

# **COMMENT CONTINUER À TRAVAILLER DANS LE RESPECT DE L'ÉTHIQUE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL ET DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

**Témoignages de difficultés rencontrées dans les services de santé au travail,  
suite au décret d'application de la « loi travail » du 27 décembre 2017**

**Compte-rendu de la Journée de Printemps de l'Ass. SMT du 18 mars 2017**

**Benoît DE LABRUSSE, Alain GROSSETETE, rapporteurs**

## **PLACE DES INFIRMIERS EN SANTÉ AU TRAVAIL (IST) EN SERVICES INTER ENTREPRISES**

**E**n PACA il n'y a pas encore de pénurie de médecins du travail. Dans certains services la direction a décidé de ne plus embaucher de médecins. Les effectifs suivis augmentent, inversement il y aurait une menace d'absence d'agrément de la part de la DIRECCTE, vis-à-vis de SST qui n'embaucheraient pas d'IST.

Les directions initient une « harmonisation » des protocoles infirmiers. Ailleurs, les protocoles infirmiers sont parfois initiés par les directions.

Il règne le plus grand désordre vis-à-vis de **protocoles** sensés régler les conditions d'exercice de l'IST Certains médecins ne sont pas demandeurs de protocoles. Or l'absence de protocole entre un IST et médecin du travail engage la responsabilité de celui-ci.

Dans l'établissement d'un protocole entre le médecin et l'IST il devrait y avoir concertation. Mais la discussion est asymétrique entre les deux personnes.

Le rôle des DIRECCTE : il est de la responsabilité des directions des SST de s'assurer de la réalisation des protocoles infirmiers. En l'absence cela constituerait une infraction et pourrait compromettre le renouvellement de l'agrément. Mais, sous prétexte de pénurie de médecin, les DIRECCTE sont très timides sur ce sujet.

## **ENTREPRISE NATIONALE DE TRANSPORT**

Il y a eu beaucoup d'embauches de jeunes médecins et une prévision de 5 % de départ à la retraite, ce qui ne facilite pas la pérennisation d'un collectif de médecins.

Depuis les années 2000, les infirmières ont pris la suite des secrétaires administratives et font des examens complémentaires, des visites d'atelier, des fiches d'entreprise... et des missions d'interventions dévoyées du côté de l'instrumentalisation lors d'interventions anti-addictions.

Mais ces infirmières ne pratiquent pas les ESTI car elles ne sont pas formées en santé au travail. La seule formation proposée est celle de l'Institut de médecine du travail des Hauts-de-France qui forme en cinq jours au lieu de vingt jours précédemment. Les MIRT (Médecin Inspecteur Régional du Travail) semblent accepter cette formation au rabais.

80 % des postes de travail devraient relever d'une « SIR » (Surveillance Individuelle Renforcée) d'après les médecins du travail, l'employeur n'ayant pas encore décliné la loi 2016.

Concernant la répercussion de l'application de la loi El Khomri, le constat actuel semble que le statut prévaut sur les décrets, car il prévoit une visite d'aptitude au bout d'un an seulement.

*FPE (FONCTION PUBLIQUE D'ÉTAT)*

La loi El Khomri n'est pas applicable à la fonction publique d'État. Dans certains secteurs le médecin du travail ne dispose pas de secrétariat médico-administratif, ni d'infirmière. Dans d'autres secteurs, maintenant à statut privé relevant du Code du travail, mais autrefois fonction publique, il existe encore du personnel de la FPE.

Il y a des entretiens type ESTI (Entretien en Santé au Travail Infirmier), sur un support particulier, nommé dossier infirmier, qui semble faire partie intégrante au DSMT. Cela pose le problème de la responsabilité du médecin du travail qui pourrait être mise en cause en cas de transmission au salarié de son DSMT. Les salariés ne disent pas la même chose en ESTI qu'au médecin.

*UNE GRANDE ENTREPRISE DU SECTEUR DE L'ÉNERGIE*

Il y a actuellement des tractations de la part de la direction d'une grande entreprise du secteur de l'énergie pour rechercher avec les syndicats (pour tenter de prévenir des conflits avec eux), une application des textes issus de la loi El Khomri notamment autour de la surveillance clinique, et aussi pour tenter de subordonner les médecins du travail. La subordination des infirmières étant supposée acquise du fait de leur statut d'agents d'entreprise publique, contrairement aux médecins.

La direction a une vision purement économique où les risques seraient définis uniquement par l'employeur dans un contexte de sous-traitance généralisée des métiers techniques.

Il faut ajouter un cadre général de conflit entre médecins et infirmières qui ignore les articles du Code de déontologie médicale qui précise les devoirs du médecin vis-à-vis des autres professionnels de santé qu'ils soient ou non sous sa subordination technique.

La coopération médecins/IST déstabilise le projet patronal de subordination de la santé au travail du fait du rappel au respect commun du Code de la santé publique.

Un effet inattendu de la loi El Khomri, qui viendrait contrecarrer la volonté managériale de subordination, *via* plus spécialement l'activité des IST, conçue en pôle et en polyvalence et non en tant que membre de l'équipe médicale. Or paradoxalement la direction qui avait avancé dans son projet de subordination totale des médecins dans une médecine d'entreprise, se voit amenée à être contrariée par les textes El Khomri (qui nécessite la coopération entre médecins et IST) et les recommandations de la HAS.

Car il lui va falloir réviser tout ce qui a été construit par cette entreprise contre l'équipe médicale en coopération. Un quart au moins des médecins du travail se trouve engagé dans des pratiques managériales.

Il risque d'émerger un système à l'anglaise en sur-qualifiant les corps des IST (niveau bac +5), la montée en compétence des IST avec accès au diagnostic (infirmière clinicienne) amènerait un modèle avec un médecin cantonné à une mission de superviseur d'un pool d'infirmières. Dans ce cadre qu'advierait-il de l'ouverture des droits tels que le droit d'alerte (L.4624-9 du Code du travail), tel que le Certificat Médical Initial de Maladie professionnelle, etc. ?

L'exercice d'infirmières cliniciennes ne semble pas pour demain ! Le modèle futur sera plutôt canadien avec des médecins d'entreprise contribuant à construire eux-mêmes l'invisibilité des atteintes santé/travail.

*BTP*

Dans un service du bâtiment, il y a un infirmier coordinateur en lien avec la direction. Des entreprises qui pouvaient créer un service autonome mais ont fait le choix d'être en SSTIE, disposent d'infirmières futures IST d'entreprise, qui vont sur les chantiers. Quelle serait la possibilité pour ces infirmières d'entreprise de faire des VIP (Visites d'Information et de Prévention) ?

Ces infirmières n'ont pas accès au DMST informatisé du médecin qui est SSTIE (le SIST ne veut pas assumer la responsabilité des actes d'infirmière d'entreprise. Dans ces conditions la coopération dans l'équipe médicale de santé au travail sera en grande difficulté. La transmission des données médicales se fera par le salarié sur sa demande).

**ANALYSE DES ARTICLES CONCERNANT LE LICENCIEMENT POUR INAPTITUDE**

**À** propos du nouvel article R.4624-42(1), du Code du travail et de la dualité entre poste et emploi. La nouveauté de cet article est la légalisation de l'inaptitude .....

**1- Art. R. 4624-42** - « Le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude médicale du travailleur à son poste de travail que :  
 1° s'il a réalisé au moins un examen médical de l'intéressé, accompagné, le cas échéant, des examens complémentaires, permettant un **échange** sur les mesures d'aménagement, d'adaptation ou de mutation de poste ou la nécessité de proposer un changement de poste;  
 2° s'il a réalisé ou fait réaliser une étude de ce poste ;  
 3° s'il a réalisé ou fait réaliser une étude des conditions de travail dans l'établissement et indiqué la date à laquelle la fiche d'entreprise a été actualisée ;  
 4° s'il a procédé à un échange, par tout moyen, avec l'employeur.  
 Ces échanges avec l'employeur et le travailleur permettent à ceux-ci de faire valoir leurs observations sur les avis et les propositions que le médecin du travail entend adresser  
 S'il estime un second examen nécessaire pour rassembler les éléments permettant de motiver sa décision, le médecin réalise ce second examen dans un délai qui n'excède pas quinze jours après le

à tous les postes – ou emplois – de l’entreprise. Ceci peut avoir un aspect positif uniquement quand il est impératif pour la santé du salarié de l’écartier de l’entreprise (ex : souffrance psychologique telle qu’il est dangereux pour le salarié de rester dans ce milieu de travail). Mais le versant négatif de la formulation « *tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l’état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi* » est que l’employeur pourrait faire pression pour que le médecin du travail note cette formule, afin de se dédouaner de son obligation de reclassement.

L’article tiré d’un décret visé en Conseil d’État, faisant mention que le salarié est inapte à tenir tout emploi du fait de sa santé, est de rédaction très étonnante. Cela risque de poser un problème au salarié en recherche d’emploi : quelle sera la réaction de *Pôle Emploi* lors de l’inscription ?

Cela pose le problème de la responsabilité du médecin du travail qui n’est compétent que pour un poste et sa périphérie ; la médecine n’étant pas prédictive, le médecin du travail est illégitime au-delà du poste.

Cette notion d’aptitude à l’emploi était déjà présente dans la réforme de 2012 où le rôle du médecin du travail était étendu au « maintien dans l’emploi ».

### **AMÉNAGEMENT DE POSTE ÉCHANGES AVEC L’EMPLOYEUR**

La préconisation écrite avec l’accord du salarié de l’employeur selon l’article L.4624-3(2). L’obligation de cette information préalable à l’inaptitude pose de nombreux problèmes : elle suppose que l’employeur soit informé d’une future inaptitude d’un salarié dont l’identité lui est révélée.

N’y a-t-il pas risque de court-circuit de la procédure d’inaptitude au « profit » d’une procédure de licenciement plus avantageuse pour l’employeur ?

L’échange avec l’employeur « *par tous moyens* », préalable à la décision du médecin, (c’est là la nouveauté) sur les mesures d’adaptation du poste prévu par l’article doit, pour ne pas être nié dans son existence par l’employeur, faire l’objet d’une trace écrite.

.....  
premier examen. La notification de l’avis médical d’inaptitude intervient au plus tard à cette date.  
Le médecin du travail peut mentionner dans cet avis que **tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l’état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi.** »

**2- Art. L.4624-3 -** « Le médecin du travail peut proposer, par écrit et après échange avec le salarié et l’employeur, des mesures individuelles d’aménagement, d’adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d’aménagement du temps de travail justifiées par des considérations relatives notamment à l’âge ou à l’état de santé physique et mental du travailleur. »

Quelle pourrait être la règle professionnelle dans ce cas ?

- **Auparavant**, l’aménagement était demandé à l’employeur ; puis le second examen médical concluait sur l’aptitude. Il y avait donc un temps pour la délibération du médecin, qui rendait ensuite sa décision.
- **À présent**, il doit discuter avec l’employeur avant de prendre sa décision. Avant d’écrire il doit prendre l’avis de l’employeur !

L’employeur peut donc à présent peser sur la décision médicale en l’instrumentalisant. Certains participants évoquent la notion de rupture du secret médical lors de la concertation avec l’employeur. D’autres nient cette possibilité dans la mesure où le médecin du travail ne révèle rien d’autres que les capacités restantes du salarié : ce qu’il a toujours écrit sur les fiches d’aptitude.

Il est noté que dans cet article du Code du travail, l’échange avec l’employeur est à l’initiative du médecin du travail et que rien ne prévoit une réponse de l’employeur. Le seul fait de contacter l’employeur — que ce contact soit fructueux ou non — est constitutif de l’échange prévu dans l’art L.4624-3.

### **La subversion de la procédure pourrait être :**

- d’échanger oralement ou par courriel, avec l’employeur ;
- de formaliser cet échange par un écrit (par exemple courriel) daté en jour, heures, minutes ; avec l’utilisation du conditionnel « *l’état de santé de M. X... nécessiterait...* » ;
- d’adresser dans les minutes suivantes, à l’employeur, la fiche d’aptitude comportant les préconisations du médecin du travail.

Mais n’oublions pas que nous avons toujours la possibilité d’effectuer une seconde « visite » dans les quinze jours maximum, ce qui nous laisse le temps de la réflexion.