

Commission Aptitude et Médecine du Travail : Sélection médicale des travailleurs et pratiques en médecine du travail en péril

La commission aptitude et médecine du travail vient de rendre son rapport. Seule une minorité de ses recommandations sont positives (par exemple la transmission automatique aux élus du personnel et à l'inspection du travail des signalements de risque collectif du médecin du travail et de la réponse négative de l'employeur : 17^{ème} recommandation). D'autres qui paraissent positives (définition plus large des surveillances médicales renforcées) prennent comme références des sociétés savantes dont la proximité des pratiques et de la réalité des risques n'est pas évidente (SFMT) (9^{ème} et 10^{ème} recommandations).

Il s'agit d'un rapport conforme à l'esprit des mesures de « simplification » et dans lequel les problèmes sont évoqués mais sans que les solutions proposées y portent véritablement remède. Par certains aspects les solutions préconisées sont pires que les problèmes qu'elles ont pour ambition de traiter.

L'exemple de la décision d'aptitude préalable à l'embauche est assez caractéristique de cette dérive.

Alors que depuis 69 ans cette sélection médicale de la main d'œuvre sape la médecine du travail, qu'elle s'éloigne notablement de la mission des médecins du travail et qu'elle est, surtout, un déni de droit qui autorise toutes les discriminations, cette évidence est enfin reconnue : les médecins du travail n'auront plus à se prononcer sur l'aptitude du travailleur à occuper un poste de travail.

Hélas, les membres de la commission proposent une visite d'aptitude avant embauche pour les salariés occupant « *des postes de sécurité* » (4^{ème} recommandation) (« *qui comporte une activité susceptible de mettre gravement et de façon immédiate en danger du fait de l'opérateur la santé d'autres travailleurs ou de tiers* » : 2^{ème} recommandation). Notons, au passage, que ce type de médecine d'aptitude, qui, notamment, incite le travailleur à dissimuler, est déjà en œuvre en Allemagne et n'a pas permis de mettre en sécurité les 150 passagers de l'avion de la Germanwings !

La définition peut permettre à un employeur de l'étendre à des postes divers, comme cela a été le cas, il y a quelques années, pour qualifier de « poste de sécurité » le poste de renseignement des passagers sur les quais de gare. Ainsi, par exemple, les postes du bâtiment sont autant d'extensions possibles que ne manquerons pas de revendiquer les employeurs. Ceci est d'autant plus probable que seul l'employeur déterminera la liste des postes de sécurité (l'avis du médecin du travail étant de pure forme) puisque la commission prévoit que cette déclaration soit faite « *sans consultation du comité d'entreprise* » à fortiori du CHSCT ou des DP (3^{ème} recommandation).

Que devient la réalité du travail dans un tel train de mesure : Sélection médicale par des médecins sans connaissance de terrain du poste de travail, simple déclaratif de l'employeur en matière de postes de sécurité.

Après la déploration convenue de la pénurie en médecins du travail et alors que cette disparition est entretenue à la fois par l'étranglement du numérus clausus mais surtout des difficultés du métier et de son discrédit chez les employeurs (dont témoigne la rédaction les 21^{ème} et 22^{ème} mesures de simplification), un train de solutions est recommandé.

- Faire exercer la médecine du travail par les médecins collaborateurs sans titre alors qu'ils n'ont pas la totalité des compétences et de l'expérience nécessaires à cet exercice, sans véritable statut protecteur d'indépendance et alors que leur formation est liée au contrat de travail avec l'employeur, ce qui accroît leur subordination (1^{ère} recommandation)

- Depuis 2012 le médecin du travail a obligation d'informer le salarié des risques de son poste de travail à l'embauche (R4624-11 du code du travail) et de lui indiquer ce qu'il va mettre en place pour les surveiller et lors de la visite périodique il doit lui indiquer si ces risques ont eu des effets sur sa santé (R4624-16 du code du travail). C'est la déclinaison du devoir d'information de tout médecin de dire à son patient les risques qu'il encoure (article L1111-2 du code de la santé publique). Ignorant ces diverses obligations, la recommandation est de différer cette information (3 à 6 mois après l'embauche) et de la confier à un infirmier de santé au travail « *sous l'autorité fonctionnelle* » du médecin du travail, pour soulager celui-ci d'une mission réglementaire essentielle, alors que cette occasion est non seulement un droit du salarié mais un facteur de construction de la confiance envers le médecin du travail. (5^{ème} et 6^{ème} recommandations). Il faut également s'étonner que la commission charge ainsi de mission des infirmiers de santé au travail dont l'effectif total en France (page 35 du rapport) est de 818 contre 5207 médecins du travail.

- Pour les salariés précaires intérimaires et CDD, c'est-à-dire les plus à risque, une seule visite d'information et de prévention fondée sur l'existence d'un fichier régional (à créer) serait effectuée tous les cinq ans (7^{ème} recommandation) !

Alors que ces mesures sont destinées à desserrer l'étau des effectifs élevés confiés au médecin du travail il est paradoxal de recommander comme le fait la commission d'espacer la surveillance médicale :

- au minimum tous les cinq ans avec une visite infirmière tous les deux ans pour les « postes à risque »
- et au minimum tous les cinq ans pour les autres salariés (11^{ème} et 12^{ème} recommandations).

Or, dans le contexte de précarité actuelle et d'organisations du travail délétères, la consultation clinique est un indispensable moteur de la reconstruction du pouvoir d'agir du salarié et un élément essentiel de connaissance et de montée en compétence des pratiques médicales en médecine du travail.

Cet espacement recommandé signe la mort de la clinique médicale du travail et par là même de la médecine du travail¹.

En matière de visite de reprise, actuellement à l'initiative du médecin conseil de la CPAM, du médecin traitant ou du salarié lui-même, celle-ci pourrait dorénavant être déclenchée par l'employeur quelle que soit la durée de l'arrêt et pourrait donner lieu à un entretien entre l'employeur le médecin du travail et le salarié (20^{ème} recommandation) ce qui selon la commission serait apprécié comme « *effort de reclassement de l'employeur* » par le juge. Le rapport de force et la subordination rendent un tel entretien inadmissible puisque le salarié s'y trouverait contraint et le médecin du travail en péril de rupture du secret médical. Rappelons, au passage, que, en application du code de la santé publique (L1110-4), un

¹**Lettre de l'association santé et médecine du travail (SMT) aux parlementaires** « Dans ses prérogatives, le médecin du travail déploie son activité dans quatre axes essentiels : l'identification médicale des risques professionnels d'altération de la santé, la veille médicale sur la santé des salariés pour un collectif de travail, la rédaction éventuelle de préconisations individuelles (L4624-1 du code du travail), ainsi que le signalement de risque collectif et l'alerte médicale (L4624-3 du code du travail). Chacun de ces axes d'activité est mis en œuvre notamment grâce à la réalisation de consultations régulières pour chaque salarié.

Dans son activité de consultations, le médecin du travail utilise bien évidemment ses connaissances médicales, mais aussi ses savoirs sur les effets délétères connus des expositions aux risques professionnels. Quand il reçoit un salarié, il connaît son poste de travail, il a une certaine connaissance du métier du salarié et des risques qui s'y rattachent habituellement. Dans la consultation, le médecin du travail fait le point sur la santé du salarié, et sur son poste de travail (les modifications éventuelles, les produits utilisés, les procédés, les équipements de protection). Il peut alors prescrire des examens complémentaires pour le suivi de ces expositions. Il fait des liens entre la santé du salarié et les risques auxquels il est exposé. Il peut l'informer des effets de ces risques sur la santé et des moyens de s'en protéger. Ce travail est complété par la connaissance des postes dans l'entreprise quand il s'y déplace. La spécificité de ce métier est en grande partie liée à cette connaissance médicale de l'ensemble des salariés d'une entreprise, et de leur environnement professionnel »

employeur qui tenterait d'obtenir ou obtiendrait des éléments de la vie privée, par ce biais, encourrait 3 ans d'emprisonnement et 15 000€ d'amende !

A plusieurs reprises le médecin du travail est exhorté par la commission au dialogue avec l'employeur :

- « *pour sécuriser la rédaction de ces propositions (du médecin du travail) quand elles entraînent une restriction significative des tâches exercées* » le service de santé au travail pourrait apporter son « aide » au médecin du travail et « organiser » le dialogue avec l'employeur (19^{ème} recommandation). Outre le fait que le secret médical viendrait freiner l'échange, même collégial, il reste que la décision est celle du médecin puisqu'il engage sa responsabilité et que toute pression serait une atteinte à son indépendance.

- Un tel échange est aussi recommandé pour les inaptitudes au poste avec la encore intervention des autres membres du SST

Il est étonnant que le rôle essentiel du médecin inspecteur régional du travail (MIRT) comme conseil du médecin du travail notamment avant toute proposition (R4624-32 du CDT) ou lors des contestations ne soit pas mis en lumière par la commission dans ses recommandations de dialogue.

Enfin deux recommandations sont particulièrement préoccupantes puisqu'elles atteignent directement aux droits actuels du travailleur.

- La proposition du médecin du travail ne serait plus contestable devant l'Inspection du travail mais devant une commission médicale (21^{ème} recommandation). Rappelons qu'en fait, même si la décision de l'inspecteur du travail ne doit pas être conforme, elle est fondée sur un examen complet de la situation comportant notamment une enquête et un examen du médecin inspecteur régional du travail. C'est un droit essentiel garanti par l'état et son administration (la protection de la santé au travail) qui ne serait plus assuré au profit d'une médiation médico-médicale. Cela constituerait une régression majeure.

- Le refus du salarié des propositions de reclassement ou d'adaptation du poste de travail par l'employeur « lorsqu'elles sont conformes aux préconisations du médecin du travail et qu'elles n'entraînent pas de modifications du contrat de travail constituerait une cause réelle et sérieuse de licenciement (...) et qu'en raison de ce refus l'employeur soit présumé avoir satisfait à son obligation de recherche de reclassement ». Cette automaticité contraint le pouvoir d'appréciation du juge et empiète sur les droits du travailleur à y avoir recours.

Ce rapport ne répond pas aux attentes légitimes que soulèvent les inégalités sociales de santé au travail plus fortes en France que dans les autres pays européens comparables. Alors que c'est la santé des salariés qui aurait dû être le point d'ancrage de ces recommandations c'est la sécurisation juridique de la gestion de l'employabilité par les employeurs qu'elles s'efforcent d'organiser. Certaines constituent un risque pour le système de prévention des risques professionnels et atteignent aux droits des travailleuses et des travailleurs. En les appliquant le Gouvernement abandonnerait l'obligation régaliennne portée par le 11^{ème} alinéa à la Constitution en matière de santé au travail.

26-05-2015

Alain Carré, Membre de l'association santé et médecine du travail