Congrès de l'A-SMT
Compte-rendu de la séance du Samedi 3 décembre 2016

Continuer à travailler dans le respect de l'éthique de la médecine du travail et du code de la santé publique, dans l'intérêt de la santé des salariés :
Élaboration de pratiques et d'argumentaires pour celles-ci, ajustées au nouveau cadre réglementaire.

Rédacteurs : Nadine Khayi, Alain Randon

Le projet de décret est présenté en soulignant les points importants.

La surveillance médicale est remplacée par un "suivi individuel de l'état de santé"

Art. R4624-10[1] : le délai pour la visite d'embauche, devenue « visite d'information et de prévention » (VIP) va aboutir à ce que certains salariés ne voient aucun médecin avant la fin de la période d'essai, et même au-delà .

Effectivement, ce sont essentiellement les IDEST qui sont visés par cet article

La surveillance médicale est effondrée

Art. R4624-11[2]**:** le 4ième point du pré-projet relevant d'un diagnostic devrait être amendé par le COCT[3]**.** En effet ces VIP seront essentiellement faites par les IDEST qui n'ont pas de compétence diagnostique.

Miser sur l'information et la sensibilisation comme moyen de prévention pose problème : il s'agit d'un moyen « faible », qui n'empêche pas la réalisation du risque. De plus cela suppose que les postes, leurs risques et tous les moyens de prévention adéquats aient été identifiés au préalable par le médecin. Agissant en responsabilité personnelle, celui-ci ne peut se réfugier derrière le DUE ou des instructions données

---

[1] Art. R. 4624-10:Tout travailleur bénéficie d'une visite d'information et de prévention, réalisée par l'un des professionnels de santé mentionnés au premier alinéa de l'article L. 4624-1 dans un délai qui n'excède pas trois mois à compter de la prise effective du poste de travail. Tout travailleur bénéficie d'une visite d'information et de prévention, réalisée par l'un des professionnels de santé mentionnés au premier alinéa de l'article L. 4624-1 dans un délai qui n'excède pas trois mois à compter de la prise effective du poste de travail.

[2] Art. R. 4624-11.-La visite d'information et de prévention dont bénéficie le travailleur est individuelle. Elle a notamment pour objet :
« 1° D'interroger le salarié sur son état de santé ;
« 2° De l'informer sur les risques éventuels auxquels l'expose son poste de travail ;
« 3° De le sensibiliser sur les moyens de prévention à mettre en œuvre ;
« 4° D'identifier si son état de santé ou les risques auxquels il est exposé nécessitent une orientation vers le médecin du travail ;
« 5° De l'informer sur les modalités de suivi de son état de santé par le service et sur la possibilité dont il dispose, à tout moment, de bénéficier d'une visite à sa demande avec le médecin du travail.

[3] Pré-projet de décret du 16.11.2016 4ème point :"s'assurer qu'il n'est pas atteint d'une affection dangereuse" .Supprimer dans le décret du 27.12.2016

par l'employeur. Il s'agit d'un transfert de responsabilité de l'employeur vers le médecin.

Art. R4624-12[4] : cet article entre en contradiction avec le L 4624-8[5] qui précise que le dossier médical est ouvert par le médecin ; si celui-ci ne donne pas de délégation, l'IDEST ne peut ouvrir de dossier.[6]

La délégation de VIP à l'infirmière est une possibilité, pas une obligation. Peut-on refuser de travailler avec des IDEST ? Certains le refusent mais il peut leur être opposé de ne pas déployer les moyens nécessaires à la réalisation de toutes leurs missions[7]. La solution du blocage ne paraît pas pertinente ; il semble préférable de former les IDEST afin qu'elles puissent apporter des éléments pertinents pour le suivi des salariés. Au médecin de s'assurer que l'IDEST a la formation nécessaire. Il faut réfléchir aux modalités d'action avec les infirmières et créer des règles de métier partagées.

Les VIP sont faites obligatoirement par des personnes relevant du code de la santé (médecin, infirmier) ; le décret ne précise pas quelles pratiques elles doivent déployer dans leur exercice. Elles doivent pouvoir permettre au salarié de connaitre les risques (ceux déclarés par l'employeur et ceux identifiés par le médecin). Il est nécessaire de rendre visible auprès des salariés les difficultés des médecins pour assurer le suivi.

Art. R4624-13[8] : cet article subordonne le protocole (qui est personnel et sous la responsabilité du médecin) au projet de service, ce qui limite l'indépendance du médecin (donc en contradiction avec le code de déontologie). Le terme « sans délai » pour orienter vers le médecin du travail interroge car trop vague.

Art. R4624-16[9] : la périodicité est fixée par le médecin en fonction d'éléments relevés par d'autres personnes. Mais le médecin peut-il évaluer la nécessité d'intervenir à

---

[4] « Art. R. 4624-12.-Lors de cette visite, un dossier médical en santé au travail est ouvert par le professionnel de santé du service de santé au travail mentionné au premier alinéa de l'article L. 4624-1, sous l'autorité du médecin du travail dans les conditions prévues à l'article L. 4624-8.

[5] Art L4624-8 : Un dossier médical en santé au travail, constitué par le médecin du travail, retrace dans le respect du secret médical les informations relatives à l'état de santé du travailleur,.."

[6] Décret du 27.12.2016 : prise en compte : "sous l'autorité du médecin"

[7] Devant le refus de déléguer de façon systématique les visites d'embauche aux infirmiers, l'employeur pourrait attaquer le médecin du travail pour insubordination, car il ne s'agit plus d'un problème de compétence d'un infirmier mais du refus d'appliquer une disposition réglementaire

[8] « Art. R. 4624-13.-A l'issue de toute visite d'information et de prévention, si elle n'a pas été réalisée par le médecin du travail, le professionnel de santé qui a effectué cette visite peut, s'il l'estime nécessaire, orienter sans délai le travailleur vers le médecin du travail dans le respect du protocole prévu au troisième alinéa de l'article L. 4624-1. Cette nouvelle visite, effectuée par le médecin du travail, a notamment pour objet de proposer, si elles sont nécessaires, des adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes.

[9] « Art. R. 4624-16.-Le travailleur bénéficie d'un renouvellement de la visite d'information et de prévention initiale, réalisée par un professionnel de santé mentionné au premier alinéa de l'article L. 4624-1, selon une périodicité qui ne peut excéder cinq ans. Ce délai, qui prend en compte les conditions de travail, l'âge et l'état de santé du salarié, ainsi que les risques auxquels il est exposé, est fixé par le médecin du travail dans le cadre du protocole mentionné à l'article L. 4624-1.

travers la perception de la situation, les éléments transmis par une autre personne ? La question est posée de savoir comment le médecin va garder une compétence pour un suivi médical rationnel avec une telle périodicité dont il est censé prendre la responsabilité

Art. R4624-17[10] : Comment peut-on adapter la surveillance en fonction de données individuelles en protocolisant ? Il y a contradiction entre un protocole qui standardise et une surveillance qui se dit individuelle.

Il y a injonction paradoxale entre le suivi médical et l'inflation des différentes actions que le médecin doit mener.

Compte tenu de la réalité de nos consultations, le médecin pourrait être débordé par les demandes des salariés en souffrance, les visites de reprise, préreprise et, par conséquence, ne plus être en mesure de s'en tenir à la périodicité qu'il aurait pu déterminer en fonction des textes et de la situation sanitaire de son secteur. Il pourrait alors dégrader son fonctionnement pour adapter son activité aux moyens dont il dispose et non aux besoins observés. Lorsque le médecin ne peut assurer la périodicité définie en raison des demandes de visites urgentes, il entraine une perte de chance pour les salariés non vus.

Sa responsabilité est engagée, Il apparait donc essentiel que les médecins actent dans des écrits (à la direction, CHSCT, commission de contrôle, rapport annuel, etc.) le manque de moyens[11] et l'impossibilité de remplir leur mission notamment dans le rapport annuel ainsi que dans des courriers d'alerte et qu'ils priorisent leurs actions.

Le médecin du travail qui serait amené à prendre en compte les préconisations de l'employeur ou de la CMT au nom de "l'harmonisation des pratiques", abandonnerait la responsabilité de son exercice médical en mettant en œuvre ces protocoles médicaux écrits par les directions. Il est rappelé qu'il n'y a que le médecin qui soit responsable de ce qu'il fait : l'exercice médical est personnel.

<u>Sur les risques</u>

Pour certains, le texte introduit une confusion avec la multiplication de notions imprécises : risques professionnels, risques particuliers, salariés à risque. A rapprocher de la notion de risque pour les tiers. Le texte ne définit que les risques

---

[10] « Art. R. 4624-17.-Tout travailleur dont l'état de santé, l'âge, les conditions de travail ou les risques professionnels auxquels il est exposé le nécessitent, notamment les travailleurs handicapés, les travailleurs qui déclarent être titulaires d'une pension d'invalidité et les travailleurs de nuit mentionnés à l'article L. 3122-5, bénéficie, à l'issue de la visite d'information et de prévention, de modalités de suivi adaptées déterminées dans le cadre du protocole écrit prévu au troisième alinéa de l'article L. 4624-1, selon une périodicité qui n'excède pas une durée de trois ans.

[11] L'obligation médicale de moyens : recouvre deux champs distincts.
a. l'obligation de moyens que l'employeur doit mettre à ma disposition pour mon exercice médical
b. Les moyens que je me donne pour organiser mon travail (maitrise du temps médical, hiérarchisation des taches, maitrise des convocations etc) ce qui relève de la responsabilité médicale

particuliers dont certains, art. R4624-21[12], viennent du salarié et non d'un risque professionnel au sens habituel du terme.

En fait, nous constatons régulièrement qu'il n'y a pas de poste sans risque mais le législateur prend la responsabilité juridique de hiérarchiser les risques.

Pour la définition des risques particuliers, faut-il tenir compte des risques déclarés ou des risques constatés ? Le médecin doit donner son avis donc il faut partir des risques constatés. Pour les travailleurs handicapés, il faut que la reconnaissance TH soit attribuée. La hiérarchisation des risques par le médecin entraine sa responsabilité en termes de perte de chance éventuelle pour le salarié.

L'A-SMT s'est toujours positionnée sur une logique d'adaptation du poste aux besoins de santé du salarié, le texte conduit à transférer la responsabilité de la sélection de l'employeur vers le médecin.

Lorsqu'il y a des risques particuliers nécessitant une visite médicale d'embauche et une décision d'aptitude, l'objet de cette aptitude est avant tout de veiller à la compatibilité de la santé avec le poste, l'éventualité d'une adaptation venant en troisième position. Il s'agit donc bien d'une médecine de sélection et non d'une médecine de prévention.

Peut-on imaginer un moyen de subvertir cette logique ? Pour cela, le médecin peut s'appuyer sur les principes généraux de sa mission de prévention (adapter le travail à l'homme). Le médecin peut indiquer que le poste n'est pas compatible avec la santé du salarié et doit être modifié. Mais l'employeur demande à être éclairé par le médecin. Le médecin se trouve donc amené à valider des normes de prévention. Or nous voulons continuer à « dire la santé au travail », à questionner la santé du salarié sur son poste.

De même est-il de la compétence du médecin de dire si la santé de quelqu'un n'est pas compatible avec le poste ? Ceci revient souvent à faire des prédictions sur l'évolution de la santé du salarié, or celle-ci relève de nombreux facteurs dont des susceptibilités individuelles dont on ne peut savoir comment elles s'exprimeront.

Le texte entretient la confusion entre la mission d'ordre public (veiller à la santé) et une mission de contrôle de l'aptitude.

Le lien entre la santé et le travail n'est pas fait : les risques pour la santé ne se réduisent pas aux risques d'accidents. Sur la conduite on voit l'empreinte du MEDEF et les préoccupations de la CARSAT et de la DIRECCTE sur les AT/MP. La RATP a essayé de mettre en place un service unique où les médecins étaient porteurs des deux missions (santé et contrôle d'aptitude sécuritaire), elle a dû revenir en arrière et scinder les deux services. Les deux fonctions ont été jugées incompatibles (avis du conseil d'état/SNCF). Il faut distinguer médecine d'aptitude et médecine du travail.

[12] « Art. R. 4624-21.-Si le médecin du travail est informé et constate que le travailleur est affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail défini à l'article R. 4624-23, le travailleur bénéficie sans délai des modalités de suivi individuel renforcé prévues à la sous-section 2.

Aptitude, Inaptitude

Certains notent : « le poste est compatible avec l'état de santé du salarié (+/- avec aménagements du poste) en fonction des déclarations de l'employeur et du salarié ». Cette formulation peut être litigieuse puisque le médecin doit donner son avis sur les risques et que d'autre part, elle renvoie à une responsabilité du salarié.

D'autres écrivent : « apte avec les moyens de prévention collectifs et individuels en fonction des risques professionnels déterminés dans le DUER ».

Il est rappelé la position de l'a.smt : l'aptitude est une prédiction donc elle ne relève pas de la médecine du travail. La détermination de l'aptitude entraine la recherche de susceptibilité individuelle[13] ce qui est contraire aux bases de la médecine[14].

Un certain nombre de médecins, selon leur contexte professionnel, refusent d'écrire le mot apte, et dans leurs avis utilisent les termes de suivi médical, préconisations médicales.

La sous-section 3 traite à égalité la visite de reprise et de pré reprise.

Le texte donne la possibilité de prononcer une inaptitude à tout emploi or le médecin ne peut se prononcer que sur un poste défini[15]. C'est une porte de sortie pour les salariés en souffrance mais le médecin se substitue alors à l'employeur dans la responsabilité du reclassement. Il n'a pas à endosser la responsabilité de l'inaptitude. Ce qui serait positif serait de noter le lien santé/travail avec le consentement éclairé du salarié : « tout maintien du salarié dans son emploi serait préjudiciable à sa santé du fait des conditions de travail ». Si le salarié nécessite d'être retiré de son poste, le médecin ne peut se prononcer pour tout emploi.

Jusqu'à présent, la jurisprudence voulait que le médecin note les capacités résiduelles, ce qui entre en contradiction avec l'inaptitude à tout poste.

Si le salarié n'est pas d'accord avec l'inaptitude il peut attaquer le médecin pour perte de chance. La position éthique serait de refuser d'écrire le mot inapte. Il s'agirait alors de "ciseler" l'avis avec les préconisations. Si l'employeur nous dit qu'il ne peut pas les appliquer, le médecin devrait les maintenir. Cela améliorera les marges de manœuvres pour le salarié du côté du Droit (négociation, transaction) par rapport à une inaptitude assimilée à une simple rupture du contrat de travail du fait du salarié, dégageant l'employeur de sa responsabilité.

Le problème des sous-traitants est complexe car il est difficile d'avoir accès aux décideurs.

Les examens complémentaires *:*

[13] http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis046.pdf p31/44

[14] http://www.a-smt.org/bibliotheque/2014-11-Susceptibilite-personnelle.AC.DH.pdf

[15] Le médecin n'a aucune légitimité à s'exprimer sur tous les emplois. Il s'immiscerait alors dans le contrat de travail, comme gestionnaire des intérêts de l'entreprise, et non plus dans l'intérêt de la santé du salarié

Art R4624-35[16]: introduit la possibilité ou l'obligation de prescrire les examens complémentaires nécessaires " à la détermination de la compatibilité entre son poste de travail et l'état de santé du travailleur". Ainsi les contraintes du poste de travail sur la santé sont mises en avant. Ceci est en contradiction avec l'article 6 de la directive européenne de 89. Mais aussi avec l'obligation du consentement éclairé de la personne (code de santé publique)

Article 4 : Missions et fonctionnement des SST

Le décret réduit-il le rôle de la fiche d'entreprise (art. R 4623-1[17]) ?

La participation à l'identification des risques, n'apparaît pas choquante mais l'employeur pourrait se retrancher derrière cette fiche pour le DUER. Or l'évaluation des risques, c'est à dire leur identification et leur gestion, reste de la responsabilité de l'employeur.

La contribution du médecin du travail est contrainte par la dynamique de la rédaction de la fiche d'entreprise par le médecin. Il doit assumer la reconnaissance des risques.

Il faut distinguer la traçabilité par le service et par le médecin :

La traçabilité est une obligation pour l'employeur. Pour le médecin, l'obligation de traçabilité est plus large et comprend les notions de «repérages des risques, de signalements des risques, de conséquences des risques, lien santé-travail", (même si l'employeur n'a rien dit).

Art R 4623-34[18] Par la formulation "il assure", une partie de la responsabilité de l'infirmier, lors des missions, est transférée au médecin. L'obligation de décider de l'aptitude en fonction de la sécurité des tiers a déjà été largement critiqué par l'A-SMT sur le plan de l'éthique professionnelle ; il faudrait discuter le texte lui-même en termes de droit.

L'appréciation de la notion de tiers par le médecin est irréalisable. La définition du tiers n'est pas précisée pas plus que la notion de risque pour les tiers. On peut considérer que les modalités de management de nombreux responsables de service ou d'entreprise font courir un risque de décompensation psychique pour les salariés ; c'est donc un risque pour les tiers. Dans ce cadre-là, des examens complémentaires

[16] « Art. R. 4624-35.-Le médecin du travail peut réaliser ou prescrire les examens complémentaires nécessaires :
« 1° A la détermination de la compatibilité entre le poste de travail et l'état de santé du travailleur, notamment au dépistage des affections pouvant entraîner une contre-indication à ce poste de travail ;
« 2° Au dépistage d'une maladie professionnelle ou à caractère professionnel susceptible de résulter de l'activité professionnelle du travailleur ;
« 3° Au dépistage des maladies dangereuses pour l'entourage professionnel du travailleur.

[17] « Art. R. 4623-1.... « 2° Il conseille l'employeur, notamment en participant à l'évaluation des risques dans le cadre de l'élaboration de la fiche d'entreprise et dans le cadre de son action sur le milieu de travail..."

[18] « Art. R. 4623-34.-L'infirmier assure ses missions de santé au travail sous l'autorité du médecin du travail de l'entreprise dans le cadre de protocoles écrits ou sous celle du médecin du service de santé interentreprises intervenant dans l'entreprise, dans le cadre de protocoles écrits. L'équipe pluridisciplinaire se coordonne avec l'infirmier de l'entreprise. »

pourraient être obligatoires et par exemple la détection d'une addiction pourrait conduire à une inaptitude ; faudra-t-il prescrire des CDT à tous les cadres dirigeants pour statuer sur leur aptitude ?

Les employeurs eux-mêmes n'y croient pas : il s'agit simplement de sécuriser l'entreprise sur le plan juridique. A partir du moment où on met en place cette mesure, il n'y a plus d'exercice médical possible car il y a rupture de la confiance.

Une décision d'inaptitude sur la base du risque pour un tiers pourrait être qualifiée de discrimination. La loi sur les discriminations de 1989 précise que pour qu'une mesure ne soit pas discriminatoire elle doit être « nécessaire, objective et appropriée ».

Nous devons continuer à nous appuyer sur les textes contraignants : la constitution, les principes de prévention, le code de santé publique et le code de déontologie.

****