectifs à suivre, introduction de préventeurs managés par les directions de service, objectifs chiffrés sur l'activité des équipes...

Dans les nouvelles dispositions, la **prévention de la désinsertion professionnelle** est basée uniquement sur une approche sélective (réorienter ou sortir du monde du travail les plus faibles, les cassés et les « usés » par le travail). Il faut craindre que les commissions de prévention de la désinsertion professionnelle se substituent aux procédures de reclassement ou d'inaptitude jusque-là construites avec le travailleur par le médecin du travail dans le respect de la déontologie médicale. Le préalable est la possibilité de construire un niveau de confiance suffisant avec le travailleur pour permettre cette réflexion et cet accompagnement souvent de longue haleine. Aucune mesure préventive n'est proposée dans les derniers décrets ce qui laisse penser que c'est bien le traitement individuel des travailleurs précaires qui va faire office de variable d'ajustement.

Une pratique est donc à reconstruire à partir de ces nouvelles dispositions. Il est à craindre que la marge de manœuvre soit extrêmement étroite pour une pratique incluant les règles éthiques et déontologiques de notre métier et basée sur la clinique médicale du travail. Ces dispositions favorisent de nombreuses situations d'injonction paradoxale pour les équipes médicales.

Pour exemple et pour ceux qui l'ont déjà pratiqué, la **visite de fin de carrière**, qui permet aussi de faire le point sur les expositions professionnelles passées, est une visite longue (plus d'une heure pour une approche constructive et exhaustive avec le salarié). C'est parfois fastidieux et il faut faire avec le déni du salarié par rapport aux risques auxquels il a été exposé. Les médecins disposeront-ils de ce temps ?

On a ainsi chargé le médecin d'une responsabilité d'employeur, à savoir le récapitulatif des risques, des attestations sans lui en donner les moyens ou même en lui les retirant.

Un autre exemple : enjoindre le médecin à **participer à la commission d'évaluation des risques pour l'élaboration du document unique des risques**, est aussi une manière de lui en faire porter la responsabilité.

Cela va rentrer en conflit avec d'autres types d'actions comme la rédaction des fiches d'entreprises. Aujourd'hui souvent réduites à une approche par les risques avec une gestion comptable en pourcentage de fiches réalisées, les médecins ont encore la possibilité d'utiliser cet outil pour transmettre leur diagnostic collectif au regard des risques et conditions de travail d'une entreprise. Cet outil va-t-il perdurer ?

Sera-t-il toujours possible de travailler éthiquement avec ce rétrécissement des marges de manœuvre ? Il nous reste le rempart du Code de la santé publique (CSP) qui nous impose une responsabilité individuelle de médecin opposable à la responsabilité du service de santé au travail. Ex : le CSP nous impose d'informer le salarié sur les risques qu'il encourt.

### **MALADIES PROFESSIONNELLES ET POLYEXPOSITION**

Sur la question des maladies plurifactorielles (cancers et TMS), le P<sup>r</sup> Frimat a proposé à la Commission spécialisée du COCT fin octobre de créer un groupe de travail « pour l'accès aux droits sociaux des maladies professionnelles multifactorielles ». Ce qui serait en jeu serait l'introduction de la notion de **fraction attribuable à l'origine professionnelle** (exemple pour l'amiante, il s'agirait d'évaluer la part liée à l'activité professionnelle et la part liée à d'autres facteurs comme le tabac). Ce serait une remise en cause de présomption d'origine. Si cette idée est retenue, les dossiers passeraient tous en CRRMP. Un des arguments serait de faire évoluer le traitement des dossiers en fonction des connaissances scientifiques. Mais ce serait une remise en question des principes fondamentaux de reconnaissance des AT/MP sur la notion de **présomption d'imputabilité** qui est souvent en défaveur des employeurs. Il n'est donc pas certain que le patronat accepte cette remise en cause car la présomption d'imputabilité est le fondement du compromis sur la loi de réparation des MP. Sa suppression engendrerait la saisine des tribunaux civils par les victimes comme dans les systèmes anglo-américains. Le projet pourrait différencier les démarches AT des démarches MP.

Des projets visant à revoir l'ensemble des **barèmes d'indemnisation AT/MP** sont en cours, en particulier concernant les maladies respiratoires et les troubles musculo-squelettiques. Au nom de l'équité entre bénéficiaires, il s'agirait d'affiner l'analyse des dossiers de demandes en fonction de l'évolution des connaissances et de la technicité des examens complémentaires, et d'harmoniser les indemnisations selon les régions. Cette réforme se ferait à « budget constant ».

## ÉTHIQUE ET PRATIQUES EN SANTÉ AU TRAVAIL UN CADRE EFFONDRE ET DE NOUVELLES OBLIGATIONS

LOI N° 2021-1018 DU 2 AOÛT 2021

POUR RENFORCER LA PRÉVENTION EN SANTÉ AU TRAVAIL

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043884445>

Cette loi est en cours de déploiement dans les services de santé au travail, plus ou moins rapidement et de manière inégale selon les services. Certains points ont été accélérés du fait de la crise sanitaire (téléconsultations, actions de santé publique comme la vaccination...).

Cette loi est caractéristique de la stratégie mise en place depuis 2012 qui impose de nouvelles obligations aux médecins du travail que nous approuvons et même dont notre association a été porteuse (par exemple le signalement collectif de risque ou la mention dans le dossier médical des expositions auxquelles a été soumis le ou la salariée) mais en même temps qui les prive des moyens d'assumer ces obligations (inflation des effectifs, diminution de la périodicité des visites, confiscation des IPRP pour aider spécifiquement les entreprises dans la gestion du risque...) les mettant ainsi face à des missions impossibles. D'autres obligations impossibles transfèrent la responsabilité de l'employeur sur le médecin du travail. L'exemple le plus récent est la mise en place de la « visite de fin de carrière » à l'issue de laquelle la traçabilité des expositions, obligation de l'employeur, est transférée sur le médecin du travail. Il est même prévu de supprimer l'article D.461-25 du CSS, dernière obligation de l'employeur d'attester des expositions aux cancérogènes. Dans ces conditions on comprend que sous diverses formes cliniques les médecins du travail soient en souffrance.

Des dérives sont déjà constatées comme l'arbitrage des demandes de **télétravail** par les médecins du travail. Sauf situations particulières ou le travail à domicile (partiel ou total) serait une mesure d'aménagement du poste de travail temporaire ou à long terme pour raison de santé (salariés en situation de handicap ou non), le médecin n'a pas à intervenir sur les accords de télétravail qui sont des mesures organisationnelles dont les conditions sont définies par la réglementation, le règlement intérieur et l'employeur.

Concernant la **classification des travailleurs en surveillance médicale particulière**, les professionnels de santé au travail constatent toujours une nette sous déclaration par les employeurs. Pour exemple, la silice qui est

intégrée à la liste des substances, mélanges et procédés cancérogènes, (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042483502>) et nécessite à ce titre un suivi médical particulier avec prescription d'examens complémentaires (cf recommandations HAS), certains employeurs refusent de déclarer leurs salariés comme exposés. Une pratique proposée serait de faire un courrier à l'employeur pour rappeler les obligations réglementaires en matière de suivi médical et donner un avis sur le type de surveillance médicale à prévoir en tant que médecin du travail « conseiller de l'employeur, des travailleurs et de leurs représentants ». Cette recommandation pourrait être inscrite dans la fiche d'entreprise.

### TÉLÉCONSULTATION

Issue de la période de crise sanitaire, une réflexion s'engage sur l'évolution des outils en santé au travail. La pratique de la téléconsultation fait émerger de nombreux témoignages et réflexions : apport de cet outil pour compenser l'absence de visite médicale ou d'entretien dit « classiques », et ses limites (nécessité d'un outil informatique fiable sur le plan de la sécurité, lieu dans lequel se trouve le travailleur (au bureau, seul ou en espace partagé, à domicile, seul ou en présence du conjoint ou de la famille...), type de relation construite avec le professionnel de santé (première visite ou visite de suivi...)

Certains signaux pourraient ne pas être perçus en téléconsultation (en particulier les signaux relatifs à la manifestation des émotions ou à l'incorporation). N'ampute-t-elle pas l'empathie ? L'accès au corps, pour/par les médecins est parfois un élément facilitateur de la libération la parole sur le travail et de l'expression de la souffrance.

Faut-il considérer cette pratique comme une pratique « extrême » ou de « l'exceptionnel » pour faire face à un contexte exceptionnel ? Ou faut-il intégrer cette pratique à la pratique existante comme un « complément » acceptable dans certaines situations ? On s'accorde à dire qu'il s'agit d'un mode dégradé de consultation médicale s'il est exclusif et qu'il est utilisé pour faire face à un défaut de moyens à long terme.

### L'ACCÈS AU COLLECTIF

#### DU FAIT DE L'ESPACEMENT DES VISITES MÉDICALES

Une autre faille repérée et déjà discutée entre nous est la question de l'accès au collectif du fait de l'espacement des visites médicales. Même si nous construisons une compréhension à partir des éléments accessibles (travailleurs qui nous sollicitent, éléments de synthèse transmis à partir des entretiens infirmiers...) nous voyons bien que la pratique en est modifiée.

C'est le manque de moyens, notamment l'espace des visites médicales, qui ne permet plus la connaissance du travail réel des collectifs. N'est-il pas possible d'adosser nos pratiques à des éléments tangibles tels que les obligations légales.

## **EN CONCLUSION**

**N**ous faisons le constat que nous avons des difficultés à identifier précisément les conséquences pratiques de cette dernière réforme même si nous en voyons les dangers.

La première préoccupation serait de considérer qu'il s'agit d'une ultime étape vers la disparition totale de l'approche préventive médicale dans les services de santé au travail. Le patronat est-il prêt à se passer de médecin du travail, seul professionnel à avoir accès aux éléments intimes qui expliquent la construction ou la déconstruction de sa santé au travail ?

Malgré les nouveaux outils technologiques et des tentatives pour travailler en réseau, les professionnels se trouvent très souvent isolés. La réflexion collective, parfois orchestrée par les directions de services est souvent stérile sur le plan de la construction ou consolidation des pratiques.

Il est probablement trop tôt pour évaluer précisément ce qui va s'effondrer et ce qui pourra être sauvé en termes de pratique. Un des obstacles est constitué de nos propres réactions défensives.

Nous avons besoin de nous réassurer sur le fait que nous ne pêchons pas du côté de l'éthique. La construction de nouveaux repères, à partir des valeurs de métier communes, ne pourra s'effectuer qu'en poursuivant le débat collectif, en discutant des pratiques professionnelles adossées à la clinique médicale du travail.