

LOI TRAVAIL : LA PARER / S'EN EMPARER ?

III. Défendons le droit à la santé

Médecine du travail : la sélection au détriment de la prévention

par Liliane BOITEL, Médecin du travail

PLAN

1. La prévention
2. Les étapes antérieures de la réforme de la médecine du travail et leurs conséquences
3. La réforme de 2016

L'intitulé de ce titre est très dur à entendre pour un médecin ; en effet le médecin du travail ne peut faire de sélection. Cela est contraire à ses devoirs déontologiques et à sa mission, qui est d'éviter toute altération de la santé du fait du travail. Nous avons à prévenir et non à éliminer. Si les nouveaux textes entraînent, sous quelque forme que ce soit, un risque de sélection (les forts au détriment des faibles), une résistance s'imposera.

La loi « Travail », dans son article 102, sous le titre « Moderniser la médecine du travail », introduit de nouvelles dispositions dont l'impact mérite réflexion. Mais avant d'entrer dans le vif du sujet, il convient de faire quelques rappels.

1. La prévention

La prévention primaire s'attache à supprimer ou, à défaut, réduire les facteurs de risques afin d'éviter la survenue des maladies ou accidents.

La prévention secondaire correspond au dépistage : il s'agit de repérer les petits signes avant-coureurs de pathologies.

La prévention tertiaire sert à éviter les récurrences et à diminuer les conséquences néfastes d'un problème de santé.

2. Les étapes antérieures de la réforme de la médecine du travail et leurs conséquences

La directive européenne de 1989 rappelle clairement « les obligations des employeurs » mais elle ne place la surveillance de la santé qu'en fin de dispositif ; l'accent a été mis sur la prévention primaire, importante certes, mais qui fut parfois réalisée au détriment de la prévention secondaire, c'est-à-dire du dépistage des premières atteintes à la santé, atteintes souvent prédictives de problèmes plus importants.

En 2000, suite à l'accord des partenaires sociaux du 13 septembre, le passage de la « médecine du travail » à la « santé au travail » a été vécu comme un espoir. En effet, si la médecine est l'affaire des médecins, la santé est l'affaire de tous. L'espoir était de voir tous les acteurs de l'entreprise contribuer à la santé des travailleurs et partager cet objectif ; une implication de tous ces acteurs a toutefois demandé du temps.

En 2002, la loi de modernisation sociale du 17 janvier introduit la pluridisciplinarité : le médecin travaille avec de nouveaux collaborateurs, ergonomes, toxicologues, épidémiologistes, psychologues... On aurait pu penser que l'objectif était d'améliorer la prévention et la santé des salariés, mais la mise en route fut très inégalement efficace. Les objectifs de santé n'étaient pas toujours partagés, voire étaient différents ; et certains médecins ont eu du mal à déléguer et à travailler en équipe. Travailler ensemble est en soi un vrai travail, qui s'apprend et qui demande du temps. Toutefois, des exemples réussis de ce travail partagé existent et leur efficacité n'est plus à démontrer.

En 2004, le décret du 28 juillet modifie la périodicité des visites médicales sans véritables critères scientifiques. Il s'agit alors davantage de gérer les ressources, c'est-à-dire la pénurie de médecins, dramatique dans certaines régions (5.600 médecins du travail en 2015, dont 40 % âgés de plus de 60 ans, 2.500 seulement prévus en 2020) que de répondre à un véritable objectif de santé. De nombreux médecins déplorent un amoindrissement du lien avec le salarié, sauf si ces salariés sont vus par des infirmières dûment formées et qu'un véritable travail collaboratif entre médecins et infirmières s'instaure, mais, là aussi, il faut apprendre à travailler ensemble ; les médecins se doivent de comprendre les spécificités de l'entretien infirmier, établir des protocoles partagés et réalistes, instaurer un partage. La régularisation et la reconversion de médecins non spécialistes en santé travail (médecins collaborateurs notamment), mais s'engageant à se former, devraient apporter des forces vives.

En 2005, la circulaire du 17 avril introduit un fonctionnement par objectifs et la possibilité pour les services de santé au travail de contractualiser avec les services de l'État. Ce travail par objectifs semble, a priori, fort intéressant ; il devrait permettre à un collectif de médecins de mieux cibler leurs interventions à partir d'une analyse des besoins, mais la logique assurantielle prévaut trop souvent sur la logique de prévention. Trop de pathologies ou de problèmes de santé non « indemnisés », comme la souffrance au travail, le vieillissement, risquent de ne pas rentrer dans ces contrats.

En 2011, la loi du 28 juillet, suivie des décrets du 30 janvier 2012, fixe aux services de santé au travail des missions qui étaient antérieurement dévolues aux seuls médecins. Par ailleurs, le médecin dispose d'un droit d'alerte vers l'employeur. Et les services doivent fixer leurs priorités. Il semble alors intéressant de passer d'une logique d'obéissance aux textes à une logique d'anticipation et de choix ; c'est une réelle avancée dont les résultats ne sont pas encore connus. Nombre de services ont tout d'abord établi un état des lieux et fixé leurs priorités d'action, avant de décliner des interventions plus efficaces. Ce projet de service étant soumis au conseil d'administration du service, les partenaires sociaux peuvent s'en emparer, intervenir et engager un débat sur ces priorités.

3. La réforme de 2016

Et nous voici en 2016 (1). La loi du 9 août et son décret d'application apportent nombre de bouleversements qui concernent :

1. l'organisation et la périodicité des visites médicales ;
2. le suivi des salariés travaillant la nuit, des travailleurs temporaires et des salariés en CDD ;
3. les procédures d'aptitude.

Cet exposé se limitera au premier point et Rachel Saada traitera le dernier.

Concernant le suivi médical des salariés, la première question à se poser afin de comprendre les nouvelles dispositions est la suivante : le salarié a-t-il été déclaré par son employeur comme occupant un poste à risques ? Qu'est-ce qu'un poste à risques ?

Le décret mentionne :

– certains risques chimiques et physiques (amiante, plomb, CMR, agents biologiques, rayonnements ionisants, risque hyperbare). Certains risques disparaissent : le bruit et les vibrations ; d'autres risques ne sont pas mentionnés (RPS, travail répétitif, pourtant à

l'origine de nombreux problèmes de santé). Cette liste sera révisée tous les 3 ans après avis du COCT.

– des risques particuliers pour la santé ou la sécurité du travailleur ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail (liste établie par l'employeur après avis du médecin du travail, du CHSCT à défaut des délégués du personnel).

Si le salarié n'est pas déclaré par son employeur comme occupant un poste à risques, la surveillance médicale est considérablement allégée. La visite d'embauche est transformée en visite d'information et de prévention. Elle est effectuée après l'embauche par un professionnel de santé (médecin ou infirmière), mais avant la fin de la période d'essai (délai maximum de 3 mois). Son but est défini : interroger le salarié sur son état de santé, l'informer des risques éventuels auxquels son poste l'expose, le sensibiliser aux moyens de prévention à mettre en œuvre, vérifier qu'il n'est pas atteint d'une affection dangereuse, l'informer sur les modalités de suivi de son état. S'il n'est pas reçu par le médecin du travail, le professionnel de santé peut orienter le travailleur (cette orientation est obligatoire si le travailleur est handicapé ou invalide) vers le médecin du travail, qui seul peut proposer une adaptation de poste ou une affectation vers un autre poste. Enfin, cette visite permet d'ouvrir un dossier médical de santé au travail et de délivrer une attestation de suivi (disparition de l'aptitude). Les conditions de dispense pour cette visite sont précisées dans le décret.

Cet allègement pose beaucoup de questions quant à l'absence de bilan médical initial :

- Y aurait-il des pathologies qui pourraient être aggravées par le travail que l'infirmière ne pourrait pas dépister ?
- Les salariés dont l'état de santé nécessite une orientation vers le médecin du travail ne seront-ils pas montrés du doigt ?

Lors de cette visite, aucun avis d'aptitude n'est délivré, ce qui était souhaité par de nombreux médecins, mais il est remplacé par une attestation de suivi. D'autres médecins, beaucoup moins nombreux, déplorent cette absence d'avis, compte-tenu de la sécurité juridique qu'il était censé apporter.

Le terme de « *visite périodique* » disparaît. Une « *visite d'information et de prévention* » sera réalisée, par un professionnel de santé, dans un délai fixé par le médecin du travail dans le cadre d'un protocole

(1) NDLR. V. *infra* p. 253 les réflexions de la CGT en matière d'organisation de la médecine du travail.

(L. 4624-1), mais n'excédant pas 5 ans. Ce protocole est défini par le médecin du travail, il doit prendre en compte les conditions de travail, l'état de santé, l'âge et les risques professionnels auxquels le salarié est exposé. Pour certains salariés, notamment les moins de 18 ans, les travailleurs handicapés et les travailleurs de nuit, la périodicité ne devra pas excéder 3 ans.

Là aussi des questions se posent :

- Comment seront définis les protocoles : par médecin ? par service ? Y aura-t-il des disparités selon les régions ? Les différences de suivi entraîneront-elles une inégalité, une iniquité entre les salariés ? D'ores et déjà, de nombreux services se sont attelés à cette tâche afin d'harmoniser leurs pratiques et ne laisser personne au bord du chemin.
- Comment établir un climat de confiance et une bonne connaissance du salarié en ne le rencontrant que tous les 5 ans ?
- Comment assurer une veille sanitaire correcte ?
- Comment repérer les petites atteintes à la santé qui n'ont pas entraîné d'arrêt de travail ? La disparition de la prévention secondaire semble assurée.

Si le salarié a été déclaré par son employeur comme occupant un poste à risques, le décret introduit la notion de « *suivi individuel renforcé* ».

La visite d'embauche se transforme en examen médical d'aptitude à l'embauche. Elle doit être réalisée avant l'embauche, par le médecin du travail qui délivre un avis d'aptitude. Son but est de s'assurer de la compatibilité de l'état de santé du travailleur avec le poste auquel il est affecté, et de prévenir tout risque grave d'atteinte à sa santé ou à sa sécurité ou à celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail.

La périodicité de ce suivi individuel renforcé est fixée par le médecin du travail, mais ne peut excéder 4 ans. Une visite intermédiaire sera réalisée par un professionnel de santé au plus tard 2 ans après la visite du médecin du travail.

Réserver l'avis d'aptitude à certains postes pose la question d'une sélection et risque de transformer le médecin du travail en médecin-expert, ce qui est incompatible avec sa fonction et son éthique. Le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) l'a d'ailleurs rappelé, le 27 avril 2016, de la manière suivante : « *Le CNOM est inquiet des orientations prises en matière de santé au travail par le projet de loi El Khomri, qui prévoit de modifier les modalités d'accès des salariés à la médecine du travail, dénaturant ainsi son rôle. La disparition du lien entre le salarié et le médecin du travail à l'embauche et la réorientation*

des missions du médecin du travail vers l'évaluation de l'aptitude des salariés postulant à des postes à risques et des postes mettant en cause la sécurité des tiers dénaturent le métier de médecin du travail. Cette dérive vers une médecine de contrôle altère le lien indispensable à la confiance entre chaque salarié et son médecin du travail... Le CNOM a proposé aux parlementaires des amendements permettant de rétablir la médecine du travail dans son cœur de métier : contribuer, dans une mission préventive, à préserver la santé de tous les salariés ».

Comment déclarer apte un salarié exposé à des risques tels que les CMR ? Cette question n'est pas nouvelle. Pourquoi ne pas plutôt se poser la question de savoir si le poste de travail est apte au salarié ?

En conclusion de ce rapide et succinct exposé concernant le suivi médical des salariés, force est de reconnaître que ces nouvelles dispositions vont profondément modifier la pratique de la santé au travail. La disparition du lien entre le salarié et le médecin du travail ou le professionnel de santé au travail est source d'inquiétudes. En contrepartie, l'approche collective des problèmes de santé au travail devrait permettre à tous – c'est-à-dire non seulement aux équipes pluridisciplinaires des services de santé au travail, mais aussi aux salariés des entreprises – de proposer d'autres stratégies : évaluer les besoins de santé au travail, qualitativement et quantitativement, établir des priorités de plans d'action correspondant aux réalités du terrain, les réaliser et évaluer leur efficacité.

Liliane Boitel